

УДК: 616-006.8

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ФИЛЛОИДНОЙ ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ксения Евгеньевна Киселёва¹, Мария Николаевна Баранова², Алёна Сергеевна Филатова³

³ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия

^{1,2}ГАУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер»

¹mashasashko95@mail.ru

Аннотация

Введение. Филлоидная опухоль представляет собой двухфазное фиброэпителиальное новообразование, встречается в 0,3-1% случаях всех опухолей молочной железы. **Цель исследования** - анализ литературных данных и описание клинического случая. **Материалы и методы.** Описание клинических случаев с диагнозом филлоидная опухоль молочной железы. **Результаты.** В статье представлены два клинических случая филлоидной опухоли у женщин. **Обсуждение.** Методы визуализации не имеют патогномоничных признаков, которые позволят дифференцировать филлоидную опухоль и фибroadеному. Биопсия является предпочтительным методом предоперационной диагностики и позволяет определить тактику и прогноз. **Выводы.** Данные клинические случаи показывают, что на дооперационном этапе неинвазивные методы диагностики не позволяют точно отличить филлоидную опухоль от фибroadеномы, что показывает важность морфологического исследования материала трепан-биопсии и операционного материала.

Ключевые слова: филлоидная опухоль, женщины, молочная железа.

CLINICAL CASE OF PHYLLODES TUMOR OF BREAST

Ksenia E. Kiseleva¹, Maria N. Baranova², Alena S. Filatova³

³Ural state medical university, Yekaterinburg, Russia

^{1,2}GAUZ SO "Sverdlovsk Regional Oncological Dispensary"

¹mashasashko95@mail.ru

Abstract

Introduction. Phylloidal tumor is a biphasic fibroepithelial neoplasm that occurs in 0.3-1% of all breast tumors. **The aim of the study** - analysis of literature data and description of a clinical case. **Materials and methods.** description of clinical cases diagnosed with phyllodes tumor of the mammary gland. **Research results.** The article presents two clinical cases of phyllodes tumor in women.

Discussion. Imaging methods do not have pathognomonic features that will allow differentiating a phyllodes tumor from a fibroadenoma. Biopsy is the preferred method of preoperative diagnosis and allows you to determine the tactics and prognosis. **Conclusions.** These clinical cases show that at the preoperative stage, non-invasive diagnostic methods do not allow to accurately distinguish a phyllodes tumor from a fibroadenoma, which shows the importance of a morphological study of the trephine biopsy material and the surgical material.

Keywords: phyllodes tumor, woman, breast.

ВВЕДЕНИЕ

Рак молочной железы – наиболее частое злокачественное заболевание у женщин. Однако в клинической практике наблюдаются и другие формы новообразований молочных желез [1].

Филлоидная опухоль является редким типом опухолей молочной железы. Филлоидная опухоль представляет собой двухфазное фиброэпителиальное новообразование, встречается в 0,3-1% случаях всех опухолей молочной железы [3]. Эта опухоль впервые была описана в 1774 г. как гигантский тип фиброаденомы и впервые была названа Йоханнесом Мюллером в 1838 г. «филлоидной цистосаркомой» [1]. Организация здравоохранения в классификации использует термин «филлоидная опухоль» и выделяет три группы: доброкачественные, пограничные и злокачественные, основываясь на гистопатологических особенностях, таких как стромальная клеточность, атипия стромальных клеток, митотическая активность, границы опухоли. Частота доброкачественных опухолей составляет 35-64%, тогда как частота злокачественных составляет 25% [2].

Местные рецидивы обычно развиваются в течение 2-3 лет после постановки диагноза. Отдалённые метастазы характерны для злокачественных филлоидных опухолей, встречаются примерно в 2% случаев. Наиболее распространёнными локализациями метастазирования являются лёгкие и кости [3].

Цель исследования – анализ литературных данных и описание клинического случая.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Был проведен опрос, сбор анамнеза и осмотр двух пациенток с диагнозом, проанализированы данные амбулаторной карты, истории болезни, результаты лабораторных, инструментальных исследований, гистологическое заключение.

Клинический случай №1. Пациентка А, 60 лет.

Анамнез заболевания: В мае 2021 года самостоятельно обнаружила уплотнение в левой молочной железе. По данным маммографии: подозрение на злокачественное новообразование левой молочной железы. Слева BI - RADS 5. Справа - BI - RADS 1.

УЗИ надключичных лимфоузлов: слева в надключичной области единичный гипоэхогенный лимфоузел с сохраненной структурой 7 мм с несколько утолщенной корой, в левой подмышечной области несколько 4-5 гипоэхогенных л/у до 10-13 мм с сохраненной структурой с несколько утолщенной гипоэхогенной корой. В правой подмышечной области единичные лимфоузлы до 7 мм с сохраненной структурой с несколько утолщенной гипоэхогенной корой.

Выполнена трепан-биопсия образования. Гистология - Веретеночлесточная опухоль молочной железы с неясным потенциалом злокачественности. Материал направлен на ИГХ. ИГХ: Опухолевые клетки экспрессируют виментин, CD34, гладкомышечный актин. Значимой экспрессии других исследованных маркеров вышеприведенного списка не выявлено. Маркер

пролиферативной активности Ki67 имеют 25% клеток опухоли. Заключение: Злокачественная филлоидная опухоль молочной железы.

