

УДК 616.19-006

МИОФИБРОБЛАСТОМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

© Н.А. Огнерубов, Е.Д. Улитина

Ключевые слова: молочная железа; доброкачественные опухоли; миофибробластома.

Приведен обзор литературы, посвященный морфологическим особенностям редко встречающейся доброкачественной опухоли молочной железы мезенхимального происхождения – миофибробластомы. Приведен клинический случай этой опухоли у пациентки 71 года. Подчеркивается трудность диагностики на догоспитальном этапе.

Миофибробластома – доброкачественная опухоль мезенхимального происхождения, веретенноклеточного вида, построена из фибробластов, гладкомышечных клеток и коллагеновых волокон. Для миофибробластомы характерен широкий спектр локализации. Опухоль достигает размеров от нескольких миллиметров до 10 см, медленно растет узлом с четкими границами, наблюдается у женщин и мужчин 40–90 лет. Очаги опухолевого роста чаще – унциентрические, изредка билатеральные и мультицентрические [1]. В гистологической классификации опухолей молочной железы 4 пересмотра, утвержденной ВОЗ, миофибробластома имеет шифр 8825/0 [2, 3].

Поверхность опухоли мелкодольчатая, серо-белого цвета, границы четко очерчены. Инфильтрация в окружающие ткани не характерна [4, 5]. Источником опухоли принято считать гладкомышечные клетки кровеносных сосудов, фибробласты стромы [6]. Среди причин возникновения миофибробластомы – генетические дефекты, гормональные нарушения, экзо- и эндогенные интоксикации с формированием дефектов дифференцировки миофибробластов [7].

Монотонное строение опухоли иногда нарушается очагами обызвествления, хондронидной и костной метapлазии [8]. Ультразвуковые признаки, такие как филаменты актина, плотные тельца плазмалеммы и поверхностно ориентированные пиноцитозные пузырьки свойственны миофибробластам [7]. Кальцинаты и участки поверхности с неровными границами новообразования требуют дифференциальной диагностики со злокачественными опухолями. Дифференцировать миофибробластому необходимо с воспалительной миофибробластной опухолью, фиброматозом, гемангиоперицитомой, лейомиомой, опухолью клеток футляра периферических нервов, а при наличии кальцинатов и неровных границ – со злокачественной опухолью [9]. Клетки миофибробластомы экспрессируют CD-34, CD-99, bcl-2 протеин, рецепторы половых гормонов [10, 11]. Диагностика опухоли только по иммунофенотипу не всегда точна. Например, экспрессия CD-34 определяется в веретенноклеточной липоме. В сложных случаях окончательный диагноз возможен только после сочетанного использования всех методов исследования. Штампованные узловое новообразования молочной

железы при гистологическом исследовании соответствуют чаще всего фиброаденомам.

Мы наблюдали пациентку 71 года с миофибробластомой молочной железы. Из анамнеза известно, что больная самостоятельно обнаружила опухоль в левой молочной железе около 3 месяцев назад. При объективном исследовании молочные железы симметричные. В левой молочной железе на границе верхних квадрантов пальпируется опухолевидное образование, размером 1,5×2,0 см, без четких границ, подвижное, не спаяно с кожей. Кожные симптомы отрицательные. Сосково-ареолярный комплекс без особенностей. В правой молочной железе очаговой патологии не выявлено. Подмышечные лимфатические узлы с обеих сторон размерами 1,5×1,0 см, эластической консистенции, подвижные. Надключичные лимфатические узлы не пальпируются.

При ультразвуковом исследовании в левой молочной железе на границе верхних квадрантов визуализируется образование смешанной эхогенности, неоднородной структуры, с нечетким контуром, размером 25×13 мм. Заключение: признаки очагового образования левой молочной железы (рис. 1).

