

乳腺印戒细胞癌合并浸润性导管癌超声表现 1 例

Ultrasound findings of signet ring cell carcinoma of breast combined with invasive ductal carcinoma: report of one case

周汇明, 肖际东, 聂森森, 戴美雪(中南大学湘雅三医院超声科, 湖南 长沙 410013)

ZHOU Hui-ming, XIAO Ji-dong, NIE Miao-miao, DAI Mei-xue

(Department of Ultrasound, the Third Xiangya Hospital of Central South University, Changsha 410013, China)

【关键词】 癌, 导管, 乳腺; 癌, 印戒细胞; 超声检查

【中图分类号】 R737.9; R445.1

【文献标识码】 B

【文章编号】 1008-1062(2024)02-0146-02

DOI:10.12117/jccmi.2024.02.018

病例 女, 38 岁, 因右乳胀痛半月余入院。体格检查: 右乳乳头旁可扪及一大小约 5.0 cm×6.0 cm 的肿块, 质硬, 边界不清, 活动度欠佳, 稍压痛。双侧腋窝未扪及肿大淋巴结。超声检查示: 右乳内下象限 4~5 点钟近乳头处可探及一大小约 4.6 cm×1.8 cm 的低回声肿块, 距皮肤 8 mm, 形态不规则, 边界不清, 边缘不光整、毛刺, 呈分叶状, 伴库伯韧带增厚, 肿块部分切面突破解剖平面侵犯脂肪组织, 后方回声无衰减, 皮肤增厚, 其内可见多个细小强光点(图 1)。彩色多普勒血流成像示: 右乳低回声肿块内可探及血流信号(图 2)。自动乳腺全容积超声成像 (ABVS) 示: 右乳冠状面低回声肿块处未见明显“汇聚征”声像(图 3)。超声提示: 右乳低回声肿块(考虑乳腺癌, Bi-RADS 5 类)。患者于麻醉后行右乳肿块穿刺活检术, 术后病理提示: 右乳腺印戒细胞癌(Signet-ring cell carcinoma, SRCC)合并浸润性导管癌(II~III 级)(图 4)。免疫组化: 肿瘤细胞 ER(-), PR(-), CerbB-2(+++), CK5/6(少数阳性), EGFR(+), E-cadherin(+), P120(膜+), Ki67(30%), p63(-), calponin-1(-), CK7(+), GATA3(+)

讨论 SRCC 常见原发于胃肠道, 可经淋巴系统转移至乳腺。而原发于乳腺的 SRCC 则较为罕见, 约占所有乳腺癌的 1%^[1]。SRCC 得名于其胞质内含有丰富的黏液, 胞核被挤至

细胞边缘, 镜下可观察到典型的戒指样外形。SRCC 其淋巴结转移率高, 侵袭力强, 预后相对较差^[2]。患者多以扪及边界欠清的乳腺肿块或弥漫性的小结节就诊, 少数患者以乳头溢液为首发症状^[3]。

乳腺 SRCC 超声可表现为形态欠规则, 边界欠清的低回声团块, 边缘分叶, 后方回声可增强, 彩色多普勒超声可探及血流信号, 部分病例可见乳房皮下软组织水肿增厚^[4]。转移性乳腺 SRCC 超声可表现为乳腺结节合并皮肤水肿等炎症征象, 难以与原发于乳腺 SRCC 区分^[5]。由于乳腺 SRCC 发病率较低且缺乏特异性的影像学表现, 临床上对该病的诊疗经验较少。乳腺 SRCC 常易混淆于同样富含黏液的乳腺黏液腺癌。乳腺 SRCC 与黏液腺癌相似点主要有: 都好发于中年女性, 肿块都含有丰富的黏液, 均可表现为分叶状低回声肿块, 后方回声增强^[6-7]。鉴别要点有: SRCC 内部回声欠均匀, 边缘毛刺, 肿块周围可见厚薄不均的环状声晕, 质地较硬, 可侵犯皮下组织^[8]。由于其生长较快, 患者腋窝常可见肿大的转移淋巴结, 预后较黏液腺癌差^[9]。本例患者为青年女性, 且无胃肠等消化系统原发病灶, 肿块部分成分为浸润性导管癌, 属于 1 例原发性的乳腺 SRCC 合并浸润性导管癌, 超声下肿块呈分叶状, 形态不规则, 边界欠清, 侵犯周围组织。临床诊断乳腺

