

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГІГАНТСЬКОЇ ФІЛОЇДНОЇ ПУХЛИНИ У ПАЦІЄНТКИ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

*Дронов Олексій Іванович, Дронова Вікторія Леонідівна, Рощина Лариса Олександрівна, Мокрик
Олександра Миколаївна*

Вступ

Філоїдна (листоподібна) пухлина - рідкісне новоутворення грудних залоз, частота якого становить 0,3-1,0% всіх пухлин молочної залози. Це гістологічно гетерогенна фіброепітеліальна пухлина, що розвивається зі сполучної тканини.

Вперше філоїдну пухлину описав Йоган Мюллер в 1838 році як "cystosarcoma phylloides". Відомо, що для саркоми типовим є розвиток тільки стромального компоненту. Проте на відміну від саркоми, філоїдна пухлина є двокомпонентним новоутворенням з розвитком сполучнотканинного компоненту та епітеліального. Крім стромальних клітин вона може містити клітини протоків і часточок. Тому ВООЗ в 1982 р. запропонувала використовувати самостійний термін «філоїдна пухлина».

Філоїдну пухлину досить часто плутають з більш поширеним доброякісним новоутворенням – фіброаденомою молочної залози. Але між ними існують дві ключові відмінності: філоїдні пухлини, як правило, розвиваються після 40 років (пік захворювання припадає на 45-50 років) і ростуть швидше. Середній розмір філоїдних пухлин 4-5 см, максимально зафіксований розмір пухлини 45 см. Описані також поодинокі випадки філоїдних пухлин у чоловіків, як правило, у сукупності з гінекомастією .

До факторів, що спричиняють розвиток та ріст цих пухлин належать: травми, лактація, вагітність та підвищення активності естрогену. Але на сучасному етапі патогенез пухлин до кінця не вивчений через їхню рідку частоту.

За міжнародною класифікацією, філоїдні пухлини можуть бути доброякісними, злоякісними, а також мати перехідну форму.

Гістологічна будова пухлин є важливою складовою для подальшого лікування, адже підходи до лікування пацієнтів з різними формами філоїдних пухлин суттєво відрізняються .

Діагностика цих пухлин базується на фізикальному обстеженні, ультасонографії, маммографії, магнітно-резонансній томографії грудних залоз.

Пальпаторно філоїдна пухлина визначається як безболісне, гладке, багатовузлове утворення, що може досягати великих розмірів. Вона швидко росте та може викликати некроз шкірних покривів. Філоїдна пухлина збільшується радіально, створюючи псевдокапсулу, через яку можуть проростати «язики строми».

Стандартними неінвазивними методами діагностики є УЗД, маммографія та МРТ грудних залоз. Необхідною складовою діагностики для встановлення патоморфологічного діагнозу є core-біопсія, морфологічні та імуногістологічні дослідження. За імунологічного дослідження білки-рецептори естрогену і прогестерону виявляються в епітелії..

Макроскопічно пухлина складається з вузлів, що зливаються та оточена псевдокапсулою. При великих розмірах філоїдних пухлин можуть виникати кістозно- розширені порожнини, пухлина набуває вигляду «броколі». Локальні крововиливи часто вказують на злоякісний тип

пухлини. Зріз пухлини має світло-коричневе забарвлення та інколи муцинозні виділення.

Лікувальний підхід і відповідний прогноз захворювання залежить від імуногістологічної характеристики пухлини.

Матеріали і методи дослідження

Через рідку частоту даної патології основні принципи лікування засновані на ретроспективних дослідженнях та клінічних спостереженнях. Комплексне стандартизоване лікування до кінця не визначене, але на сьогодні основним методом є хірургічне видалення пухлини з інтактними краями резекції. Деякі іноземні джерела стверджують, що оптимальна відстань між пухлиною та зоною резекції має сягати 1-2 см. Виникнення місцевих рецидивів та загальна виживаність після хірургічного втручання значною мірою залежать від країв резекції та розміру пухлини. Локальні рецидиви спостерігаються як при злоякісних, так і при доброякісних пухлинах. За певних обставин, наприклад, великий розмір філоїдної пухлини/малі молочні залози сьогодні також застосовують мастектомію.

