

Фридман Михаил Валерьевич

СЛОЖНОСТИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБУЛЯРНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Приводятся два наблюдения из практики, иллюстрирующие сложности морфологической диагностики тубулярного рака молочной железы. В обоих случаях после первых операций был установлен ошибочный диагноз аденоза. Верификация опухоли стала возможно только при сравнении гистологических препаратов, полученных после повторных операций по поводу рецидива. В качестве ведущих критериев диагностики рассматриваются характер распределения железисто-тубулярных структур в строме и цитологические особенности эпителиальной выстилки альвеол, ацинусов и трубочек опухоли. Ключевые слова: тубулярный рак, молочная железа.

M.V. Fridman

Difficulties in morphological diagnosis of tubular, carcinoma

Clinical oncology dispensary, Minsk city.

Two cases illustrate difficulties in morphological diagnosis of tubular breast carcinoma. In both cases cancer was misdiagnosed because of underestimate of the pattern and cytological features of the tumor. Adenosis is the main problem in such cases and comparison between first and second (after elapse) biopsies shows that possibility to verify diagnosis depends on correct interpretation of pattern of distribution of tubular and glandular structures in stroma and presence of bland uniform cells lining small but «open» lumina of tubular carcinoma.

Key words: tubular carcinoma, mammary gland

Тубулярная карцинома молочной железы является редкой (менее 2% от всех видов рака молочной железы или 10,3% среди его инвазивных форм) и сложной для морфологической диагностики опухолью [2, 3]. Макроскопически рак растет в виде узла или втяжения звездчатой формы, что напоминает радиальный рубец [3]. Гистологически новообразование представлено трубочками, альвеолами и ацинусами, выстланными одним рядом мономорфных кубических клеток с нормальным или слегка повышенным ядерно-цитоплазматическим соотношением, единичными митозами и нередкими признаками апикальной секреции. Описанные цитологические признаки помогают в дифференциальной диагностике с протоковым инфильтрирующим раком высокой степени дифференцировки, где характерен полиморфизм опухолевых клеток [1, 2, 3]. Альвеолы и ацинусы врастают в рыхлую волокнистую соединительную ткань, а трубочки — в фиброзную [3]. Таким образом, гистологические особенности образования создают значительные трудности в дифференциальной диагностике тубулярного рака и аденоза. Azzopardi [2]: предложил критерии, значительно облегчающие этот процесс:

1) беспорядочное распределение желез при раке и их упорядоченная структура при аденозе;

- 2) правильная форма желез с их одинаковым диаметром при раке и феномен лобулоцентричности (железы на периферии ложной дольки большего диаметра, чем в центре, они неправильной формы и сжаты фиброзной тканью) при аденозе;
- 3) образование трабекулярных структур при раке, что никогда не встречается при аденозе;
- 4) характер эпителиальной выстилки желез (однорядная при раке и двухрядная при аденозе).

Однако, несмотря на достаточно подробное описание микроскопического строения тубулярного рака, его высокодифференцированная структура нередко служит источником морфологических ошибок. В собственных наблюдениях мы столкнулись с гиподиагностикой этого новообразования, когда правильное заключение было дано только после повторных операций и сравнения гистологической структуры первичной и рецидивной опухоли.

В первом случае больная 1959 г.р. обратилась в ноябре 1999 г. в поликлинику Минского городского клинического онкологического диспансера (МГКОД) по поводу образования нижне-внутреннего квадранта левой молочной железы. По данным клинического обследования была установлена фибroadенома. В амбулатории дневного стационара была удалена опухоль в виде серого уплотненного овального узла диаметром до 1 см. При срочном гистологическом исследовании была диагностирована фибroadенома, а после фиксации в формалине — аденоз. В июне 2002 г. больная была оперирована повторно по поводу рецидива аденоза. При этом была удалена серая инкапсулированная уплотненная опухоль 1,5x1,0x1,0 см. Интраоперационная биопсия была расценена как фибroadенома. Однако после рутинной обработки был диагностирован тубулярный рак (рис. 1, 2). После пересмотра архивных микропрепаратов сомнений в злокачественной природе образования не осталось.

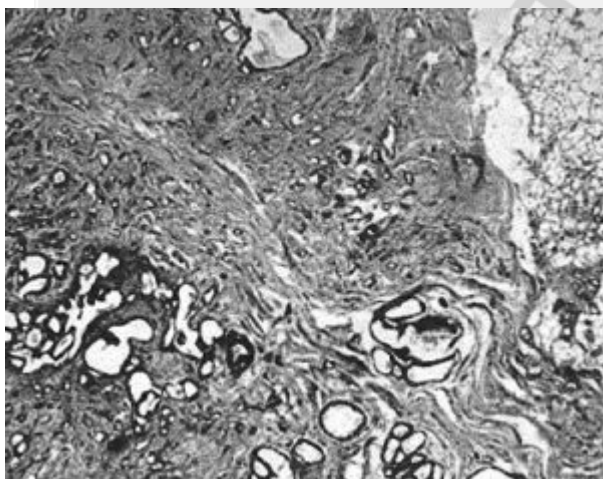


Рис.1. Беспорядочное распределение неопластических ацинарных и тубулярных комплексов разного диаметра в склерозированной строме. Имеются признаки инвазии в жировую клетчатку. Окраска гематоксилин и эозин. Увеличение x 50

