

## · 综述 ·

# 浆细胞性乳腺炎与肉芽肿性乳腺炎的鉴别和诊治

孔令伟 马祥君 高海凤

浆细胞性乳腺炎(plasma-cell mastitis, PCM)和肉芽肿性乳腺炎(granulomatous mastitis, GM)均为良性炎性瘤样变,炎症晚期常常迁延不愈。由于对两者缺乏足够的认识,诊断上容易混淆,给预后带来一定的不良影响,现将两者的病因、发病机理和诊疗现状综述如下。

## 1 病因及发病机理

两者的病因和发病机制均不明确,但发病的相关因素已有很多深入的研究。

目前认为 PCM 与乳腺导管排泄障碍、异常激素刺激导管分泌和厌氧菌感染有关。由于上皮细胞碎屑及含脂性分泌物积聚,充满乳晕下乳管内,使其扩张,造成周围纤维组织增厚,管腔内淤积的脂质类物质分解后,产物由管内渗出,刺激周围组织引起浆细胞、淋巴细胞为主的异物反应性瘤样变,病变以乳管为中心。

一般认为 GM 属自身免疫性疾病,与患者服用避孕药有关<sup>[1]</sup>;Kieffer 等<sup>[2]</sup>报道与棒状杆菌感染有关;Brown 等<sup>[3]</sup>认为是乳汁所致的免疫反应和局部超敏反应;Fletcher 等<sup>[4]</sup>认为该病与高泌乳素血症等体内激素失衡或感染、创伤、化学刺激引起的小叶肉芽肿炎症有关;另外 GM 还与霉菌和放线菌感染有关<sup>[5]</sup>。病变以乳腺小叶为中心,呈多灶性分布。

## 2 诊断

### 2.1 临床特点

PCM 常见于有生育哺乳史的中年妇女,可有乳头发育不良、哺乳不畅或中断史。浆细胞性乳腺炎常常以乳头溢液为初期表现,也有患者以肿块为始发症状。肿块常位于乳晕下,其长轴多与乳腺导管走行一致。多数肿块病史较长,变化缓慢,可持续静止在肿块期数月或数年,亦有突然增大或缩小者,但

绝少有消失者。大部分患者局部会出现皮肤潮红,肿块软化、疼痛或隐痛,但化脓期无明显跳痛,破溃后脓液中常夹有粉刺样物,并形成通向输乳孔的瘘管,创口久不收敛或反复溃破,同侧腋下淋巴结可有肿大。

GM患者多为已婚、经产的妇女,大部分有哺乳经历。常发于单侧乳腺,除乳晕区外的其他部位均可发生,但以外上象限为多见,肿块大者可累及整个乳房。常以乳房单发肿块为主要表现,不痛或微痛,肿块质硬,长径多在1.5~10 cm之间,边界不清,表面不光滑,可与皮肤或周围组织粘连,局部皮肤可出现红肿,可伴有同侧腋窝淋巴结肿大。全身症状多不明显,少数可伴有发热。肿块增大迅速,若不及时治疗,短期内可出现乳房脓肿,溃破后形成窦道,经久不愈。

## 2.2 影像学检查

超声诊断 PCM显示内部呈不均匀无包膜的低回声,病灶位置表浅,接近皮肤;病灶的回声强度低于皮下脂肪的回声;病灶内可见血流信号,但供血不丰富;脉冲多普勒(Pw)频谱特点为低速低阻力型;导管呈囊状扩张,特别有成串珠状扩张,可考虑为浆细胞性乳腺炎<sup>[6]</sup>。GM超声表现为病变形态不规则、边界模糊、内部回声分布不均匀,彩色多普勒血流显像显示中等血流信号,Pw频谱特点为低速高阻频谱,阻力指数较高<sup>[7]</sup>。

乳腺钼靶X片PCM的肿块阴影较淡或无肿块阴影,X片可见病变区密度与周围腺体相仿,毛刺细,导管周围的钙化灶呈小圈或杆形,导管内的钙化灶呈均匀的针状或线状,钙化灶分布稀疏。GM钼靶X线检查无特异性,赵颖等<sup>[8]</sup>分析了30例GM的钼靶X线检查结果,其中19例显示局限性结构紊乱的致密影,边缘毛糙浸润,脂肪层局限性浑浊,皮肤增厚。

## 2.3 病理和细胞学检查

PCM的病变多位于乳晕下深部乳腺组织内,与周围组织无明显界限,呈广泛黄白相间的结构,并见扩张的导管及囊腔,囊内充满黄褐色奶油样或豆腐渣样物质,囊腔内壁光滑,管内结缔组织增生而坚硬或有炎症反应。镜下观察:早期仅见导管扩张;随着病情的进展,扩张的导管上皮细胞萎缩并有脱落,管腔内有脱落的上皮细胞及含脂质的分泌物,导管周围组织伴有纤维化而明显增厚,并有淋巴细胞浸润。后期典型变化有导管周围脂肪组织内出现坏死灶,乳腺小叶结构被破坏。坏死组织周围有大量浆细胞、淋巴细胞及少量组织细胞、中性粒细胞、多核巨细胞浸润,尤以浆细胞浸润为主。

GM组织学检查可见切面弥漫分布粟粒至黄豆大小的暗红色结节,部分

结节中心可见小囊腔。镜下可见病变以乳腺小叶为中心,呈多灶性分布,小叶的末梢导管或腺泡大部分消失,并常见嗜中性粒细胞灶,即微脓肿。偶见小灶性坏死,但无干酪样坏死。抗酸染色不见结核杆菌,无明显的泡沫细胞及扩张的导管<sup>[9]</sup>。细胞学检查可见到较多嗜中性粒细胞、淋巴细胞、郎罕巨细胞或异物巨细胞、核碎片、上皮细胞等。