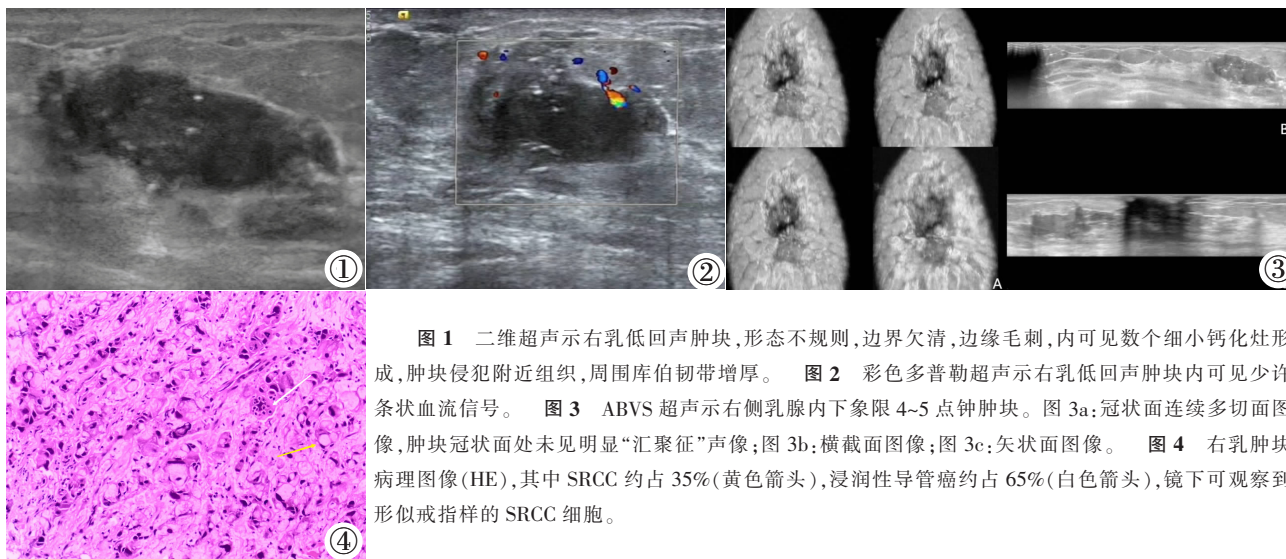


图 1 二维超声示右乳低回声肿块, 形态不规则, 边界欠清, 边缘毛刺, 内可见数个细小钙化灶形成, 肿块侵犯附近组织, 周围库伯韧带增厚。 **图 2** 彩色多普勒超声示右乳低回声肿块内可见少许条状血流信号。 **图 3** ABVS 超声示右侧乳腺内下象限 4~5 点钟肿块。图 3a: 冠状面连续多切面图像, 肿块冠状面处未见明显“汇聚征”声像; 图 3b: 横截面图像; 图 3c: 矢状面图像。 **图 4** 右乳肿块病理图像(HE), 其中 SRCC 约占 35%(黄色箭头), 浸润性导管癌约占 65%(白色箭头), 镜下可观察到形似戒指样的 SRCC 细胞。

【收稿日期】 2023-05-29; 【修回日期】 2023-06-29

【作者简介】 周汇明(1998-), 男, 山西太原人, 在读硕士研究生。E-mail: 3216544864@qq.com

【通信作者】 肖际东, 中南大学湘雅三医院超声科, 410013。E-mail: jidongxiao1975@126.com

【基金项目】 湖南省自然科学基金(2019JJ40459); 湖南省卫生健康委员会课题(B2019177)。

原发性 SRCC 时, 首先应排除转移性 SRCC。最终确诊仍需依靠术后标本的病理诊断。

[参考文献]

- [1] He CL, Chen P, Xia BL, et al. Breast metastasis of gastric signet-ring cell carcinoma: a case report and literature review[J]. World J Surg Oncol, 2015, 13: 120.
- [2] Wang S, Zhang Y, Yin F, et al. Prognostic analysis of primary breast signet ring cell carcinoma and mucinous breast adenocarcinoma: A SEER population-based study [J]. Front Oncol, 2021, 11: 783631.
- [3] 周峰, 张丽娜, 齐立强, 等. 13 例伴印戒细胞分化的原发性乳腺癌临床分析[J]. 中国肿瘤临床, 2013, 40(11): 661-663; 667.
- [4] 冯涛, 朱洪芳, 郭崇勇. 超声检查阴性的乳腺原发性印戒细胞癌 1 例[J]. 山东大学学报(医学版), 2017, 55(7): 130-132.
- [5] Ma Y, Liu W, Li J, et al. Gastric cancer with breast metastasis: Clinical features and prognostic factors [J]. Oncol Lett, 2018, 16(5): 5565-5574.
- [6] Kashiwagi S, Onoda N, Asano Y, et al. Clinical significance of the sub-classification of 71 cases mucinous breast carcinoma[J]. Springerplus, 2013, 2: 481.
- [7] 桑田, 康燕飞, 曹玉文, 等. 乳腺粘液癌超声特征及免疫组化指标[J]. 分子影像学杂志, 2021, 44(5): 749-753.
- [8] 金高培, 李瑞永. 伴印戒细胞分化的乳腺癌一例[J]. 中国临床新医学, 2022, 15(12): 1180-1181.
- [9] Wu X, Zhang Z, Li X, et al. Poorer prognosis of primary signet-ring cell carcinoma of the breast compared with mucinous carcinoma[J]. PLoS One, 2016, 11(9): e0162088.

