

## · 专家论坛 ·

## 浆细胞性乳腺炎的诊断与治疗

耿翠芝 吴祥德

浆细胞性乳腺炎(plasma cell mastitis, PCM), 又称乳腺导管扩张症(mammary duct ectasia, MDE), 是一种好发于非哺乳期, 以导管扩张和浆细胞浸润为病变基础的慢性非细菌性乳腺炎症<sup>[1]</sup>。据国内外报道, 其发病率约占乳腺良性疾病的1.41%~5.36%<sup>[2-3]</sup>。因其病因不明, 临床表现复杂多变, 极易与乳腺癌相混淆, 因此误诊率可高达56.9%~73.1%<sup>[4-5]</sup>。随着先进医疗器械在临床诊断中的应用和对PCM广泛深入地研究, 学者们对该病有了新的认识, 现就PCM的命名与定义、病因与病理、临床表现与分期、诊断及其治疗问题分别进行探讨。

### 1 命名与定义

该病的命名经历了不同时期对其认识不同而产生的各种名称。1923年, Bloodgood曾报道乳晕区皮肤下索状、皮肤呈棕红色管状肿块, 称为静脉曲张肿(the varicoeletumor)。1925年, Ewing首先提出, 该病是一种以非周期性乳房疼痛、乳头溢液、乳头凹陷、乳晕区肿块、非哺乳期乳房脓肿、乳晕部瘘管为主要表现的良性疾病, 称为管周性乳腺炎(periductal mastitis)。1933年, Adair发现, 在该病的晚期阶段, 扩张导管中的刺激性物质可溢出管外引起以浆细胞浸润为主的炎症反应, 称为PCM。同期, 尚存有一些描述不同症状的名称, 如粉刺性乳腺炎(comedomastitis)、闭塞性乳腺炎(mastitis obliterans)等。1951年, Haagensen根据其病理特点命名为MDE。1959年芦于原<sup>[6]</sup>首次在国内报告PCM。近年有研究者认为, 管周性乳腺炎是该病最初的基本特征, 乳管扩张症是必有的病理阶段, 而PCM是该病的后期表现<sup>[7]</sup>。因此, 作者认为PCM可以涵盖上述命名, 其定义应作为一种由于乳管阻塞、扩张, 导管壁炎症、纤维化, 管壁周围脂肪组织内浆细胞浸润而引起的非细菌性炎症, 可以引起乳房肿物, 亦可出现皮肤粘连、乳头回缩、局部水肿以及腋窝淋巴结肿大等征象。

## 2 病因与病理

截至目前,PCM 的病因不明。推测原因有:(1)大多数患者发病并无明显诱因,故认为是一种自身免疫性疾病<sup>[8]</sup>。(2)哺乳障碍、乳房外伤、炎症、内分泌失调及乳房退行性变是引起乳腺导管引流不畅、阻塞、分泌物淤滞等症的重要原因,由此可导致管腔内中性脂肪刺激管壁,纤维组织增生,进而破坏管壁进入间质引起剧烈的无菌性反应<sup>[3-5,9]</sup>。(3)异常激素刺激可使导管上皮产生异常分泌、导管明显扩张,是该病发生的主要因素;单纯的阻塞不会引起导管扩张,但导管排泄不畅可使本病由溢液期发展到肿块期<sup>[10]</sup>。(4)有学者从乳头溢液、乳晕部脓肿穿刺或乳头漏管中均分离和培养出厌氧菌,认为该病是厌氧菌在乳管内滋生引起的化脓性炎症<sup>[9,11-12]</sup>。作者综合文献认为,乳腺导管阻塞和激素的异常刺激是该病发生的病理基础,而早已存留于导管内的细菌滋生是继发感染和加重病情的重要因素。

PCM 的早期病理表现为导管上皮不规则增生,导管扩张,管腔扩大,管腔内有大量含脂质的分泌物聚集,导管周围组织纤维化,并有淋巴细胞浸润。后期病变可见导管壁增厚、纤维化,导管周围出现小灶性脂肪坏死,周围可见大量组织细胞、中性粒细胞、淋巴细胞和浆细胞浸润,尤以浆细胞显著,称为 PCM。