Специальный осмотр: на границе верхних квадрантов левой молочной железы уплотнение без четких контуров до 5 см, плотное, малоподвижное. Кожные симптомы отрицательные. В правой молочной железе пальпаторно без очаговой патологии. Регионарные лимфоузлы пальпаторно не увеличены.

Госпитализирована для оперативного лечения. Предварительный диагноз: З.Н. верхненаружного квадранта левой молочной железы cT2cN0cM0 Стадия IIА.

Выполнена квадрантэктомия левой молочной железы. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Гистологическое заключение: Макроскопическое описание: сектор левой молочной железы размером 10*7*5 см с лоскутом кожи 8*5 см без соска и аксиллярной клетчатки. На разрезе определяется сероватый, плотный узел размером 3*2*2,5 см. На разрезе волокнистая с отёком и кровоизлияниями. До ближайшей линии резекции 1 см. Микроописание: выраженное разрастание стромы, определяемое отсутствием эпителия в одном поле зрения при 40 кратном увеличении, количество митозов: 25/10 HPF. Для уточнения гистогенеза опухоли молочной железы дополнительно проведено иммуногистохимическое исследование с использованием антител к виментину, антитела к гладкой мускулатуре, цитокератину 18, p63, рецепторам эстрогенов и прогестерона, Ki67. Выявлена экспрессия виментина, маркер пролиферативной активности Ki67 имеют 25% клеток опухоли.

Гистологическое строение и результаты иммуногистохимического исследования позволяют классифицировать данное новообразование как злокачественная филлоидная опухоль левой молочной железы, pT2 (TNM 8-th).

Клинический случай №2. Пациентка Р, 37 лет.

Анамнез заболевания: считает себя больной в течение трех месяцев, когда впервые обнаружила образование левой молочной железы. Узи молочных желез ДФКМ, киста с 2х сторон, солидное образование слева. Рентгенография молочной железы: Фиброаденоз молочных желез. УЗИ и данные маммографии за филлоидную фиброаденому слева. Справа: BI-RADS 2. Слева: BI-RADS 4а. Выполнена трепанбиопсия. В объеме трепанобиоптата молочной железы структуры филлоидной фиброаденомы. Митозы: 1 на 10 HPF.

УЗИ региональных лимфатических узлов: в зонах регионарного лимфооттока момент осмотра патологически изменённые лимфоузлы не определяются.

Специальный осмотр: В правой молочной железе пальпаторно без очаговой патологии. Левая молочная увеличена в размерах, деформирована за счет выпячивания опухоли, вся занята опухолью-10x8 см, без чётких контуров, бугристая, кожа гиперемирована, утолщена отёчна, ареола утолщена. Регионарные лимфоузлы пальпаторно не увеличены.

Госпитализирована для оперативного лечения. Предварительный диагноз: Филлоидная фиброаденома левой молочной железы. Выполнена секторная

резекция левой молочной железы. Послеоперационный период без осложнений. Материал направлен на гистологическое исследование.

Макроскопическое описание: сектор левой молочной железы размером 15*9*6 см с лоскутом кожи 10*7 см без соска и аксиллярной клетчатки. На разрезе определяется сероватый, плотный узел размером 4*4*3,5 см. На разрезе волокнистая с отёком и кровоизлияниями. До ближайшей линии резекции 1,5 см. Гистологическое заключение: Злокачественная филоидная опухоль левой молочной железы, pT2 (TNM 8-th).

ВЫВОДЫ

Данные клинические случаи показывают, что на дооперационном этапе неинвазивные методы диагностики такие, как ультразвуковое исследование и маммография не позволяют точно отличить филоидную опухоль от фибroadеномы. В связи с этим диагностика весьма затруднительна и требует высококвалифицированного врача-диагноста и врача-патологоанатома, который устанавливает морфологическое заключение.

В сомнительных случаях рекомендовано использование метода иммуногистохимии. Для филоидных опухолей характерно наличие экспрессии ряда ИГХ маркеров: цитокератины, виментин, CD34, также в опухолях с более высокой степенью злокачественности наблюдается увеличение Ki67.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Malignant Phyllodes Tumor of the Breast: A Practice Review/ Bezerra de Souza Fede A., Pereira Souza R, Doi M.// Clinics and Practice. – 2021; 11(2): 205-215.
2. Musaed Rayzah Phyllodes Tumors of the Breast: A Literature. Cureus. – 2020; 12(9).
3. Allison Kimberly H. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Breast tumours: учебник. – 2019

Сведения об авторах

К. Е. Киселева – ординатор

М. Н. Баранова – ординатор

А. С. Филатова - доцент кафедры, кандидат медицинских наук

Information about the authors

K. E. Kiseleva - postgraduate student

M. N. Baranova – postgraduate student

A. S. Filatova – Associate Professor, Candidate of Sciences (Medicine)

УДК: 611.832.5

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИЕЛИНОВЫХ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ УГЛЕРОДНЫХ НАНОТРУБОК В СЕДАЛИЩНОМ НЕРВЕ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ

Александр Сергеевич Лягов¹, Анастасия Владимировна Ким², Анна Геннадьевна Коротких³