При маммографическом исследовании обеих молочных желез в структуре преобладает жировая ткань,



Рис. 1. Ультразвуковое исследование левой молочной железы

сохраняется незначительное количество железистой ткани в верхненаружных квадрантах, структурный рисунок деформирован. Сохраняется картина не резко выраженной диффузной мастопатии с преобладанием фиброзного компонента. В левой молочной железе имеется овальная тень размером до 3,5×2,2 см (липома?). На границе наружных квадрантов имеется группа макрокольценатов неправильной формы и внутримолочные обызвествления. Сосуды не изменены. Сосудистый рисунок симметричен. Изображение кожи – без особенностей. В аксиллярных областях с обеих сторон сохраняются единичные среднеинтенсивные неомогенные тени лимфоузлов до 1,5 см, структура и размеры их без изменений. Заключение: не резко выраженная диффузная фиброзно-кистозная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента. Очаговое образование левой молочной железы. Произведена пункционная биопсия под контролем УЗИ. При микроскопическом исследовании в препарате клетки кубического эпителия с явлениями пролиферации. Установлен диагноз локализованной фиброзной мастопатии левой молочной железы. По поводу чего выполнена секторальная резекция под местным обезболиванием.

Макроскопически на разрезе в секторе имеется узел, размером 2,0×1,5 см, ткань которого отличается желтоватым цветом и нежно-волоконным строением (рис. 2).



Рис. 2. Удаленный макропрепарат. Границы рассеченной опухоли маркированы

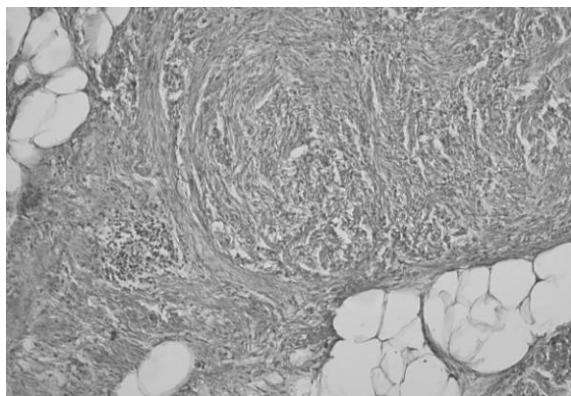


Рис. 3. Опухоль не содержит фрагментов молочной железы, построена из тесно расположенных мелких пучков миофибробластов. Гематоксилин-эозин, ×200

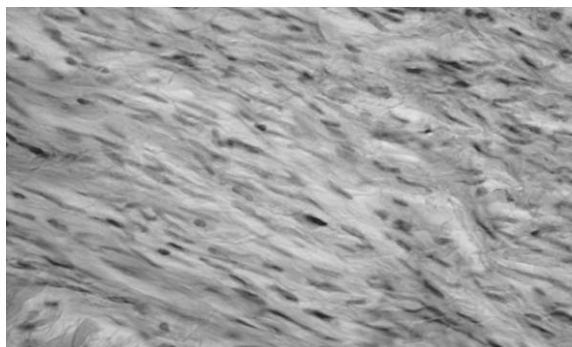


Рис. 4. Веретеновидные клетки представлены фибробластами, фиброцитами и типичными гладкомышечными волокнами. Гематоксилин-эозин, ×300

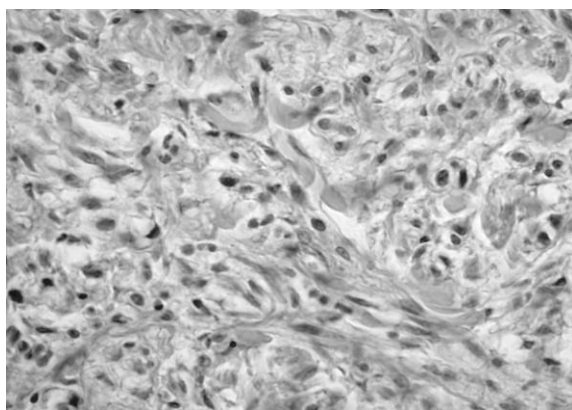


Рис. 5. В клеточных пучках – группы эпителиоидных клеток со светлой цитоплазмой, ядрами различной величины. Гематоксилин-эозин, ×400

