

Rzekomonaczyniakowy rozrost zrębu piersi – prezentacja dwóch leczonych zachowawczo pacjentów objętych długoterminową obserwacją

Joanna Jędrys¹, Lucyna Rudnicka-Sosin², Wojciech Nowak¹

Rzekomonaczyniakowy rozrost zrębu piersi (PASH) jest rzadką patologią, diagnozowaną najczęściej przypadkowo w trakcie badania histopatologicznego innych łagodnych zmian gruczołu piersiowego. PASH ze względu na pewne podobieństwa w badaniu mikroskopowym bywa błędnie rozpoznawany jako guz liściasty, gruczolakowłókniak lub naczyńniakomięsak. W piśmiennictwie podkreślany jest związek występowania PASH z zaburzeniami hormonalnymi. Leczeniem z wyboru PASH jest wycięcie zmiany z szerokim marginesem, gdyż ryzyko wznowy miejscowej jest wysokie. Nasza praca jest pierwszą w literaturze, która opisuje kilkuletnią obserwację dwóch młodych kobiet z potwierdzonym histopatologicznie rozpoznaniem PASH gruczołu piersiowego, leczonych zachowawczo.

Pseudoangiomatous stromal hyperplasia of the breast - case reports of two patients treated conservatively with long follow up and a literature review

Pseudoangiomatous stromal hyperplasia (PASH) of the breast is a pathology of the breast usually diagnosed accidentally during pathological examination of other benign lesions. It is often mistaken for tumour phyllodes or fibroadenoma and sometimes for angiosarcoma, as these tumours are similar in appearance in the course of microscopic examination. PASH relation to hormonal stimuli is strongly emphasized in the literature. The treatment of choice for PASH is lumpectomy with wide margins, because the rate of local recurrence is quite high. To the best of our knowledge this is the first report in literature regarding a long term follow-up of two young women with PASH who did not undergo surgery due to clinical circumstances listed below.

Słowa kluczowe: pseudoangiomatous stromal hyperplasia

Key words: pseudoangiomatous stromal hyperplasia

Wstęp

Rzekomonaczyniakowy rozrost (*pseudoangiomatous stromal hyperplasia* – PASH), opisany po raz pierwszy przez Vuitch i wsp. w 1986 roku, jest rzadką patologią piersi, diagnozowaną najczęściej przypadkowo w trakcie badania histopatologicznego innych łagodnych zmian gruczołu piersiowego; klinicznie rzadko objawia się jako szybko rosnący guz [1]. Najczęściej patologia ta dotyczy kobiet, znanych jest jednak kilka przypadków wykrytych u mężczyzn z ginekomastią [2]. W piśmiennictwie podkreślany jest związek występowania PASH z zaburzeniami hormonalnymi [3].

W badaniu histopatologicznym PASH jest dobrze ograniczoną, otorebkowaną zmianą o owalnym lub poli-cyklicznym kształcie. Często bywa mylona z guzem liściastym lub gruczolakowłóknikiem, czasem ze względu na pewne podobieństwa w badaniu mikroskopowym bywa błędnie rozpoznawana jako naczyńniakomięsak.

Leczeniem PASH z wyboru jest wycięcie zmiany z szerokim marginesem. Nie udowodniono ryzyka transformacji PASH w zmianę złośliwą, ale ryzyko wznowy miejscowej w tej patologii jest bardzo wysokie.

Nasza praca jest pierwszą w literaturze, która opisuje kilkuletnią obserwację dwóch młodych kobiet z potwierdzonym histopatologicznie rozpoznaniem PASH gruczołu piersiowego, leczonych zachowawczo.

Opis przypadków

Opis przypadków

Dwie młode kobiety (22 i 24 lata) przyjęto do Kliniki w celu diagnostyki szybko rosnącego guza piersi. U jednej chorej guz spowodował znaczną asymetrię piersi (Ryc. 1).

