

ЛИСТОВИДНАЯ ОПУХОЛЬ И «ГИГАНТСКАЯ» ФИБРОАДЕНОМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ

А.А. Пароконная, М.И. Нечушкин, И.К.Воротников, В.Д. Ермилова
 НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им.Н.Н. Блохина РАМН

Смешанные (неэпителиальные, эпителиальные) опухоли молочных желез встречаются довольно редко и составляют, по данным разных авторов, до 2% всех злокачественных опухолей молочных желез [1, 3, 5]. Как показали клинические наблюдения, с увеличением размера опухолевого узла возрастает и количество листовидных опухолей промежуточного и злокачественного вариантов [2].

Склонность к рецидивированию характерна для листовидных опухолей, рецидивы же при злокачественном варианте развиваются достоверно раньше, чем при доброкачественном. Оперативное вмешательство в объеме мастэктомии при тотальном поражении молочной железы оправданно [4]. Беременность не должна быть причиной отказа от операции. Необходима консультативная поддержка акушеров-гинекологов при обсуждении подобных клинических случаев с целью установления наиболее оптимальных и безопасных сроков для выполнения оперативного вмешательства. Приводим наше наблюдение.

Пациентка З., 23 лет, находилась в отделении радиохирургии ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с клиническим диагнозом: листовидная опухоль правой молочной железы промежуточного гистологического типа. Состояние после нерадикальных оперативных вмешательств в 2002—2003 гг. Фиброаденома левой молочной железы. Беременность 20 нед.

Из анамнеза известно, что в 1998 г. больная впервые заметила уплотнение в правой молочной железе. К врачам не обращалась. На фоне наступившей в том же году беременности обратила внимание, что опухоль быстро увеличивается в размерах. Беременность была завершена медицинским абортom, однако опухоль, со слов больной, продолжала расти. При обращении к врачу в 2002 г., когда опухолевое образование занимало весь верхне-внутренний квадрант, был поставлен диагноз: «фиброаденома» и предложено оперативное вмешательство в объеме

секторальной резекции. Спустя 6 мес больная вновь обратилась за медицинской помощью в связи с рецидивом заболевания. Последующие 3 операции (секторальная резекция) оказались нерадикальными — после выписки из стационара пациентка определяла участки уплотнения в месте проекции послеоперационных рубцов.

В 2003 г. наступила 2-я беременность, во время которой, помимо быстро растущей опухоли в правой молочной железе, стала определяться опухоль во внутренних квадрантах левой молочной железы. Со слов больной, образование слева за 2 нед наблюдения увеличилось в 3 раза, появились болезненность, ощущение распирания. При сроке беременности 17 нед пациентка обратилась в РОНЦ.

При осмотре правая молочная железа деформирована за счет послеоперационных рубцов. Всю оставшуюся часть железы занимает бугристая опухоль диаметром до 6,5 см. Слева кожа молочной железы истончена, с выраженным венозным рисунком,

синюшного цвета; вся ткань молочной железы занята множественными узловыми образованиями, занимающими участок диаметром до 10 см. Регионарные лимфатические узлы не определяются (рис.1).

С учетом быстрого роста опухоли и тенденции к рецидивированию поставлен диагноз: «рецидив листовидной опухоли правой молочной железы. Листовидная опухоль левой молочной железы», который был подтвержден при ультразвуковом исследовании (УЗИ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ).

В Онкологическом научном центре были изучены цитологические и гистологические препараты удаленных ранее образований (по месту жительства, в 2002—2003 гг.). Описание готовых препаратов за 2003 г.: «...листовидная фиброаденома с... зонами повышенной клеточности и значительное число (6—8 в одном поле зрения) фигур митоза, встречаются атипичные его формы. Картина крайне подозрительна в отношении озлокачествления опухоли».