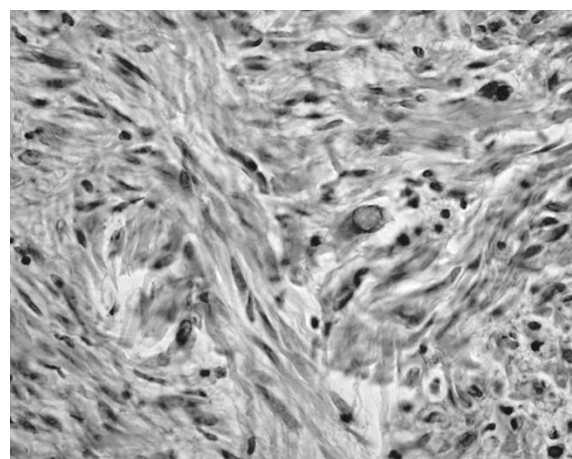


Рис. 6. Полиморфизм эпителиоидных и гладкомышечных клеток в очаге клеточной дистрофии. Гематоксилин-эозин, ×200

При цитологическом исследовании мазка-отпечатка с поверхности опухоли в препарате встречаются биполлярные вытянутые клеточные элементы типа фиброцитов, некоторые клетки в виде эпителиоподобных. По данной цитограмме необходимо исключить туберкулезный процесс.

Гистологическое исследование парафиновых срезов в стандартной окраске гематоксилином и эозином выявило следующую картину. Опухоль состоит из веретеновидных фибробластов, чередующихся с гладкомышечными клетками (рис. 3). Фибробласты отличаются от гладкомышечных клеток менее выраженной цитоплазмой, вытянутыми ядрами с заостренными кончиками (рис. 4). В очагах крайне слабой васкуляризации выявлены единичные клетки с дистрофией и некрозом. Среди типичных гладкомышечных волокон рассеяны мелкие клетки эпителиоидного строения с признаками слабо выраженного ядерного полиморфизма и неравномерно выраженной вакуолизированной цитоплазмой (рис. 5, 6). Кроме того, единичные митозы и инфильтрация в окружающую жировую клетчатку дополняют сложность отличия от злокачественного новообразования (рис. 7). Среди клеточных пучков остаются группы липоцитов, вероятно, заблокированные интенсивным ростом миофибробластов (рис. 8). Выраженная пролиферация фибробластов сопровождается утолщением пучков коллагеновых волокон, а в очагах деструкции откладывается гиалин (рис. 9).

Тщательное гистологическое исследование границ опухолевого узла не выявило митотически активных и атипичных миофибробластов. Все структуры опухоли соответствовали описанным в литературе. Полное макроскопическое исследование в сочетании с гистологией

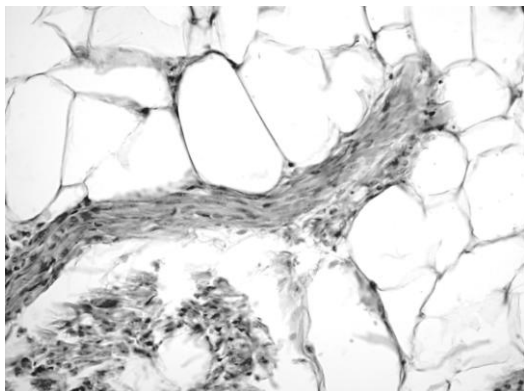


Рис. 7. Тонкие тяжи миофибробластов имитируют инвазивный рост в окружающую жировую ткань. Гематоксилин-эозин, $\times 200$

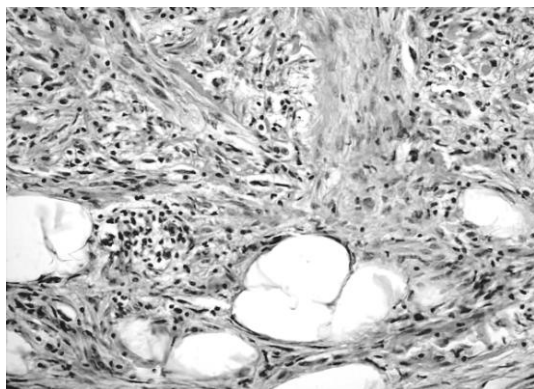


Рис. 8. Продольно и поперечно срезы фибро-мышечные тяжи окружают группы липоцитов. Гематоксилин-эозин, $\times 300$