耻骨罗道病 1 例

Rosai-Dorfman disease in the pubis: report of one case

罗素金, 魏新华, 马 樱(广州市第一人民医院放射科, 广东 广州 510623)

LUO Su-jin, WEI Xin-hua, MA Ying

(Department of Radiology, Guangzhou First People's Hospital, Guangzhou 510623, China)

[关键词] 耻骨; 淋巴组织增殖性疾病; 体层摄影术, X 线计算机

[中图分类号] R681.6; R814.42

[文献标识码] B

[文章编号] 1008-1062(2024)02-0147-02

DOI:10.12117/jccmi.2024.02.019

病例 男, 30 岁, 无明显诱因出现右髋部疼痛、双下肢肌肉酸痛不适 10 余天, 影响夜间睡眠。查体: 右髋压痛并部分活动受限, 局部皮温未见异常, 软组织未见明确肿胀。CT 检查: 右侧耻骨上支骨质呈膨胀性骨质破坏, 病变范围广泛, 累及右髋臼前缘、右耻骨下支及耻骨体, 病灶内及边缘见散在小斑片状骨性密度影, 并局部见软组织肿块形成, 平扫 CT 值约 49 HU, 增强扫描病灶呈明显均匀强化, 增强 CT 值约 87 HU (图 1a~1d)。MRI 检查: 右侧耻骨见多发骨质破坏, 呈膨胀性改变, 范围广泛, 病灶主体位于右侧耻骨上支, 亦累及右髋臼前缘、右耻骨下支及耻骨体, 相应骨皮质信号中断, 并可见软组织肿块形成, T₁WI 呈等信号 (图 2a), T₂WI 呈稍高信号 (图 2b), 增强扫描病灶明显强化, 邻近肌群受累, 以闭孔内、外侧肌为著, 增强扫描可见类似明显强化 (图 2c, 2d)。术后病理: (耻骨肿物) 镜下见骨髓腔内数量丰富的巨大组织细胞聚集, 混杂有浆细胞、淋巴细胞、中性粒细胞和泡沫样组织细胞, 嗜酸性粒细胞少见; 巨大组织细胞核呈圆形、卵圆形或肾形, 个别巨大组织细胞可见吞噬现象; 免疫组化结果: 巨大组织细胞 S-100(3+), CD1a 个别(+), CD5 少量(+), CK(-), CD30(-), CD20(-), CD79a(-), CD3(-), ALK(-), PAX-5(-), Ki-67(阳性率 5%); 原位杂交: EBER(-); 病理诊断: Rosai-Dorfman 病 (图 3a, 3b)。

讨论 罗道病 (Rosai-Dorfman disease, RDD) 又称窦状组织细胞增生伴巨淋巴结病 (Sinus histiocytosis with massive

lymphadenopathy, SHML), 1969 年 Rosai 和 Dorfman 首次对其做了详细描述, 指出其是一种罕见的、病因不明的、以组织细胞增生为特征的良性淋巴组织增生性疾病^[1]。RDD 的确切病因和发病机制虽不明确, 但有报道称其可能与人类免疫缺陷、疱疹病毒、病原体感染 (EB 病毒) 等相关^[2]。RDD 可发生于各年龄段, 但以儿童和青少年为好发人群, 与性别的关系尚不明确^[3]。RDD 可累及单个系统器官, 亦可同时累及多个系统器官, 目前在体表皮肤、神经系统、消化系统及呼吸系统等均有报道^[4-6]。而孤立性结外骨骼病变极为少见, 骨骼系统 RDD 最常见于长骨, 包括股骨、胫骨、肱骨、锁骨^[7]。本病例中耻骨罗道病也尤为罕见, 虽然到目前为止, 影像学表现仍旧不作为确诊依据, 但 CT 及 MRI 检查仍旧是对疾病诊断的重要依据。CT 检查对于骨破坏区的死骨、骨质增生、瘤骨、钙化、软组织病变等有较好的分辨力; 骨骼系统 RDD CT 可见不连续的斑片状钙化影, 增强后病变呈明显强化。而 MRI 对于软组织病变更为敏感, 能早期发现骨破坏、骨挫伤等病变; 骨骼系统的 RDD MRI 常表现为等 T₁WI 长 T₂WI 信号^[3, 8], 呈溶骨性骨质破坏改变, 增强扫描时肿瘤因含丰富血管而明显强化, 而本例患者右侧耻骨多发病灶在 T₁WI 呈等信号, T₂WI 呈稍高信, 增强扫描病灶明显强化, 经病理证实为 RDD, 符合以往文献报道。由于骨骼系统 RDD 临床症状及影像学表现具有多样性, 常误诊为肿瘤或其他炎症性病变, 确诊主要依靠病理检查中的细胞形态学及免疫组织化学检查。鉴别诊断: ①

[收稿日期] 2023-06-07; [修回日期] 2023-08-08

[作者简介] 罗素金 (1987-), 女, 广东广州人, 主治医师。E-mail: 870303057@qq.com

[通信作者] 魏新华, 广州市第一人民医院放射科, 510623。E-mail: eyxinhuawei@163.com