

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

В. П. Летагин, В. П. Широкий, А. Д. Зикиряходжаев, О. В. Иванкина

МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ИНТРАМАММАРНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва

Описан случай метастатического поражения интрамаммарного лимфатического узла при первично не выявленной опухоли молочной железы. Диагностические трудности были связаны с нетипичной клинической и маммографической картиной, которая была более характерна для первичного поражения ткани молочной железы. Это могло привести к неправильному выбору объема операции и неблагоприятно повлиять на результаты лечения.

Ключевые слова: рак молочной железы, интрамаммарные лимфатические узлы.

Метастазы рака молочной железы в интрамаммарных лимфатических узлах (ИМЛ) нечасто обнаруживают при маммографии, а тем более при клиническом обследовании. Это является причиной диагностических трудностей и ошибок при определении тактики лечения.

ИМЛ могут определяться во всех отделах молочной железы, причем в том же квадранте, что и опухоль, не более чем в 50% случаев. Это противоречит традиционному представлению об оттоке лимфы от молочной железы [5; 13]. Чаще всего ИМЛ обнаруживают глубоко в латеральных квадрантах молочной железы, реже — в медиальных квадрантах и центральной зоне [6; 10]. При тщательном гистологическом исследовании ИМЛ выявляют даже в интрамаммарной складке [3]. Основным критерием для отнесения лимфатического узла к ИМЛ является его расположение в ткани молочной железы [10]. Для интактных ИМЛ характерна следующая маммографическая картина: размеры до 1 см, четкие границы и просветление в центральной части узла. Размеры более 1 см должны насторожить врача [1].

ИМЛ, по данным разных авторов, выявляют у 28—47% больных раком молочной железы. В 9,8—10% случаев в них имеются метастазы [2; 12]. Поражение ИМЛ влияет на прогноз при раке молочной железы, поскольку, как и поражение подмышечных лимфатических узлов, относится ко II стадии заболевания. Поражение ИМЛ может быть изолированным или сочетаться с поражением других групп лимфатических узлов [11]. На маммограммах метастатические ИМЛ хорошо отграничены от окружающих тканей, гомогенные, овальные или круглые, рентгенонегативные, их диаметр обычно боль-

ше 1 см [4]. В довольно редких случаях картину метастатического поражения ИМЛ может имитировать гиперплазия гетеротопического чешуйчатого или долькового эпителия. Она может создавать диагностические трудности даже при гистологическом исследовании [7]. Микрокальцинаты в ИМЛ ухудшают течение заболевания [9]. Выявление метастатических ИМЛ может быть первым признаком рака молочной железы [4; 8].

Ниже приведено описание клинического наблюдения.

Больная Ч., 68 лет. В анамнезе рак левой молочной железы, состояние после комбинированного лечения в 1976 г. В октябре 2004 г. самостоятельно обнаружила уплотнение в правой молочной железе. При пальпации высоко в верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется бугристое, хрящевидной консистенции узловое образование диаметром 3 см, симптом умбиликации положительный. В других отделах молочной железы узловые образования не определяются. В правой подмышечной области определяется плотноэластический лимфатический узел диаметром 1 см. При маммографии правая молочная железа не деформирована, кожа соска и ареола без особенностей. На фоне остаточных явлений двусторонней диффузной фиброзно-кистозной мастопатии высоко в верхненаружном квадранте правой молочной железы имеется плотное бугристое узловое образование с неровными, местами мелкоязистыми контурами, диаметром примерно 2 см. В других отделах правой молочной железы узловые образования не определяются (рис. 1). При цитологическом исследовании пунктата узлового образования получены клетки рака молочной железы.

На основании полученных данных был поставлен предварительный диагноз: рак правой молочной железы T2N1M0, IIb стадии. Высокое расположение предполагаемой первичной опухоли и большой объем молочной желе-

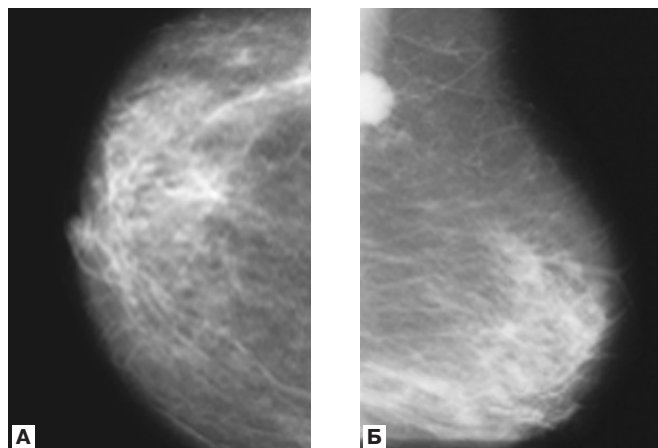


Рисунок 1. Маммограмма левой молочной железы. В связи с высоким расположением узлового образования оно определяется только у края косой проекции.
А. Прямая проекция. **Б.** Косая проекция.

