

Naciekający rak przewodowy z komponentą guza liściastego piersi – opis przypadku

Iwona Gisterek¹, Piotr Ziółkowski², Maria Ochman³,
Aleksandra Łacko¹, Rafał Matkowski¹, Jan Kornafel¹

Prezentujemy wyjątkowo rzadki przypadek współistnienia guza liściastego z naciekającym rakiem przewodowym piersi. Guz o średnicy 1,5 cm, pierwotnie diagnozowany jako rak przewodowy naciekający, został usunięty z prawej piersi 40-letniej kobiety. Badanie histopatologiczne wykazało dobrze zróżnicowanego naciekającego raka przewodowego ze znaczną reakcją desmoplastyczną i komponentą łagodnego guza liściastego. Następnie, zgodnie z wolą pacjentki wykonano radykalną mastektomię z limfadenektomią pachową. Aktualnie u chorej prowadzona jest chemioterapia uzupełniająca z udziałem cyklofosfamidu, metotreksatu i 5-fluorouracylu (CMF); po jej zakończeniu planowane jest leczenie hormonalne tamoksyfenem.

Invasive ductal carcinoma within phyllodes tumor of the breast – a case report

We report an extremely rare case of invasive ductal carcinoma arising in phyllodes tumor of the breast. A tumor of 1.5 cm in a diameter, which was initially diagnosed by fine needle biopsy as infiltrating ductal carcinoma, was excised from the right breast of a 40-year old woman. The pathological examination confirmed well-differentiated invasive ductal carcinoma with significant desmoplastic reaction and the component of benign cystosarcoma phyllodes. Subsequently, standard radical mastectomy with axillary lymphadenectomy was performed. This woman currently receives adjuvant chemotherapy with cyclophosphamide, methotrexate and fluorouracil (CMF), hormonal treatment with tamoxifen is planned.

Słowa kluczowe: guz liściasty, naciekający rak przewodowy

Key words: phyllodes tumor, invasive ductal carcinoma

Wstęp

Guz liściasty piersi to bardzo rzadka jednostka chorobowa, stanowiąca mniej niż 1% wszystkich guzów piersi [1]. Guzy piersi zawierające utkanie zarówno guza liściastego, jak i raka przewodowego, są niesłychanie rzadkie, a w literaturze znajduje się tylko kilka opisów takich przypadków. W większości spośród nich pierwotne złośliwe utkanie odpowiadało nieinwazyjnemu rakowi wewnątrzprzewodowemu [2-4], podczas gdy jednoczesne występowanie guza liściastego i inwazyjnego raka przewodowego opisano jedynie dwukrotnie [5, 6]. Poniżej przedstawiamy przypadek chorej w wieku przedmenopauzalnym, u której

w obrębie guza piersi stwierdzono jednocześnie utkanie inwazyjnego raka przewodowego i guza liściastego.

Opis przypadku

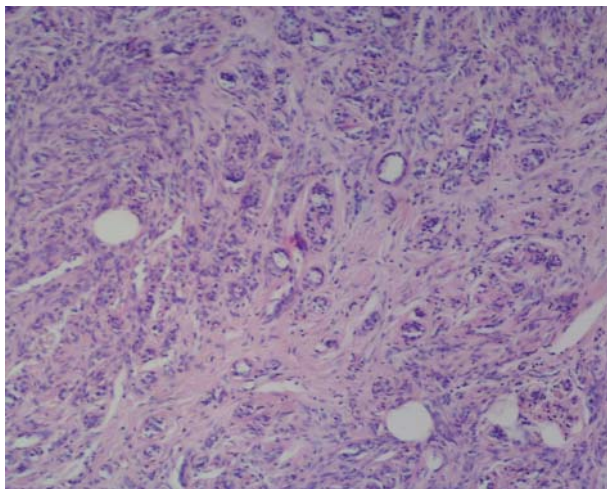
W czerwcu 2006 roku chora, bez obciążeń rodzinnych, została poddana rutynowemu badaniu mammograficznemu. Badaniem przedmiotowym palpacyjnie nie stwierdzono wyczuwalnych zmian w piersiach ani powiększonych węzłów chłonnych pachowych. W badaniu mammograficznym i ultrasonograficznym stwierdzono obecność dobrze ograniczonego guza w kwadrancie górnym zewnętrznym piersi prawej. W biopsji cienkoigłowej stwierdzono obecność nowotworu. Pacjentce zaproponowano leczenie oszczędzające, jednak chora zdecydowała się na radykalną mastektomię. W sierpniu 2006 roku wykonano operację – w pierwszej fazie lumpektomię z badaniem śródoperacyjnym, a następnie radykalną zmodyfikowaną mastektomię z jednoczesną limfadenektomią pachową. Badanie histopatologiczne wykazało obecność dwóch różnych składowych w obrębie guza. Ze