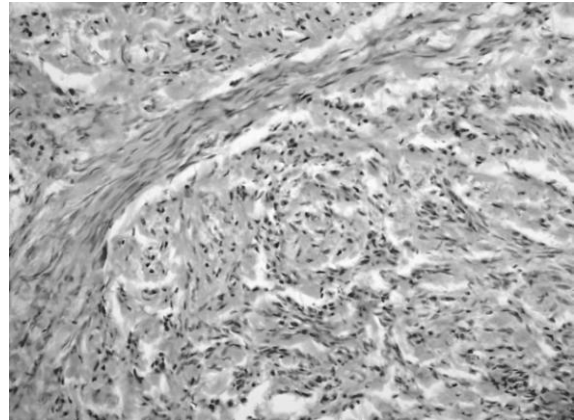


Рис. 9. Мозаичность ткани придает гомогенные очаги гиалиноза, которые замещают разрушенные коллагеновые волокна и клетки. Гематоксилин-эозин, $\times 200$

серийных срезов подозрительных участков позволило достоверно исключить злокачественный опухолевый рост. После хирургического метода лечения не потребовалась дополнительная терапия. В течение года после проведенной операции у больной не выявлено признаков рецидива опухолевого роста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Julien M., Trojani M., Coindre J.M. Myofibroblastoma of the breast // A study of eight cases. *Ann. Surg.* 1994. V. 14. P. 143-147.
2. Lakhani S.R., Ellis W.H.O. Classification of Tumours of the Breast, Fourth Edition. 2012. P. 201.
3. Франк Г.А. Проблемы морфологической классификации и диагностики опухолей мягких тканей // Практическая онкология. 2004. Т. 5. № 4. С. 231-236.
4. Харченко В.П., Рожкова Н.И. Маммология. Национальное руководство. М., 2009. 451 с.
5. Wargotz E.S., Weiss S., Norris H.J. Myofibroblastoma of the breast. Sixteen cases of a distinctive benign mesenchymal tumor // *Am J. Surg. Pathol.* 1987. V. 11. P. 493-502.
6. Odashiro A.N., Odashiro Miji L.N., Odashiro D.N., Nguyen G.K. Mammary myofibroblastoma: report of two cases with fine-needle aspiration cytology and review of the literature // *Diagn. Cytopathol.* 2004. V. 30. P. 406-410.
7. Amin M.B., Gottlieb Ca., Fitzmaurice M. et al. Fine needle aspiration cytologic study of myofibroblastoma of the breast. Immunohistochemical and ultrastructural findings // *Am J. Clin. Pathol.* 1993. V. 99. P. 593-597.
8. Fukunaga M., Ushigome S. Myofibroblastoma of the breast with diverse differentiations // *Arch. Pathol. Lab. Med.* 1997. V. 121. P. 599-603.
9. Magro G., Michal M., Vazquez E., Bisceglia M. Lipomatous myofibroblastoma: a potential diagnostic pitfall in the spectrum of the spindle cell lesions of the breast // *Virchows Arch.* 2000. V. 437. P. 540-544.
10. Lee A.H.S., Sworn M.J., Theaker J.M. et al. Myofibroblastoma of breast: an immunohistochemical study // *Histopathology.* 1993. V. 22. P. 75-78.
11. Magro G., Gurrera A., Bisceglia M. H-caldesmon expression in myofibroblastoma of the breast: evidence supporting the distinction from leiomyoma // *Histopathology.* 2003. V. 42. P. 233-238.

Поступила в редакцию 11 октября 2013 г.

Ognerubov N.A., Ulitina E.D. MIOFIBROBLASTOM OF BREAST: CLINICAL CASE

The literature devoted to the morphological features rarely seen of benign breast tumors of mesenchymal origin, myofibroblastomas, is reviewed. The clinical case of this tumor of 71 year old patient is disclosed. The difficulty of diagnosis in the pre-hospital phase is emphasized.

Key words: breast; benign tumors; myofibroblastoma.