#### 2.4 其他诊断方法

乳管造影和乳管镜下检查均可显示 PCM 扩张的导管和囊肿<sup>[10]</sup>;GM 的病变在乳腺小叶,上述两种检查方法不易查出阳性结果。

### 3 治疗

PCM 因乳腺病灶都有不同程度的炎症及腋窝淋巴结肿大,手术前、中、后应行抗炎治疗和/或理疗。炎症局限良好者,即使有单发或多发小脓肿,也应争取切除肿块及周围的炎症组织后,行一期缝合;脓肿较大者,应先行脓肿切开引流,待炎症消退后再切除病变的乳管和乳腺组织;脓肿切开引流或病变组织切除后形成慢性瘘管或窦道者,使瘘管外口愈合或使炎症得到控制后再行瘘管或窦道及其周围炎性组织完整切除<sup>[11]</sup>。

GM 治疗也以手术为主,本病一旦明确诊断,根据肿块的大小可行肿块切除术或乳腺区段切除术。

PCM 的病变部位在扩张的导管;GM 的病变部位在乳腺小叶的末梢导管或腺泡。GM 具体发病机制虽无统一的共识,不过综合各种学说可以发现,异常激素如避孕药含有的雌激素可刺激乳腺导管的发育,孕激素可刺激乳腺小叶腺泡的发育;泌乳素能促进乳汁的分泌,高水平的泌乳素引起乳汁分泌至腺泡,但因缺乏后叶催产素,不能使乳汁从乳腺小叶排入输乳管,从而引起乳汁在小叶内的淤积,使脂质类物质分解的产物在小叶局部发生超敏反应和免疫反应,形成小叶肉芽肿炎症。PCM 主要因乳腺导管排泄障碍,异常激素刺激导管分泌,管腔内淤积的脂质类物质分解后产物由管内渗出,刺激周围组织引起的免疫反应和浆细胞、淋巴细胞为主的局部反应性瘤样变。虽然两者的病因不同,但发病机制却有异曲同工之处,这为临床的诊治提供了很好的理论基础。

早期的 PCM 和 GM 可根据临床表现、影像学检查和空心针穿刺病理检查明确诊断;早期应用地塞米松和甲硝唑联合治疗,以减轻免疫反应和控制可能发生的厌氧菌感染。Regelink<sup>[12]</sup>等报道霉菌或放线菌引起的 GM 可联合强力

霉素治疗。还应针对病因采取相应的措施,如高泌乳素患者通过降低泌乳素水平;长期应用避孕药的患者停用此类药物;乳头发育不良的患者通过改善乳管分泌物的排泄等达到预防 PCM 和 GM 反复发作的目的。但对于无上述原因的 PCM 和 GM 还需进一步研究和探讨。

**【关键词】** 浆细胞性乳腺炎; 肉芽肿性乳腺炎; 诊断; 治疗

**【中图法分类号】** R655.8 **【文献标识码】** A

#### 参考文献

- [1] Murthy M S. Granulomatous mastitis and lipogranuloma of the breast. *Am J Clin Pathol*, 1973, 3: 432 - 433.
- [2] Kieffer P, Dukic R, Hueber M, *et al.* A young woman with granulomatous mastitis; a corynebacteria may be involved in the pathogenesis of these disease. *Rev Med Interne*, 2006, 27: 550 - 554.
- [3] Brown K L, Tang P H. Postlactational tumoral granulomatous mastitis; a localized immune phenomenon. *Am J Surg*, 1979, 2: 326 - 329.
- [4] Fletcher A, Magrath I M, Riddell R H, *et al.* Granulomatous mastitis; a report of seven cases. *J Clin Pathol*, 1982, 9: 941 - 945.
- [5] Bogomolov D V, Dolzhanski Y O V. Chronic granulomatous mastitis in the practice of pathologists. *Arkh Patol*, 2005, 67: 25 - 29
- [6] 吴林生, 朱世亮, 陈爱英, 等. 浆细胞性乳腺炎的超声诊断与探讨. *中国超声诊断杂志*, 2002, 3: 720 - 722.
- [7] 宋爱莉, 张岩, 梁栋, 等. 肉芽肿性乳腺炎 21 例临床回顾分析. *山东中医药大学学报*, 2006, 30: 299 - 300.
- [8] 赵颖, 方志沂, 赵广才. 肉芽肿性乳腺炎高误诊率原因分析(附 30 例报告). *中国肿瘤临床与康复*, 2001, 2: 5.
- [9] 任兴昌, 黄雅萍, 吴丽娟, 等. 肉芽肿性小叶性乳腺炎临床病理及细胞学分析. *浙江临床医学*, 2004, 10: 905 - 906.
- [10] 蒋宏传, 王克有, 李杰. 乳管镜下浆细胞性乳管炎的分型及临床研究. *中华外科杂志*, 2004, 3: 163 - 165.
- [11] 王志坚, 杜玉堂, 黄鹍. 浆细胞性乳腺炎的手术治疗. *中国微创外科杂志*, 2002, 5: 317 - 318.
- [12] Regelink J C, Bomers M K, Barbé E, *et al.* Granulomatous mastitis; a rare cause of breast swelling. *Ned Tijdschr Geneesk*, 2007, 151: 2545 - 2550.

(收稿日期: 2007-10-22)

(本文编辑: 谢竞)

孔令伟, 马祥君, 高海凤. 浆细胞性乳腺炎与肉芽肿性乳腺炎的鉴别和诊治[J/CD]. *中华乳腺病杂志: 电子版*, 2008, 2(1): 103 - 106.