

УДК 616.006

ВОЗМОЖНОСТИ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕТАПЛАСТИЧЕСКОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© Е.Е. Палкина, Е.Н. Алленова

Ключевые слова: плоскоклеточный рак молочной железы; цитологическое; гистологическое исследование. Плоскоклеточный рак молочной железы является очень редкой формой метапластического рака и обычно встречается в пожилом возрасте. Макроскопически опухолевый узел часто содержит кистозные полости, обуславливая размеры опухоли. Местное распространение опухоли при отсутствии регионарных метастазов характеризует относительно благоприятное течение.

Рак молочной железы является одной из наиболее часто встречающихся злокачественных опухолей у женщин. Это основная причина смерти от онкозаболеваний среди женщин старше 40 лет. Примерно у 8 % женщин (одной из 13) в течение жизни развивается злокачественная опухоль молочной железы.

В предоперационной диагностике рака молочной железы одно из ведущих мест занимает цитологический метод, т. к. отличается простотой получения материала, малой травматичностью и доступными способами окраски мазков, спецификой цитологических картин разных патологических процессов, обуславливающих высокую достоверность исследования. Требования, предъявляемые к цитологическому методу, неуклонно возрастают и сводятся не только к выявлению рака, но и к определению степени дифференцировки и гистологической формы [1–8].

К редкой форме рака молочной железы относится плоскоклеточный рак и составляет около 1–2 % инвазивного рака молочной железы.

Плоскоклеточный рак (код 8070/3) – форма метапластического рака, аналогичного сходным формам других локализаций. Метапластический рак молочной железы можно разделить на *три группы*: 1) рак с частичной плоскоклеточной метаплазией; 2) плоскоклеточный рак; 3) метапластический рак с гетерологичными элементами. Плоскоклеточный рак встречается редко, обычно в пожилом возрасте.

Клинические проявления данной формы неспецифичны и сходны с признаками протокового рака. Макроскопически плоскоклеточный рак представлен опухолевым узлом диаметром 1–10 см, часто содержащим кистозные полости, обуславливающие размеры опухоли. В этом случае при пункции получают жидкость бурого или желтоватого цвета.

По гистологическим признакам различают крупноклеточный ороговевающий, веретенчатый, акантолитический и аденопластический варианты. В «чистом виде» опухоль встречается редко, чаще она представляет собой участки плоскоклеточной дифференцировки в опухоли, имеющей строение протокового рака. Поэтому если при пункции получают необильный ма-

териал, представленный элементами плоскоклеточного рака, прежде чем уверенно судить о гистогенезе опухоли, желательнее повторить пункцию, чтобы исключить или установить наличие протокового рака с участками плоскоклеточной дифференцировки.

Плоскоклеточный рак прогностически принципиально не отличается от других типов рака, в частности протокового. Он редко метастазирует в лимфатические узлы, даже при крупных размерах первичного узла. Под микроскопом, как правило, это ороговевающий плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки, иногда с очагами анапластического веретенчатого компонента

Цитологические признаки плоскоклеточного рака молочной железы: клетки плоского типа с полиморфизмом, гиперхромией ядер, цитоплазма обильная, иногда полигональная, частично с орогошением или в виде узкого ободка. Клетки располагаются разрозненно, а также в виде многослойных пластов и тканевых клочков с нагромождением отдельных элементов. Фон препаратов составляют элементы воспалительной инфильтрации, некротические массы, фрагменты ороговевающей цитоплазмы и ядерный детрит, встречаются безъядерные чешуйки. Если признаки злокачественности выражены не резко, то в этом случае следует проводить дифференциальный диагноз с эпидермальной кистой и фиброаденомой с плоскоклеточной метаплазией.

Приводим описание клинического наблюдения плоскоклеточного рака молочной железы.

Пациентка Т. (74 года) обратилась с жалобами на наличие образования в правой молочной железе. Опухоль увеличивалась в течение 3–4 лет, около 6 месяцев назад появились флюктуация и истончение кожи. На маммографии – образование в верхнем наружном квадранте правой молочной железы до 6 см, округлое с относительно четкими контурами. Объективно: опухоль в верхнем наружном квадранте правой молочной железы диаметром около 6 см, плотно-эластическая, безболезненная, с участком флюктуации, гиперемией и истончением кожи над образованием. Подмышечные, надключичные л/узлы не увеличены.

