

DOI:10.16781/j.CN31-2187/R.20210984

• 病例报告 •

妊娠合并巨乳症 1 例报告

李 勤¹, 霍金蓉^{2*}1. 海军军医大学(第二军医大学)第一附属医院妇产科, 上海 200433
2. 西藏自治区昌都市八宿县人民医院妇产科, 昌都 854600

[关键词] 巨乳症; 妊娠; 感染; 未分化结缔组织病

[中图分类号] R 714.2; R 655.8

[文献标志码] B

[文章编号] 2097-1338(2022)11-1346-03

Pregnancy with macromastia: a case report

LI Qin¹, HUO Jin-rong^{2*}

1. Department of Obstetrics and Gynecology, The First Affiliated Hospital of Naval Medical University (Second Military Medical University), Shanghai 200433, China

2. Department of Obstetrics and Gynecology, Basu People's Hospital, Qamdo 854600, Tibet Autonomous Region, China

[Key words] macromastia; pregnancy; infection; undifferentiated connective tissue disease

[Acad J Naval Med Univ, 2022, 43(11): 1346-1348]

1 病例资料 患者女, 22岁, 2020年4月因“双手指末端遇冷变白变紫(雷诺现象)”于当地医院诊断为未分化结缔组织病, 予白芍总苷胶囊口服治疗1个月, 症状消失。2020年5月患者自觉乳房增大、月经前乳房疼痛, 在当地医院诊断为乳腺增生, 口服小金片治疗。7月患者自觉乳房增大明显, 内衣型号由A更换为B。8月患者双手再次出现雷诺现象, 于9月21日至海军军医大学(第二军医大学)第一附属医院风湿免疫科门诊就诊, 查抗核抗体1:1280、抗核糖核蛋白(ribonucleoprotein, RNP)抗体阳性、抗双链DNA抗体临界阳性、IgG 19 g/L, 确诊为未分化结缔组织病。乳腺超声检查示双侧乳腺腺体明显增厚伴导管扩张, 右侧乳腺低回声团, 双侧腋下淋巴结肿大。予泼尼松 15 mg、羟氯喹 0.2 g、阿司匹林 100 mg 每日1次口服, 病情控制可。

患者13岁月经初潮, 4~5 d/28 d, 痛经(+), 20岁结婚, 2019年人工流产1次。BMI为21.6 kg/m², 无肥胖及其他遗传病家族史。患者2020年10月10日自测尿妊娠阳性后确诊宫内妊娠, 自觉乳房较前增大, 内衣型号由B更换为C; 末次月经日为2020年9月10日, 预产期为2021年6月17日。2020年11月18日乳腺超声检查示双侧乳腺腺体回声弥漫性改变。

2020年12月9日(孕12⁺周)于海军军医大学(第二军医大学)第一附属医院产科建大卡, 查血浆D-二聚体0.56 μg/mL(稍高), 游离甲状腺素10.11 pmol/L, 其余血检查均正常; 心电图提示窦性心动过速, 心脏彩超未见异常。2020年12月22日因双侧乳房持续性增大、胀痛并伴局部皮肤溃破于海军军医大学(第二军医大学)第一附属医院甲乳外科就诊。体格检查见双乳巨大, 左侧乳房37 cm×36 cm、周径65 cm, 右侧乳房41 cm×34 cm、周径60 cm。超声检查示双侧乳腺明显增大, 双侧腺体增厚, 导管扩张, 呈蜂房样改变, 左乳导管局限性扩张, 最宽处0.44 mm; 双侧腋窝淋巴结肿大, 左侧2.1 cm×0.9 cm, 右侧2.2 cm×1.1 cm, 考虑与风湿免疫性疾病相关。2020年12月25日就诊于海军军医大学(第二军医大学)第一附属医院风湿免疫科并收住入院, 经妇产科、皮肤科、甲乳外科、内分泌科、血液科、烧伤外科会诊, 诊断巨乳症明确, 但不排除恶性病变。入院后查性激素及垂体分泌激素均正常。骨髓穿刺活检示骨髓三系增生减低, 未见明确淋巴瘤、白血病等肿瘤性病变。2021年1月5日行左乳细针穿刺, 穿刺过程中见双乳溢出清亮微混液体, 病理结果显示未见恶性细胞, 双乳溢液中有大量巨噬细胞。胸壁MRI检查提示双乳腺显

[收稿日期] 2021-09-27 [接受日期] 2022-03-04

[作者简介] 李 勤, 硕士, 主治医师. E-mail: pekingli@163.com

*通信作者(Corresponding author). Tel: 0895-4563718, E-mail: 1028243408@qq.com

著增生改变,乳腺超声示双乳腺体明显增厚,双乳导管扩张,双侧腋窝淋巴结增大。为进一步明确病因,建议行垂体MRI平扫,患者拒绝。各项检查均未发现乳腺恶性病变依据,但不排除后续出现恶性病变可能,遂每日给予10 mg泼尼松、0.2 g 硫酸羟氯喹片调节免疫,0.25 μ g 骨化三醇胶丸调节钙磷代谢。因患者乳房皮肤溃破,住院期间每12 h给予静脉滴注青霉素钠480万IU抗感染治疗7 d。在风湿免疫科住院期间患者未分化结缔组织病控制稳定,于2021年1月10日出院。