¹ Katedra Onkologii i Klinika Onkologii Ginekologicznej AM we Wrocławiu

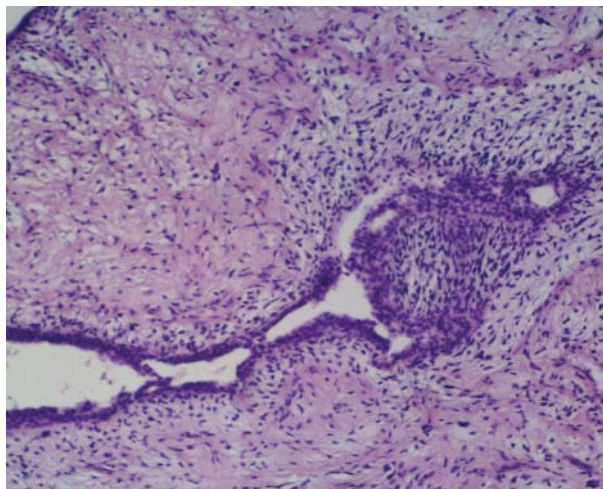
² Katedra i Zakład Anatomii Patologicznej AM we Wrocławiu

³ Oddział Radioterapii I

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu



Ryc. 1. Łagodne utkanie *cystosarcoma phyllodes* znalezione w obrębie utkania raka przewodowego piersi. Pow. 100 x; barwione HE



Ryc. 2. Łagodny guz typu *Cystosarcoma phyllodes* w obrębie utkania inwazyjnego raka przewodowego. Pow. 100 x; barwione HE

względu na obecność raka przewodowego, po powtórnej ocenie czynników ryzyka, chorej zaproponowano leczenie adiuwantowe i obecnie przyjmuje ona chemioterapię (cyklofosfamid, metotreksat i fluorouracyl – CMF). Po zakończeniu leczenia cytostatykami planowana jest hormonoterapia tamoksyfenem.

Wynik oceny histopatologicznej

Do badania przekazano preparat pobrany z prawej piersi o średnicy około 7 cm, częściowo pokryty skórą. W centralnej części preparatu można było łatwo odróżnić białą, twardą masę, mierzącą około 1,5 cm średnicy. Próbki pobrane z piersi, marginesy chirurgiczne oraz skórę poddano badaniu mikroskopowemu. W trakcie badania śródoperacyjnego przypadek określono jako graniczny. Następnie preparaty utrwalono w 10% roztworze buforowanej formaliny, zatopiono w parafinie, skrojono na skrawki o grubości 4-5 μm i wybarwiono hematoksyliną i eozyną (HE). Badanie histopatologiczne pozwoliło stwierdzić obecność dobrze zróżnicowanego inwazyjnego raka przewodowego, wykazującego znamiennej reakcję desmoplastyczną z komponentą *cystosarcoma phyllodes*. Odpowiednio powyżej 10% i 50% komórek wykazywało nadekspresję dla receptora estrogenowego i progesteronowego. Barwienie w kierunku Ki 67 było dodatnie w więcej niż 50% komórek raka, a badanie w kierunku HER-2/neu nie wykazało ekspresji receptora. Przebadało również dwadzieścia sześć węzłów chłonnych pachowych, znajdując we wszystkich odczynowe zmiany zapalne o typie *lymphadenitis*.

Dyskusja

Uważa się, że guzy piersi powstają w końcowych odcinkach przewodów mlekowych. Większość z nich ma pochodzenie przewodowe, podczas gdy pochodzenie zrazikowe stwierdza się zaledwie w 5-10% przypadków. Podtypy histopatologiczne raka przewodowego obejmują raka kanalikowego, brodawkowego, rdzeniastego i śluzo-