Учитывая данные анамнеза (длительный срок наблюдения, рецидивирующий характер опухоли),



Рис.1. Внешний вид пациентки



Рис. 2. Удаленное образование левой молочной железы



Рис. 3. Листовидная опухоль промежуточного типа, соединительнотканые сосочки представлены малоклеточной тканью, покрыты двурядным эпителием. Ув. 40

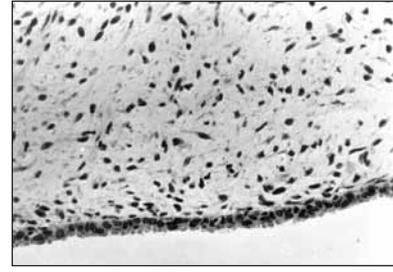


Рис. 4. Участок клеточной стромы. Клетки умеренно полиморфны, фигуры митоза отсутствуют. Ув. 250

большой объем образований, предполагаемую возможность озлокачествления опухолей, а также объем предстоящего оперативного вмешательства, решением консилиума пациентке предложено прерывание беременности с последующим оперативным лечением. Однако от прерывания беременности пациентка отказалась. Проведена консультация в Центре планирования семьи и репродукции. Противопоказаний к оперативному вмешательству при сроке 19—20 нед беременности нет. Учитывая большой объем опухолевых масс, быстрый экспансивный рост, наличие возможного озлокачествления, решено выполнить оперативное вмешательство в объеме двусторонней мастэктомии.

Данные морфологического исследования: правая молочная железа размером 20×13×4 см, с соском и кожным лоскутом. На разрезе в железе определяется неправильной формы узел размером 8×4×4,3 см, дольчатого вида, плотноэластической консистенции, с участками более рыхлой ткани белесоватого цвета. На отдельных участках в узле обнаруживаются щелевидные полости с выступающими в их просвет крупными сосочковыми утолщениями. Левая молочная железа размером 22×17×4 см, с лоскутом кожи и соском. В толще железы на разрезе выявлен узел дольчатого строения размером 11×10,5×5,5 см; ткань узла белого цвета, плотноэластическая (рис. 2).

Микроскопическое исследование: узел в правой молочной железе имеет строение, характерное для листовидной опухоли. Крупные сосочковые соединительнотканые структуры выступают в просвет расширен-

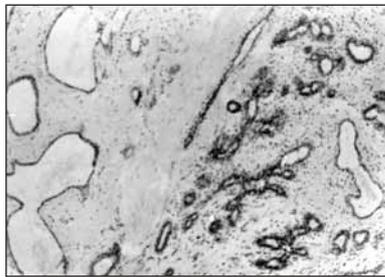


Рис. 5. Узел типичной фиброаденомы. Ув. 70

ных протоков, выстланных уплощенными эпителиальными клетками. Строма сосочков обильная, то почти бесклеточная, то образована более клеточной рыхлой соединительной тканью. Клеточные участки стромы составляют небольшие очаговые зоны, в которых видны рыхло лежащие клетки вытянутой или округло-овальной формы. Ядра клеток умеренно полиморфны, с незначительной хромазией, встречаются единичные фигуры деления. Подобные изменения в узле позволяют отнести его к листовидной опухоли промежуточного типа, без достоверных признаков озлокачествления (рис. 3, 4).

Узел в левой молочной железе имеет типичное гистологическое строение фиброаденомы с участками периканаликулярного строения. Эпителиальный и стромальный компоненты представлены в равном объеме. Строма умеренно волокнистая с небольшим числом фибробластических и гистиоцитарных элементов. В строме не обнаружены характерные для листовидной опухоли сосочковые структуры. Видны эпителиальные трубочки из кубического эпителия, окруженные кольцевидно соединительноткаными волокнами (периканаликулярная часть) или узкие щелевидные структуры, также образованные кубическим эпителием (интраканаликулярная часть). Размеры узла позволяют отнести его к так называемой гигантской фиброаденоме (рис.5).

Беременность благополучно завершилась срочными родами. При обследовании пациентки через 9 мес после операции рецидива заболевания не отмечено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воротников И.К. Неэпителиальные и фиброэпителиальные опухоли молочных желез. Клиника, диагностика, лечение: Дис...д-ра мед.наук. — М., 2000.
2. Воротников И.К., Ермилова В.Д. Неэпителиальные и фиброэпителиальные опухоли молочных желез. В кн.: Первичные опухоли молочной железы / Под ред. Летягина В.П. — М.: Миклош, 2004. — С.281—307.
3. Bernad-Valles M., Abad-Hernandez M., Sastre-Ibarreche P. et al. // Neoplasia, 14/2 — 1997. — P.57—60.
4. Mallebre B., Elbert A., Perez-Canto A., et al. Geburtshilfe-Frauenheilkd, 56 (1). — 1996. — Jan. — P. 35—40.
5. Salvadori B., Cusumano F., Del Bo R. // Argomenti oncol. — 1990. — Vol. 11, № 2. — P.157—163.