患者于2021年1月12日(孕17⁺⁵周)至海军军医大学(第二军医大学)第一附属医院门诊产检,诉双乳较前进一步增大,伴疼痛、压迫感、气促,严重影响日常生活与睡眠,要求终止妊娠。体格检查见双乳巨大,左侧乳房40 cm \times 39 cm、周径68 cm,右侧乳房44 cm \times 38 cm、周径64 cm,表面皮肤多处溃烂,乳房表面张力大,皮温升高,遂开具住院证拟入院行中期引产。后患者要求保留胎儿并辗转上海多家医院就诊。2021年1月29日外院多学科会诊认为目前暂无恶性肿瘤证据,风湿免疫科评估为未分化结缔组织病,并告知孕妇继续妊娠风险,建议慎重考虑是否继续妊娠。2021年2月19日外院行乳房溃破面分泌物培养示金黄色葡萄球菌感染,血液检查示白细胞计数 $2.98 \times 10^9/L$,中性粒细胞计数 $44.7 \times 10^9/L$,血红蛋白99 g/L,血小板计数 $340 \times 10^9/L$,CRP 33.1 mg/L,给予口服头孢克洛抗感染治疗。

患者于2021年2月23日(孕23⁺⁵周)至海军军医大学(第二军医大学)第一附属医院门诊产检,要求保留胎儿,于2021年2月24日因“停经23⁺⁶周,未分化结缔组织病10个月,乳房增大9个月伴破溃2个月”门诊以妊娠期巨乳症伴皮肤破溃感染、白细胞减少症、未分化结缔组织病收入院。入院后初步诊断:妊娠期巨乳症伴皮肤破溃感染;未分化结缔组织病;白细胞减少症;窦性心动过速;轻度贫血;低甲状腺素血症。入院后体格检查:双乳房增大,左乳周径66 cm、右乳周径63 cm,左侧乳房外上及外下象限、右侧乳房外下象限均可见多处皮肤感染破溃面(图1),局部坏死结痂,破溃创面直径达3 cm,双乳表面张力较大,皮温升高,胸前区可见静脉曲张,全身浅表淋巴结未触及肿大。立即予每12 h静脉滴注头孢呋辛钠1.5 g抗感染治疗,同时每日予乳房破溃伤口换药。继续每日予泼尼松10 mg、硫酸羟氯喹片0.2 g、骨化三醇胶丸0.25 μ g控制未分化结缔组织病。



图1 妊娠期巨乳症患者皮肤破溃感染

2021年3月1日风湿免疫科、烧伤科、甲乳外科、皮肤科、血液科、内分泌科、心内科会诊后建议乳腺破溃处取材活检,考虑暂无绝对终止妊娠及切除乳腺指征,密切观察患者病情,待活检结果回报后进一步治疗。乳房破溃组织病理结果显示溃疡性病变,可见较多纤维蛋白样坏死,少量乳腺腺体可见泌乳反应。甲乳外科建议行乳腺粗针穿刺活检,但患者拒绝。本次入院后查血液免疫学指标:抗单链DNA抗体21.9 RU/mL(阳性),抗核抗体颗粒型(阳性),抗RNP抗体阳性,游离甲状腺素7.92 pmol/L(偏低),复查性激素及垂体分泌激素均正常,其他血液检测指标基本正常。2021年3月2日超声检查示双乳腺体增厚(右侧厚约7.4 cm、左侧厚约8.8 cm),回声弥漫性减低,导管扩张(右侧最宽处约0.5 cm、左侧最宽处约0.5 cm),腺体内未见明显占位性病变;双侧腋窝淋巴结均可见数个低回声结节,右侧最大者约2.5 cm \times 0.7 cm,左侧最大者约2.4 cm \times 1.3 cm。2021年3月3日胎儿超声检查示单胎、头位,符合孕26周。

2021年3月8日体格检查见双乳增大,左乳周径78 cm、右乳周径77 cm,左乳表面皮肤多处破溃且有感染脓苔,右乳表面伤口结痂。患者被动体位,无法侧卧,平卧时巨乳压迫症状明显,心慌、气促无法缓解,出现发热症状(最高体温38.1 $^{\circ}C$)。3月9日甲乳外科会诊意见:根据病理结果可排除乳腺癌;针对巨乳症治疗目前无即刻手术指征,如行手术治疗,术前需请整形外科共同制定手术方案,拟定皮瓣成形计划,且伤口巨大愈合不良可能性大,手术治疗有巨大风险;针对局部及全身感染症状,建议予以局部换药处理,可加用抗生素敷料,但由于患者合并妊娠,继续妊娠风险巨大,建议终止妊娠。终止妊娠后动态观察乳腺情况,建议保守治疗,可予以局部换药处理,口服枸橼酸他莫昔芬拮抗雌激素作用。于3月13日行乳酸依沙吖啶注射液100 mg羊膜腔注射引产