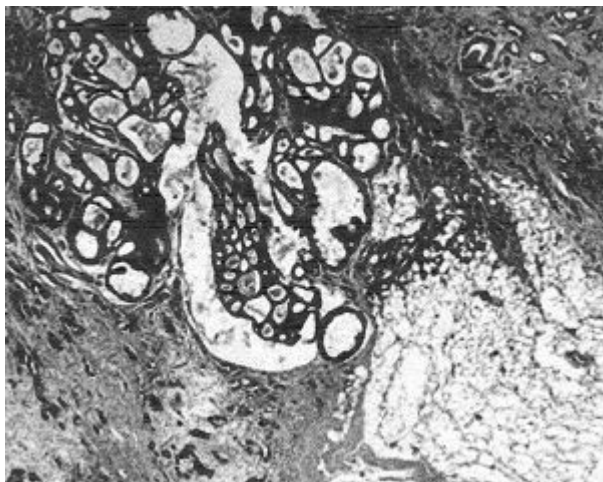


Рис.2. Крибровые гнезда в опухоли. Окраска гематоксилин и эозин. Увеличение x 100

Во втором случае у женщины 1971 г.р. в феврале 2002 г. в поликлинике (МГКОД) был выявлен плотный узел неправильной формы диаметром 1 см в верхне-наружном квадранте правой молочной железы, расцененный как фибroadенома. Произведено удаление опухоли в амбулаторных условиях. В данном случае срочное исследование не выполнялось. В биопсии после фиксации в формалине патологоанатомом был диагностирован аденоз. Через 4 месяца больная обращалась повторно по поводу роста образования в зоне секторальной резекции. В амбулатории был удален белесовато-серый плотный овальный узел диаметром 1 см. Диагноз по интраоперационной биопсии — фибroadенома, после фиксации в формалине — тубулярный рак (рис. 3,4). При пересмотре архивного материала также установлен рак. В дальнейшем обеим больным проведено радикальное лечение с выполнением мастэктомии и химиолучевой терапии. В удаленных молочных железах и лимфатических узлах опухолевого роста не отмечено.

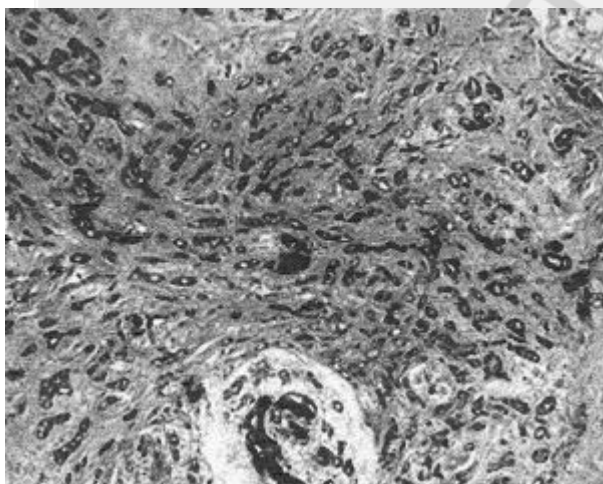


Рис.3. Мелкие протоково-ацинарные структуры опухоли, без признаков сдавления со стороны фиброзированной стромы. Окраска гематоксилин и эозин. Увеличение x 200

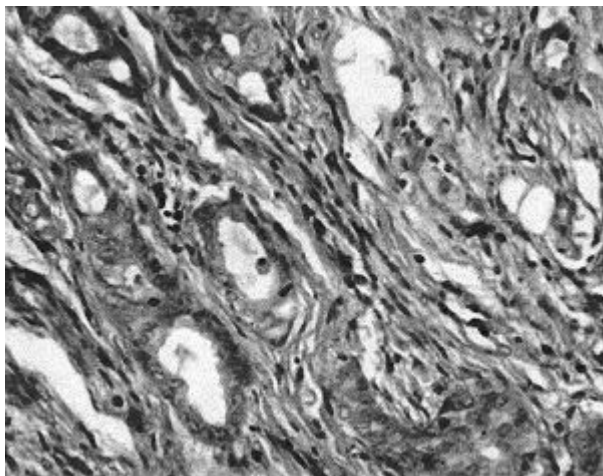


Рис.4. Опухолевые комплексы образованы одним слоем эпителиальных клеток с апокринизацией и единичными митозами. Окраска гематоксилин и эозин. Увеличение x 400

Таким образом, в представленных наблюдениях были допущены морфологические ошибки, которые возникли вследствие объективных сложностей диагностики тубулярного рака молочной железы. Субъективную роль в гиподиагностике тубулярного рака сыграл возраст пациенток и «безобидный» макроскопический вид опухоли.

Сравнение микропрепаратов после первой и второй операций показало, что ни один из диагностических критериев, изложенных в классификации ВОЗ, Rosen et Oberman, Azzopardi и прочими [1, 2, 3] сам по себе не является определяющим, а у ряда авторов встречаются прямо противоположные рекомендации по оценке того или иного признака (например, в руководстве Rosen et Oberman (1993) утверждается, что как раз для аденоза характерны железы овальной, округлой и угловатой формы). Даже нахождение желез среди жировой ткани не является надежным диагностическим критерием, поскольку инвазия тубулярного рака практически неотличима от псевдоинfiltrации, свойственной некоторым вариантам (микрожелезистому, склерозирующему) аденоза [3]. Однако, комплексный подход к диагностике, основанный на оценке гистоархитектоники (тубуло-альвелярные комплексы однотипного строения беспорядочно распределены в рыхлой или плотной волокнистой ткани) и клеточного строения (моморфные клетки, однорядность выстилки железистых комплексов) тубулярного рака позволяет провести дифференциальную диагностику и своевременно верифицировать заболевание.

Литература

1. Гистологическая классификация опухолей молочной железы. Второе издание.- ВОЗ, Женева.-1984.-С.21.
2. Azzopardi J.G. Problems in breast pathology. — W.B. Saunders Company Ltd, 1979.- P. 233-236.
3. Rosen P.P., Oberman H.A. Tumors of the mammary gland. Atlas of tumor pathology, third series, fascicle 7.- Armed forces institute of pathology, 1993. -P.175-181.