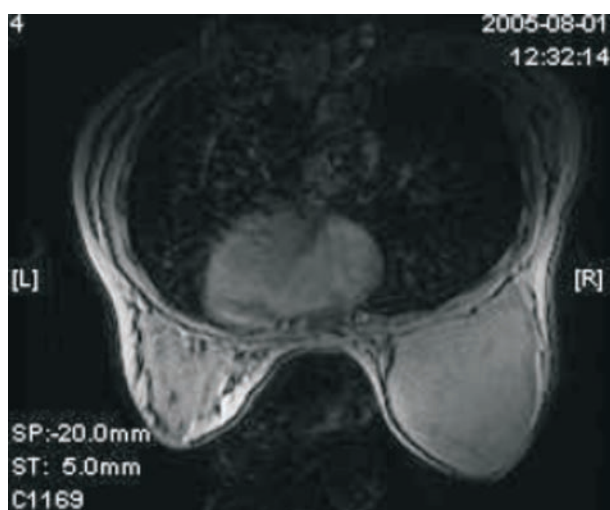
U obu pacjentek wykonano badanie ultrasonograficzne i rezonans magnetyczny piersi, w obu badaniach stwierdzono, że badane guzy piersi mają charakter łagod-

¹ I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii Gastroenerologicznej

² Katedra Patomorfologii Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński

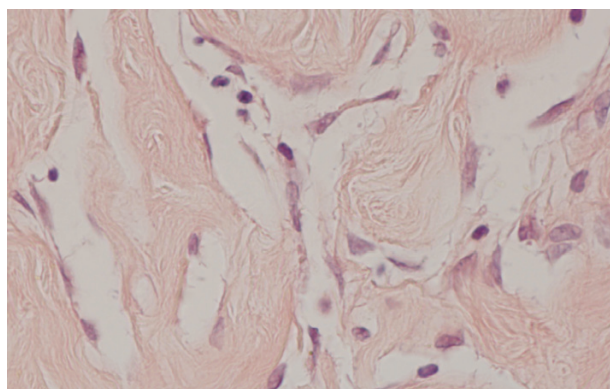


Ryc. 1. Asymetria piersi u kobiety z rzekomonacyniakowym rozrostem zrębu prawej piersi



Ryc. 2. Obraz rzekomonacyniakowatego rozrostu w prawej piersi u 24-letniej kobiety

ny (Ryc. 2). U obu kobiet rozpoznano i leczono hyperprolaktynemię. U każdej pacjentki rozpoznanie PASH postawiono w badaniu histopatologicznym z materiału pobranego z guza w trakcie biopsji mammotomicznej, wykonanej pod kontrolą USG i potwierdzono dodatni odczyn immunohistochemiczny w kierunku CD34, wimentyny oraz aktyny (Ryc. 3).



Ryc. 3. Obraz immunohistochemiczny PASH

Obie pacjentki zostały poinformowane o zaleconym leczeniu – wycięciu guza, żadna z pacjentek nie wyraziła jednak zgody na proponowane leczenie operacyjne.

Nasza praca jako pierwsza opisuje wyniki wieloletnich obserwacji dwóch kobiet z potwierdzonym PASH gruczołu piersiowego, leczonych zachowawczo.

W obu przypadkach, przy małym rozmiarze piersi u obu obserwowanych pacjentek, wycięcie guza z marginesem oznaczałoby w praktyce wykonanie podskórnej mastektomii.

Obie pacjentki objęto ścisłą obserwacją w odstępach 6-miesięcznych. Po 4 latach obserwacji u jednej chorej oraz po 6 latach obserwacji u drugiej pacjentki (USG, MR) stwierdzono stabilizację choroby.

Dyskusja

Rzekomonacyniakowy rozrost zrębu gruczołu piersiowego, opisany pierwszy raz przez Vuitch i wsp. w 1986 roku, jest rzadką patologią, rozpoznawaną najczęściej przypadkowo w trakcie badania histopatologicznego innych łagodnych zmian gruczołu piersiowego; rzadko daje kliniczny obraz szybko rosnącego guza piersi [5].

Zmiana ta najczęściej opisywana jest jako dobrze ograniczona, niebolesna palpacyjnie, nie powoduje zaburzeń na skórze piersi.

Najczęściej występuje u kobiet w wieku rozrodczym, rzadko w okresie hormonalnej terapii zastępczej u kobiet po menopauzie. W piśmiennictwie przytaczane są także przypadki PASH u dziewcząt w okresie pokwitania [6]. Niektóre doniesienia opisują ryzyko wystąpienia PASH u prawie 47% przypadków ginekomastii u mężczyzn [2, 3].

Ze względu na częste występowanie PASH u kobiet w wieku rozrodczym, oraz ze względu na obecność w tej patologii receptorów estrogenowych i progesteronowych, podkreśla się duże znaczenie wpływu hormonów na rozwój PASH. U obu opisywanych przez nas pacjentek, u których rozpoznano hyperprolaktynemię i leczono skutecznie bromergonem, nie wykonano badania immunohistochemicznego w kierunku obecności receptorów hormonalnych.