术,同时口服枸橼酸他莫昔芬(每次10 mg,每日2次,连续3个月),3月15日娩一死男婴,体重980 g,胎盘胎膜不能自娩,给予钳刮术+清宫术。围手术期每日予甲泼尼龙20 mg静脉滴注3 d,后口服泼尼松20 mg/d,每隔2 d减5 mg,直至维持泼尼松10 mg/d;每日2次口服甲磺酸溴隐亭片2.5 mg回乳治疗14 d。患者于2021年3月20日出院,出院时左乳周径80 cm,表面皮肤破溃感染较前明显改善;右乳周径78 cm,表面皮肤伤口结痂。产褥期结束后(2021年4月27日)双乳周径明显缩小(左乳70 cm、右乳68 cm),左乳表面皮肤生出新鲜肉芽组织,右乳表面皮肤伤口结痂,继续换药治疗。2021年5月29日左乳周径60 cm,表面皮肤为新鲜肉芽组织;右乳周径58 cm,表面皮肤伤口结痂。继续于风湿免疫科治疗未分化结缔组织病、于烧伤科进行乳房创面换药治疗,定期于甲乳外科随访。2022年3月测量左乳周径45 cm,右乳周径42 cm,双乳皮肤溃疡均已治愈(图2)。



图2 巨乳症患者治疗后照片

2 讨论 巨乳症又称乳房肥大症,指女性乳房过度发育,含腺体和脂肪结缔组织过度增生,体积超常,与躯体比例明显失调。巨乳症患者不仅伴有胸部压迫感、疼痛、肩部酸痛沉重等症状,还会发生乳房皮肤溃烂等。巨乳症多见于青春期少女或青年女性,常两侧乳房同时发生,偶见于一侧。乳房过大系腺体及脂肪结缔组织对雌激素异常敏感导致,而妊娠期由于性激素的持续高水平,乳腺受到性激素的过度刺激或乳腺组织对性激素过度敏感,故巨乳症也见于妊娠期^[1]。

妊娠期合并巨乳症临床上罕见^[2],多为双侧性,常为永久性病变,乳房体积增大迅速,不能自行消退^[3]。本例患者为妊娠期双侧巨乳症,性激素水平正常,系乳腺组织对性激素过度敏感导致,引产后随访3个月,乳房明显缩小。杜玉香和程维雅^[3]报道1例妊娠合并巨乳症患者,引产后随访期间乳房未缩小。韩志安和周维民^[4]报道的巨乳症患者为第2次人工流产后2年内乳房逐渐增大,患者人工流产前乳房与健康同龄人无异。妊娠期巨乳症是与妊娠相关的乳房弥漫性普遍增大超过生理限度,常发生于第2次妊娠期^[5]。本例患者发生于第2次妊娠,在孕中期引产后乳房自行消退变小,追问病史患者2019年第1次人工流产时期双侧乳房并无异常变化。推测原因可能是第1次妊娠唤醒乳房内雌激素受体,第2次妊娠前2个月就出现乳房增大现象,妊娠后乳房迅速增大从而出现巨乳症,具体机制有待进一步研究。巨乳症是由于乳房组织受正常性激素刺激的异常反应所致,继发坏死、出血和感染者多见^[4-6],乳房痛觉神经敏感,疼痛难忍,多不能坚持至足月妊娠。

巨乳症的确切病因尚不明确,一般认为可能与乳腺组织对内分泌的刺激过分敏感有关,肥胖及遗传也可能是致病因素^[6]。本例患者性激素水平正常,BMI为21.6 kg/m²,无肥胖及遗传因素,属于特发性。另外研究发现甲状腺激素增高可以导致乳腺组织过度生长^[6],但本病例为低甲状腺素血症,也出现乳腺组织过度生长,机制不明。

[参考文献]

- [1] 陈媛. 妊娠合并巨乳症1例[J]. 实用妇产科杂志, 2005, 21: 533-579.
- [2] 程振纲, 肽树炜, 王达华. 妊娠合并巨乳症一例报告[J]. 天津医药, 1978, 6: 213.
- [3] 杜玉香, 程维雅. 妊娠期巨乳症1例[J]. 青岛医学院学报, 1989, 25: 161.
- [4] 韩志安, 周维民. 巨乳症一例[J]. 中华妇产科杂志, 1994, 29: 497.
- [5] 吴松泉, 吴丽萍. 妊娠巨乳症1例[J]. 福建医药杂志, 1990, 12: 68-69.
- [6] 潘铃娟, 金梅. 妊娠期巨乳症合并甲状腺功能异常1例[J]. 实用医学杂志, 2013, 29: 1566.

[本文编辑] 魏学丽