

## Гигантская листовидная опухоль молочной железы: клиническое наблюдение

А.А. Волченко, Д.Д. Пак, Ф.Н. Усов, Е.Ю. Фетисова

Отделение общей онкологии ФГБУ МНИОИ им. П.А. Герцена Минздрава России

Контакты: Федор Николаевич Усов fedus70@yandex.ru

Представлено клиническое наблюдение гигантской листовидной опухоли молочной железы. Листовидная (филлодная) опухоль — редко встречающийся вариант фиброэпителиальной опухоли, состоящий из эпителиальной и соединительной ткани с преобладающим развитием соединительнотканного компонента. Единственным радикальным методом лечения является хирургический.

**Ключевые слова:** молочная железа, листовидная опухоль

### Giant phyllodes tumor of the breast: a clinical observation

A.A. Volchenko, D.D. Pak, F.N. Usov, E.Yu. Fetisova

Department of General Oncology, P.A. Herzen Moscow Oncology Research Institute,  
Ministry of Health and Social Development of Russia

The paper describes a case of giant phyllodes tumor of the breast. Phyllodes tumor is a rare type of fibroepithelial tumor composed of epithelial and connective tissue with the predominant development of a connective tissue component. Surgery is the only radical treatment.

**Key words:** breast cancer, phyllodes tumor

### Введение

Листовидная (филлодная) опухоль — вариант фиброэпителиальной опухоли, состоящий из эпителиального и соединительнотканного компонентов с преобладающим развитием последнего. Этот тип новообразований встречается редко и составляет 2–3 % от фиброэпителиальных опухолей молочной железы и 0,3–1 % от всех опухолей молочной железы у женщин [1, 2]. Пик заболеваемости у женщин приходится на 45–49 лет [1], однако филлодная опухоль может развиваться в любой период жизни: от подросткового до пожилого возраста [3]. В литературе встречаются описания единичных случаев возникновения листовидной опухоли молочной железы у мужчин [4]. В настоящее время существует более 60 наименований данного новообразования (гигантская фиброаденома и филлодная цистосаркома), однако, по мнению ВОЗ, наиболее уместным является термин «листовидная опухоль» [5].

Впервые листовидную опухоль подробно описал J. Muller в 1838 г. Он же дал ей название «cystosarcoma phyllodes» соответственно двум ее компонентам: кистозным полостям и фиброзной ткани, напоминающей таковую при саркоме и имеющей вид листа капусты на разрезе макропрепарата [6]. Родоначальники современного представления о листовидных опухолях — американские патоморфологи N. Treves и D. Sunderland, которые впервые стали выделять критерии доброкачественных, пограничных и злокаче-

ственных листовидных опухолей [7]. Присутствие эпителиального компонента отличает листовидную опухоль от саркомы [1]. Ведущим морфологическим признаком листовидных опухолей молочных желез является гиперцеллюлярность — богатство стромы веретенообразными клетками типа фибробластов. Отсутствие указанного признака исключает диагноз листовидной опухоли [8]. К дифференциальным морфологическим признакам листовидной опухоли и фиброаденомы относят преобладание соединительнотканного компонента над эпителиальным в сочетании с выраженной клеточностью соединительнотканного компонента.

Среди листовидных опухолей выделяют доброкачественные, пограничные и злокачественные [1]. Для определения злокачественности процесса используют гистологические критерии, предложенные J.G. Azzopardi [9]. Примерно от 15 до 30 % листовидных опухолей являются злокачественными [1]. Гистологический тип листовидной опухоли служит важным прогностическим фактором: 5-летняя выживаемость при доброкачественных листовидных опухолях, по данным M. Reinfuss et al. [10], составляет 95,7 %, пограничных — 73,7 %, злокачественных — 66,1 %. По данным A.W. Chaney et al. [11], этот же показатель при доброкачественных и пограничных листовидных опухолях достигает 91 %, при злокачественных — 82 %. Метастазы злокачественных листовидных опухолей встречаются в 25–30 %, тогда как для всех листовидных опухолей — не более чем в 4 % случаев [1].