Ze względu na brak możliwości jednoznacznego wykluczenia procesu złośliwego na podstawie badań obrazowych w przypadku diagnostyki szybko rosnącego guza piersi oraz duże ryzyko błędu związanego z oceną cytologiczną guza, wskazane jest wykonanie biopsji chirurgicznej w celu potwierdzenia rozpoznania histopatologicznego [7-10].

Według naszego doświadczenia, pobranie materiału tkankowego w biopsji mammotomicznej, wspomaganą systemem próżniowym, zapewnia optymalną diagnostykę histopatologiczną w celu potwierdzenia rozpoznania PASH i wykluczenie pomyłkowego stwierdzenia naczynekomięsa [5].

W analizowanym piśmiennictwie wszyscy autorzy zalecają u chorych z rozpoznaniem PASH wycięcie zmiany z szerokim marginesem.

Obie opisane przez nas pacjentki, u których rozpoznaliśmy PASH, nie wyraziły zgody na proponowane leczenie operacyjne. Ze względu na niewielki rozmiar piersi u obu kobiet szerokie wycięcie guza wiązałoby się z podskórną mastektomią. Obie kobiety zostały objęte ścisłą obserwacją (badanie USG co 6 miesięcy i MR raz w roku). W trakcie kilkuletniej obserwacji u obu kobiet stwierdzono stabilizację choroby, w kontrolnych badaniach nie stwierdzono odchyłań od normy w poziomie prolaktyny.

Na podstawie własnych doświadczeń stwierdzamy, że w szczególnych przypadkach (np. u bardzo młodych kobiet) nie ma bezwzględnych wskazań do wykonania rozległego, oszczędzającego zabiegu, gdy badanie histopatologiczne na podstawie biopsji mammotomicznej potwierdza rozpoznanie PASH. Podejmując trudną decyzję odnośnie poddania pacjentki leczeniu operacyjnemu, należy mieć na uwadze wiele aspektów: bezpieczeństwo onkologiczne pacjentki, wynik estetyczny zabiegu oraz możliwość ścisłej obserwacji w specjalistycznym ośrodku.

Lek. Joanna Jędryś
I Katedra Chirurgii Ogólnej i Klinika Chirurgii
Gastroenerologicznej
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
w Krakowie
ul. Kopernika 40, 31-501 Kraków
e-mail: joanna_jedrys@hotmail.com

Piśmiennictwo

1. Taira N, Ohsumi S, Aogi K i wsp. Nodular pseudoangiomatous stromal hyperplasia of mammary stroma in a case showing rapid tumor growth. *Breast Cancer* 2005; 12: 331-6.
2. Badve S, Sloane JP. Pseudoangiomatous hyperplasia of male breast. *Histopathology* 1995; 26: 436-6.
3. Milanezi MF, Saggiaro FP, Zanati SG i wsp. Pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma associated with gynecomastia. *J Clin Pathol* 1998; 51: 204-6.
4. Polger MR, Denison CM, Lester S i wsp. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia: mammographic and sonographic appearances. *AJR* 1996; 166: 349-52.
5. Vuitch MF, Rosen PP, Erlandson RA. Pseudoangiomatous hyperplasia of mammary stroma. *Hum Pathol* 1986; 17: 185-91.
6. Gow KW, Mayfield JK, Lloyd D i wsp. *The American Surgeon* 2004; 70: 605-9.
7. Cohen MA, Morris EA, Rosen PP i wsp. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia: mammographic, sonographic, and clinical patterns. *Radiol* 1996; 198: 17-20.
8. Cyrlak D, Carpenter PM. Breast imaging case of the day: pseudoangiomatous stromal hyperplasia. *Radiographics* 1999; 19: 1086-8.
9. WK, Chiu CS, Han KC i wsp. Mammary pseudoangiomatous stromal hyperplasia. A reappraisal of the fine needle aspiration cytology findings. *Acta Cytol* 2003; 47: 378-80.
10. Spitz DJ, Reedy VB, Gattuso P. Fine-needle aspiration of pseudoangiomatous stromal hyperplasia of the breast. *Diagn Cytopathol* 1999; 20: 323-80.

Otrzymano: 22 maja 2007 r.

Przyjęto do druku: 17 grudnia 2007 r.