Пункция опухоли производилась дважды с получением бурого жидкого содержимого кистозной полости – 100 и 120 мл. *Цитологическое исследование:* в препаратах обилие эритроцитов, элементов воспаления, скопления и поля некротических масс и клеточного детрита, элементы кистозной полости, встречаются безъядерные чешуйки. Сохранных опухолевых клеток не выявлено.

Цитологическое исследование: в препаратах на фоне описанного выше в очень редких полях зрения выявлены разрозненные клетки плоского эпителия с ороговением и атипией, что очень подозрительно на плоскоклеточный рак ороговевающий.

Больной выполнена мастэктомия по Маддену. Макроскопически опухоль имела вид кистозной полости размером 6 см с утолщенными шероховатыми стенками до 1,4 см и жидким желтовато-бурым содержимым.

Гистологическое исследование: инфильтрирующий протоковый рак с очагами плоскоклеточного ороговевающего рака. В регионарной жировой клетчатке метастазов не выявлено. В пяти лимфоузлах картина лимфоматоза.

Иммуногистохимическое исследование (ИГХ): ИГХ с антителами к эстрогену: ядерная экспрессия отсутствует (0). ИГХ с антителами к прогестерону: ядерная экспрессия отсутствует (0). ИГХ HER-2 статуса в клетках опухоли: слабая мембранная экспрессия (+1). ИГХ индекса пролиферативной активности с антителами Ki-67: ядерная экспрессия менее 14 % клеток.

Пациентке в адьювантном режиме ДТТ и ПХТ не проводились из-за сопутствующей патологии.

В настоящее время ведется наблюдение. Данных за рецидив и наличие метастазов не выявлено (период наблюдения – 5 месяцев).

ВЫВОДЫ

1. Представлен редкий клинический случай плоскоклеточного рака молочной железы, вызывающий некоторые трудности в дифференциальной диагностике для клинициста и морфолога.

2. Особенности цитологической картины с учетом клинко-рентгенологических данных в совокупности

должны стать основой точной и достоверной диагностики плоскоклеточного рака молочной железы на дооперационном этапе.

3. Местное распространение опухоли при отсутствии регионарных метастазов и относительно благоприятный прогноз совпадает с литературными данными по данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волченко Н.Н., Савостикова М.В. Атлас цитологической и иммуногистохимической диагностики опухолей. М.: Репроцентр, 2010.
2. Глузман Д.Ф., Склярченко Л.М., Надгорная В.А., Крячок И.А. Диагностическая иммуноцитохимия опухолей // Институт экспериментальной патологии, онкологии, радиобиологии им. Р.Е. Кавецкого. Киев: Морнон, 2003.
3. Руководство по патологоанатомической диагностике опухолей человека: в 2 т. / ред. Н.А. Краевский, А.В. Смольяников, Д.С. Саркисов. М.: Медицина, 1993.
4. Шабалова И.П., Джангирова Т.В., Волченко Н.Н., Пугачев К.К. Диагностика заболеваний молочной железы: цитологический атлас. М., 2005.
5. Шатири Н.А. Принципы цитологической диагностики злокачественных опухолей: цветной атлас. М.: Репроцентр М, 2008. Т. 3.
6. Гладышева М.Л. Рентгенанатомия кровеносных сосудов молочной железы, пораженных раком: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1980. 193 с.
7. Ермилова В.Д., Летагин В.П., Богатырев В.Н., Воронников И.К. Клинические аспекты изучения листовидных опухолей молочных желез // Вопросы онкологии. 1998. № 4. С. 455-456.
8. Заболотская Н.В., Заболотский В.С. Ультразвуковая маммография: учебный атлас. М., 1997. 104 с.

Поступила в редакцию 9 октября 2012 г.

Palkina E.E., Allenova E.N. DIAGNOSIS OF METAPLASTIC CARCINOMA OF BREAST THROUGH CYTOLOGIC METHODS. CLINICAL OBSERVATION OF SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF BREAST

Squamous cell carcinoma of the breast is an extremely rare form of metaplastic breast cancer and occurs mainly in the elderly. The tumor often contains macroscopically cystic cavities, determining the size of the tumor. The tumor tends to spread locally. In the absence of regional metastases the tumor has a relatively favorable clinical course.

Key words: squamous cell carcinoma of the breast; cytological and histological examination.