## 3 临床表现与分期

PCM 多发生于 30~40 岁左右的非哺乳期妇女,常以乳房肿块、乳头溢液为首次就诊症状,且多数为惟一体征。肿块多位于乳晕深部,急性期较大,亚急性期及慢性期缩小成硬结;乳头溢液多为淡黄色浆液性,血性溢液少见,可有同侧腋窝淋巴结肿大,但质软、压痛明显;其炎症反应也可导致乳头回缩和乳晕区皮肤橘皮样变;后期尚可出现肿块软化而成脓肿,久治不愈者形成通向乳管开口的瘻管。

根据病程,PCM 可分为 3 期:(1)急性期,约 2 周,乳房肿块伴有疼痛、肿胀、皮肤发红等急性乳腺炎的表现,但全身反应轻,无明显发热。(2)亚急性期,约 3 周,炎样症状消失,出现乳房肿块,并与皮肤粘连。(3)慢性期,乳房肿块可缩小成硬结状,乳头回缩,乳晕区皮肤及乳头可见瘻管。此症状可持续数年。目前也有学者认为,上述分期是 PCM 发生急性炎症后经过治疗情况下的病变过程,而自然病程的发展阶段应为:以乳腺导管扩张为主的慢性阶段过渡到以浆细胞浸润为主的急性阶段<sup>[13]</sup>。此观点有待于进一步探讨。

## 4 诊断

PCM 临床表现多样,与急性乳腺炎、乳房结核、乳管内乳头状瘤、特别是

乳腺癌鉴别困难,容易误诊。因此,以下临床特点要考虑 PCM:(1)30~40岁经产、非哺乳期妇女。(2)乳晕深部肿块、生长缓慢、反复发作。急性期易出现局部皮肤红肿热痛、腋窝淋巴结肿大、疼痛,抗生素治疗效果不佳。(3)乳头溢液以多孔、透明或浑浊黄色浆液性为主,少见血性,有时伴有乳头凹陷畸形。然而,仅凭临床表现很难作出正确诊断。辅助检查有助于本病的诊断:(1)钼靶摄影显示病变大多位于乳晕及中央区;其肿块密度增高影内夹杂条状透亮影,严重者可呈蜂窝状、囊状透亮影,边缘光滑,考虑为扩张的导管腔内含有脂肪物质所致<sup>[14]</sup>;有时可见“跟、尖”一样粗的周围假“毛刺征”,以及粗颗粒圆形钙化<sup>[15]</sup>。(2)B超特点为病灶位于乳晕后或乳晕周围,肿块内部呈不均匀低回声、无包膜、无恶性特征,导管呈囊状、尤其是串珠样扩张<sup>[16]</sup>。(3)断层螺旋CT检查,早期炎性肿块表现为乳晕区皮肤增厚,主乳管区软组织影增宽,后期病变周围有类圆形小结节,且结节间有桥样连接,此为PCM特有征象<sup>[17]</sup>。(4)纤维乳管内镜检查显示为导管扩张、管腔内炎性渗液及絮状沉淀物<sup>[18]</sup>。(5)在病理学诊断方面,针吸细胞学检查可见坏死物和较多的浆细胞、淋巴细胞及细胞残核。术中快速冰冻病理检查是诊断此病、鉴别乳腺癌的可靠依据。

## 5 治疗

PCM很少能自愈,可采取中西医结合方案进行治疗;但手术切除病灶是目前治疗该病最彻底、有效的方法<sup>[3-4,9]</sup>。临床治疗上可将PCM分成肿块型、脓肿型和瘻管型。综合文献,归纳各型治疗方法如下:(1)肿块型 分为急性期和慢性期。急性炎性肿块期,往往合并细菌性炎症,可行抗炎治疗及局部理疗,待肿块缩小或皮肤肿胀消退后行手术治疗;如果抗炎治疗无效,考虑为非细菌性炎症,故采用中医内治为主、中药外敷为辅的方法,解散阴凝寒痰,使气血通畅,肿块尽消。急性炎症消退后的乳房肿块或乳头溢液,可根据不同部位、肿块的大小及患者对乳房外观的要求分别采用不同的手术方式。(2)脓肿型 对合并急性感染形成脓肿者,首先在局麻下切开引流脓液,同时刮除病变的导管,术后全身给予抗生素治疗1周;也可以采用中医的二宝丹药线引流,红油膏纱布盖贴的外治方法控制炎症。(3)瘻管型 本型惟一可靠的方法是手术切除瘻管及周围部分正常组织,同时可进行一期塑型。对于复杂病例,可采用中药内服外敷,加挂线、切开、拖线等中医外治法,能大大减轻乳房的外形损伤,不失为治疗瘻管型PCM的良好方法。