wego. Choroba Pageta odpowiada pod wieloma względami rzadkiej odmianie wewnątrzprzewodowego raka *in situ* (DCIS) [7]. Guz liściasty piersi jest nowotworem fibroepitelialnym; cechuje go skłonność do nawrotów i przerzutowania. Klasyfikacja dzieląca guzy liściaste, na łagodne, graniczne i złośliwe opiera się na zespole cech histopatologicznych, które obejmują liczebność komórek podścieliska, ich atypię komórkową, aktywność mitotyczną i stopień rozrostu podścieliska [1]. Guzy łagodne określa się terminem „guzów liściastych”, podczas gdy złośliwe nazywane są „mięśakami złośliwymi”. Guzy liściaste rozrastają się promieniście, uciskają sąsiadującą z nimi tkankę miękką piersi i tworzą pseudotorebkę, przez którą mogą naciekać i zajmować zdrową tkankę piersi. Z tego powodu większość autorów uważa, że wycięcie miejscowe musi być bardzo szerokie, aby uzyskać odpowiednie marginesy zdrowych tkanek [8]. Pomimo że na podstawie cech histopatologicznych potrafimy do pewnego stopnia przewidzieć przebieg choroby, to jednak cechy charakterystyczne, określające prawdopodobieństwo nawrotu, nie są jeszcze znane. Stopień złośliwości, niektóre cechy kliniczne (ból, stan hormonalny) oraz morfologiczne (znacznym pleomorfizm komórkowy, wysoka aktywność mitotyczna) u chorych z guzami liściastymi są istotne dla przewidywania postępu choroby [9]. Sugeruje się przejście komponenty podścieliska z postaci włókniakogruczolak do guza liściastego, ale brak jednoznacznych dowodów na poparcie tej hipotezy. W guzach liściastych przeważa tkanka łączna, w obrębie której stwierdza się większą liczebność komórek z większą liczbą mitoz oraz z bardziej zaznaczoną atypią jąder, niż w przypadku włókniakogruczolak. Bardziej zaznaczony jest również rozrost przypominający kształtem liście [10].

Wnioski

Dotychczas opisano zaledwie dwa przypadki współistnienia w jednym guzie piersi utkania raka przewodowego i guza liściastego [5, 6]. W takim przypadku rokowanie jest zależne od komponenty raka przewodowego, ponie-

waż w opisanym przez nas przypadku guz liściasty miał charakter łagodny i został usunięty z szerokim marginesem zdrowych tkanek.

Dr med. Iwona Gisterek

Katedra Onkologii i Klinika Onkologii Ginekologicznej
Akademia Medyczna we Wrocławiu
pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław
e-mail: gisti@op.pl

Piśmiennictwo

1. Tan PH, Jayabaskar T, Chuah KL i wsp. Phyllodes Tumors of the Breast. The Role of Pathologic Parameters. *Am J Clin Pathol* 2005; 123: 529-40.
2. Nishimura R, Hasebe T, Imoto S i wsp. Malignant phyllodes tumour with a noninvasive ductal carcinoma component. *Virchows Arch* 1998; 432: 89-93.
3. Alo PL, Andreano T, Monaco S i wsp. Malignant phyllodes tumor of the breast with features of intraductal carcinoma. *Pathologica* 2001; 93: 124-7.
4. Nomura M, Inoue Y, Fujita S i wsp. A case of noninvasive ductal carcinoma arising in malignant phyllodes tumor. *Breast Cancer* 2006; 13: 89-94.
5. Yasumura T, Matsui S, Hamajima T i wsp. Infiltrating ductal carcinoma developing within cystosarcoma phyllodes – a case report. *Jpn J Surg* 1988; 18: 326-9.
6. Auerbach L. Concomitant phyllodes tumour and homolateral breast cancer. *Lancet Oncol* 2002; 3: 279-279.
7. Hemminki K, Granstrom C. Morphological types of breast cancer in family members and multiple primary tumours: is morphology genetically determined? *Breast Cancer Res* 2002; 4: R7.
8. Ben hassouna J, Damak T, Gamoudi A i wsp. Phyllodes tumors of the breast: a case series of 106 patients. *Am J Surg* 2006; 192: 141-7.
9. Mituś J, Reinfuss M, Ryś J i wsp. Guz liściasty sutka. Leczenie, rokowanie, czynniki prognostyczne. *Nowotwory* 1995; 45: 7-23.
10. Kuijper A, Buerger H, Simon R i wsp. Analysis of the progression of fibroepithelial tumours of the breast by PCR-based clonality assay. *J Pathol* 2002; 197: 575-81.

Otrzymano: 28 listopada 2006 r.

Przyjęto do druku: 19 maja 2007 r.