зы позволяли выполнить радикальную резекцию с хорошим косметическим эффектом. Однако с учетом возраста больной, радикальной мастэктомии слева в анамнезе и нежелательности облучения грудной клетки из-за снижения функциональных резервов легких пациентке выполнена модифицированная радикальная мастэктомия с сохранением обеих грудных мышц. При гистологическом исследовании молочная железа на разрезе представлена жировой тканью и пленчатыми серовато-розовыми прослойками, в толще молочной железы, в центральном отделе определяется участок уплотнения диаметром 0,8 см. В верхненаружном квадранте, почти в жировой клетчатке подмышечной зоны определяется опухолевый узел размерами 2,5х2х2 см, представленный плотной серой тканью. При микроскопическом исследовании участок уплотнения в центральном отделе молочной железы представлен разрастанием смешанного (протокового и долькового) инфильтративного рака II степени злокачественности. Опухолевый узел в верхненаружном квадранте представляет собой лимфатический узел с метастазом рака молочной железы, прорастанием капсулы и инфильтрацией жировой ткани. В 2 из 6 лимфатических узлов регионарной клетчатки

метастазы рака молочной железы с тотальным замещением лимфоидной ткани.

Таким образом, весь комплекс проведенных исследований не позволил поставить диагноз до операции. Узловое образование, трактовавшееся до операции как первичная опухоль молочной железы, в действительности оказалось метастатически измененным ИМЛ, а первичная опухоль не была выявлена. Радикальная резекция молочной железы была бы недостаточным по объему вмешательством для данной больной. Следовательно, при планировании хирургического лечения необходимо учитывать возможность метастатического поражения ИМЛ.

ЛИТЕРАТУРА

1. De Paredes E. S. Atlas of film-screen mammography. — Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 1989. — P. 67.
2. Egan R. L., McSweeney M. B. Intramammary lymph nodes // Cancer. — 1983. — Vol. 51. — P. 1838—1842.
3. Gui G. P., Behranwala K. A., Abdullah N. et al. The intramammary fold: contents, clinical significance and implications for immediate breast reconstruction // Br. J. Plast. Surg. — 2004. — N 2. — P. 146—149.
4. Gunhan-Bilgen I., Memis A., Ustun E. E. Metastatic intramammary lymph nodes: mammographic and ultrasonographic features // Eur. J. Radiol. — 2001. — Vol. 40. — P. 24—29.
5. Jadusingh I. H. Intramammary lymph node // J. Clin. Pathol. — 1992. — N 11. — P. 1023—1026.
6. Kalisher L. Xeroradiography of axillary lymph node disease // Radiology. — 1975. — N 11. — P. 67—71.
7. Layfield L. J., Mooney E. Heterotopic Epithelium in an Intramammary Lymph Node // Breast J. — 2000. — Vol. 6. — P. 63—67.
8. Lindfors K. K., Kopans D. B., Googe P. B. Breast cancer metastases to intramammary lymph nodes // Am. J. Roentgenol. — 1986. — Vol. 146. — P. 614.
9. Marchetti C., Carsin A., Sorel L. Axillary lymph node microcalcifications disclosing breast cancer // J. Radiol. — 1997. — Vol. 78. — P. 457—459.
10. McSweeney M. B., Egan R. L. Prognosis of breast cancer related to intramammary lymph nodes // Recent Results Cancer Res. — 1984. — Vol. 90. — P. 166—172.
11. Shen J., Hunt K. K., Mirza N. Q. et al. Intramammary lymph node metastases are an independent predictor of poor outcome in patients with breast carcinoma // Cancer. — 2004. — Vol. 101. — P. 1330—1337.
12. Spillane A. J., Donnellan M., Matthews A. R. Clinical significance of intramammary lymph nodes // Breast. — 1999. — N 8. — P. 143—146.
13. Wong J. H., Steinemann S., Jehoon K. P. et al. Lymphoscintigraphy in breast cancer: the value of breast lymphoscintigraphy in breast sentinel node staging // Clin. Nucl. Med. — 2001. — N 6. — P. 502—505.

Поступила 08.02.2005

V. P. Letyagin, V. P. Shiroky, A. D. Zakiryakhodjayev, O. V. Ivankina
METASTATIC INTRAMAMMARY LYMPH NODE (A CLINICAL CASE)
Institute of Clinical Oncology, N. N. Blokhin RCRC, RAMS, Moscow

The paper describes a case of metastatic intramammary lymph node as found in a patient with the primary breast tumor not discovered. The diagnostic problems were due to atypical clinical and morphological patterns, which were more characteristic of breast primary. This could result in improper choice of operation extent and poor treatment outcome.

Key words: breast cancer, intramammary lymph nodes.