Рис. 1. Внешний вид больной В., 49 лет

Основной путь метастазирования — гематогенный, чаще всего метастазы обнаруживают в легких, плевре и костях. Менее 1 % злокачественных листовидных опухолей метастазируют в подмышечные лимфатические узлы (ЛУ) [2]. Лечение листовидных опухолей молочной железы — хирургическое. В случае малых размеров опухоли — это широкое иссечение с чистыми краями резекции, при больших размерах образования — простая мастэктомия. Вероятность развития локальных рецидивов составляет около 20 % при наличии клеток опухоли в краях резекции. Рутинная подмышечная лимфодиссекция не рекомендована. При злокачественном варианте листовидной опухоли обсуждается применение комплексного лечения [2].

Ниже представлено клиническое наблюдение хирургического лечения больной с гигантской листовидной опухолью левой молочной железы.

**Клинический случай.** Пациентка В., 49 лет, поступила в отделение общей онкологии МНИОИ им. П.А. Герцена с жалобами на наличие опухоли в левой молочной железе. Известно, что пациентка самостоятельно обнаружила узловое образование в левой молочной железе в 2006 г. Диаметр образования не превышал 2 см. Больная обратилась к гинекологу по месту жительства, осмотрена, рекомендовано дообследование у онколога. По результатам обследования со слов пациентки ей было предложено хирургическое лечение в объеме секторальной резекции, от которого она отказалась. Самостоятельно лечилась нетрадиционными методами, узловое образование постепенно увеличивалось в размерах. В 2011 г. больная отметила быстрый рост опухоли, которая занимала уже всю молочную железу и продолжала увеличиваться в размерах. Осенью 2011 г. пациентка обратилась для дообследования и лечения в МНИОИ им. П.А. Герцена.

При осмотре левая молочная железа значительно увеличена за счет опухолевого компонента. Поверхность молочной железы неровная, бугристая (рис. 1). Кожа над опухолью не изменена, под ней контурируются крупные, извитые сосуды. Пальпаторно ткани измененной левой молочной железы плотноэластической консистенции. Опухоль подвижна относительно грудной стенки. В подмышеч-

ной области на стороне поражения определяются увеличенные до 2 см ЛУ.

По данным УЗИ, вся левая молочная железа замещена опухолевым образованием гипэхогенной многоузловой структуры. В подмышечной области визуализируются измененные, увеличенные ЛУ. Пациентке выполнена трепан-биопсия опухоли. По результатам гистологического исследования биопсийного материала, картина более всего соответствует фибroadеноме. Злокачественного опухолевого роста не обнаружено. При маммографии — опухоль занимает весь объем левой молочной железы — тотальное затемнение (рис. 2).

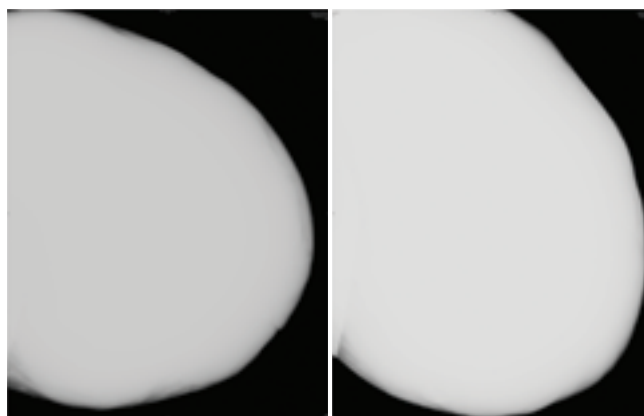


Рис. 2. Маммография больной В., 49 лет

С учетом клинической картины, результатов обследования (ультразвуковое исследование, маммография) и морфологического исследования биоптата из опухоли пациентке была выполнена мастэктомия слева.

В ходе операции при отсепаровке молочной железы в подкожной клетчатке пересекали и лигировали множество патологически измененных сосудов крупного калибра, диаметром до 6 мм. По краю большой грудной мышцы определялись плотные фиброзные тяжи, в которых проходили кровеносные сосуды, питающие опухоль, сопоставимые по диаметру с подмышечной артерией и веной. При ревизии подмышечной области пальпировались и визуально определялись множественные увеличенные до 2 см в диаметре ЛУ эластической консистенции. Больной проведена подмышечная лимфа-



Рис. 3. Препарат удаленной опухоли

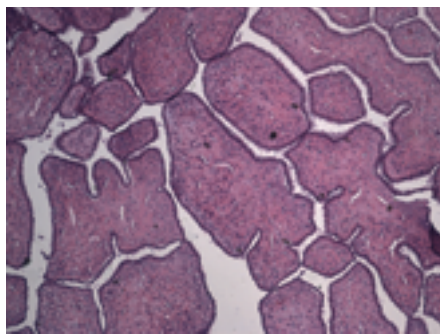


Рис. 4. Листовидная опухоль, окраска гематоксилин-эозином, увеличение  $5 \times 10$