PCM的手术方式:(1)乳管切除术,适应证为单纯乳头溢液或乳晕下大乳管扩张者。将引导丝放入溢液量较大的主导管内,采用放射状切口,楔形切除溢液导管和所属乳晕下腺体组织。(2)乳腺区段切除术,适用于较大的炎性

肿块或肿块局部切除复发者。采用放射状切口, 切除炎性包块及周围至少 0.5 cm 正常组织。(3) 病灶切除联合乳头整形术<sup>[19]</sup>, 适应证为 PCM 乳晕旁小脓肿、瘘管合并乳头凹陷、内翻者。采用乳晕弧形切口, 切除主导管病灶、乳头外翻整形, 效果满意。(4) 乳房单纯切除术, 适用于久治不愈的多发性瘘管或伴有乳房严重变形者。可采用乳晕区小切口, 尽量保留乳房的皮肤, 为乳房再造创造机会。(5) 乳房皮下切除 + 假体植入 I 期乳房再造, 适用于乳晕区小肿块或非乳晕区炎性肿块切除致乳房变形, 患者要求保留乳头、乳晕并乳房重建者。

【关键词】 浆细胞性乳腺炎; 诊断; 治疗

【中图分类号】 R655.81 【文献标识码】 A

#### 参考文献

- [1] Dixon J M. Periductal mastitis/duct ectasia. *World J Surg*, 1989, 13:715 - 720.
- [2] Thomas W G. The clinical syndrome of mammary duct ectasia. *Br J Surg*, 1982, 69:423 - 425.
- [3] 阮华, 杨红健. 浆细胞性乳腺炎诊治体会. *浙江临床医学*, 2003, 2:108 - 110.
- [4] 尹军平, 王爱武, 李文华, 等. 浆细胞性乳腺炎诊治分析. *中国医师杂志*, 2005, 7:109.
- [5] 林雪平, 方淑珍, 陆临渊. 浆细胞性乳腺炎 52 例临床病理分析. *九江医学*, 2002, 17:25 - 26.
- [6] 芦于原. 浆细胞性乳腺炎. *中华外科杂志*, 1959, 1:1170.
- [7] Dixon J M, Ravisekar O, Chetty U, *et al.* Periductal mastitis and duct ectasia: different conditions with different aetiologies. *Br J Surg*, 1996, 83:820 - 822.
- [8] 王方, 李玉敏. 钼靶摄影对浆细胞性乳腺炎的诊断价值. *肿瘤研究与临床*, 2006, 18:193 - 194.
- [9] 顾斐, 邹强. 浆细胞性乳腺炎的诊治: 附 80 例临床分析. *外科理论与实践*, 2006, 11:156 - 158.
- [10] 陈红风, 唐汉均, 陆德铭. 中医药治疗浆细胞性乳腺炎四十五年回顾. *上海中医药大学学报*, 2004, 18:59 - 61.
- [11] Bundre N J. Mammary duct ectasia-periductal mastitis complex. *Br J Surg*, 1996, 83:872 - 873.
- [12] Miller M A, Kottler S J, Cohn L A, *et al.* Mammary duct ectasia in dogs. *J Am Vet Med Assoc*, 2001, 218:1303 - 1307.
- [13] 赵红梅, 雷玉涛, 侯宽永, 等. 乳腺导管扩张症和浆细胞性乳腺炎差异的探讨. *中国现代普通外科进展*, 2005, 8:234 - 236.
- [14] 罗志琴. 浆细胞性乳腺炎钼靶 X 线诊断. *放射学实践*, 2006, 21:356 - 357.
- [15] 王方, 李玉敏. 钼靶摄影对浆细胞性乳腺炎的诊断价值. *肿瘤研究与临床*, 2006, 18:193 - 194.
- [16] 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.
- [17] 王嵩, 马海峰, 王夕富, 等. 浆细胞性乳腺炎的多层螺旋 CT 诊断. *中西医结合学报*, 2005, 3:199 - 202.
- [18] 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, 42:163 - 165.
- [19] 王志坚, 杜玉堂, 黄鹂. 浆细胞性乳腺炎的手术治疗. *中国微创外科杂志*, 2002, 2:317 - 318.

(收稿日期: 2007-01-06)

(本文编辑: 张毅)

耿翠芝, 吴祥德. 浆细胞性乳腺炎的诊断与治疗[J/CD]. *中华乳腺病杂志: 电子版*, 2008, 2(1): 20 - 23.