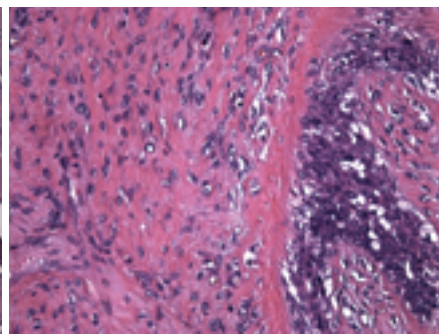


Рис. 5. Проплиферация эпителия и клеточных элементов стромы, окраска гематоксилин-эозином, увеличение  $20 \times 10$

денэктомия. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Лимфорея не отмечалась. На 2-е сутки после операции удален дренаж, на 5-е — пациентка выписана из отделения для продолжения лечения в амбулаторных условиях.

При плановом гистологическом исследовании удаленного препарата (№ Ф 4261-96, Ф 4317-22) размеры молочной железы составили  $34 \times 33 \times 16$  см. Сосок не изменен. Железа диффузно уплотнена, с крупнобугристой поверхностью. На разрезе в ткани железы определяется опухолевый узел размерами  $28 \times 17 \times 20$  см, занимающий практически всю толщину ткани железы (определяется по периферии узла). Узел четко отграничен, представлен плотной, волокнистой, розовато-белой, дольчатой тканью с крупными сероватыми участками отека, кистозными полостями с полиповидными образованиями, состоящими из ткани аналогичного вида и мелкоочаговых кровоизлияний (рис. 3.) Из подмышечной клетчатки

выделено 15 эластичных ЛУ диаметром 1–3 см. Микроскопическая картина представлена на рис. 4, 5. Листовидная опухоль молочной железы с крупными участками отека, гиалиноза стромы; разрозненными участками клеточного строения стромы с умеренно выраженным полиморфизмом клеток и единичными митозами в редких полях зрения. Сосок обычного строения; в окружающей ткани железы — картина мастопатии. В исследованных ЛУ опухолевого роста не зарегистрировано.

Заключение: листовидная опухоль пограничного строения (9020/1).

### Заключение

Данный случай демонстрирует редкое клиническое наблюдение, когда доброкачественное новообразование при несвоевременном обращении пациентки к врачу привело к обширному хирургическому вмешательству и утрате молочной железы.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Liang M., Ramaswamy B., Patterson C. et al. Giant breast tumors: Surgical management of phyllodes tumors, potential for reconstructive surgery and a review of literature. *World J Surg Oncol* 2008;6:117.
2. Muttarak M., Lerttumnongtum P., Somwangaroen A., Chaiwun B. Phyllodes tumour of the breast. *Biomed Imag Interv J* 2006;2(2):33.
3. Stromberg B.V., Golladay E.S. Cystosarcoma phylloides in the adolescent female. *J Pediatr Surg* 1978;13:423–25.
4. Kahan Z., Toszegi A.M., Szarvas F. et al.

- Reccurent phyllodes tumor in a man. *Pathol Res Pract* 1997;193(9):653–8.
5. Parker S.J., Harries S.A., Phyllodes tumours. *Postgrad Med J* 2001;77:428–35.
6. Muller J. *Über den feinen bau und die formen der krankhaften geschwulste*. Vol. 1. Berlin, Germany: Reimer, 1838. P. 54–60.
7. Кочергина Н.В., Корженкова Г.П., Ермилова В.Д. и др. Что такое листовидная опухоль молочных желез? *Мед визуал* 2000;(4):54–9.
8. Кампова-Полева Е.Б., Чистяков С.С. Клиническая маммология. Современное

- состояние проблемы. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. С. 144–82.
9. Azzopardi J.G. *Proh'h'nis in breast patholonn*. Philadelphia: WB Saunders, 1979. P. 346–65.
10. Reinfuss M., Mitus J., Duda K. et al. The treatment and prognosis of patients with phyllodes tumor of the breast: an analysis of 170 cases. *Cancer* 1996;77:910–6.
11. Chaney A.W., Pollack A., McNeese M.D. et al. Primary treatment of cystosarcoma phylloides of the breast. *Cancer* 2000; 89:1502–11.