При виконаних органозберігаючих оперативних при злоякісних формах з краями резекції <1 см рекомендована променева терапія через загрозу високого ризику розвитку місцевого рецидиву. Проте, її застосування не впливає на безрецидивну або загальну виживаність. Доцільність використання променевої терапії при органозберігаючих операціях залишається дискусійним.

У випадку наявності метастазів злоякісної філоїдної пухлини до оперативного лікування (мастектомія) проводять хіміотерапію. Застосування гормональної терапії вважається неефективним,

незважаючи на наявність позитивних рецепторів гормонів в епітеліальному компоненті деяких філоїдних пухлин.

При доброякісних та проміжних філоїдних пухлинах, як правило, прогноз сприятливий й рецидиви зустрічаються рідко. Після хірургічного втручання рецидиви зустрічаються рідко. При злоякісних філоїдних виживаність пацієнтів складає 60-80%. Ризик виникнення віддалених метастазів складає близько 1,6% й найчастіше спостерігається в легені. На віддалені метастази в легенях припадає 13-40% від загальної кількості. За можливості виконують мастектомію. Після виявлення Mts виживаність пацієнтів складає в середньому 30 місяців. У разі неоперабельності застосовують хіміотерапію за схемою лікування метастатичних сарком м'яких тканин.

У молодих жінок спостерігається тенденція до розвитку одного або декількох нових уражень в попередньо оперованій частині тіла. Для контролю поведінки пухлини рекомендовано щорічне виконання мамографічного дослідження та, за необхідності, сонографії.

Клінічний випадок

Пацієнтка Б. 27 років, госпіталізована в плановому порядку в Державну установу “ Інститут педіатрії, акушерства та гінекології “Національної академії медичних наук України у відділення оперативної гінекології де знаходилася у відділенні з діагнозом : філоїдна пухлина лівої молочної залози типу. Фібroadенома правої молочної залози. Вагітність I, 33 тижні.

З анамнезу відомо, що хвора вперше помітила ущільнення у лівій молочній залозі під час вагітності. До лікарів не зверталася, проте пухлина продовжувала збільшуватися. Звернулася до відділення й була

госпіталізована. До моменту госпіталізації хірургічних втручань виконано не було.

При огляді ліва молочна залоза значно збільшена в розмірах, шкіра молочної залози потоншена, з вираженим венозним малюнком, більша частина залози зайнята численними вузловими новоутвореннями, загальним діаметром до 20см. Регіональні лімфатичні вузли не визначаються.

Встановлений діагноз «філоїдна пухлина лівої молочної залози», який був підтверджений при ультразвуковому дослідженні та магнітно-резонансній томографії. Протипоказання до хірургічного втручання на даному етапі вагітності не встановлено. Враховуючи великий об'єм пухлинних мас (які займають верхні квадранти залози), інтенсивний ріст новоутворення, небезпеки злякисного переродження пухлини, 26.02.2019 року було виконано односторонню хірургічну операцію по видаленню листовидної пухлини зі збереженням органу: редукційна мамопластика за схемою Wise і формуванням нижньої живильної ніжки. Тривалість оперативного втручання 3 години 50 хвилин. Оперуючий хірург проф. Дронов О.І. Загальний час анестезії – 4 години. Знеболення – ендотрахіальний наркоз Крововтрата - 50 мл.

Опис макро- і мікропрепаратів

Пухлинний вузол неправильної форми розмірами 20 см, сегментованого вигляду, щільно еластичної консистенції, з ділянками більш рихлої тканини білуватого кольору. Вузол лівої молочної залози має будову характерну для листовидних пухлин. Строма сосочків рясна, сформована чергуванням багато клітинною рихлою сполучною тканиною

та мало клітинною сполучною клітиною. Права молочна залоза: без змін та деформацій.

Пологи шляхом кесаревого розтину в 42 тижні. Грудне вигодовування протягом 1 місяця лівою молочною залозою. При обстеженні пацієнтки рецидиву не має.

Висновки

Стандартом лікування філоїдної пухлини молочної залози з доброякісним потенціалом є органозберігаючі оперативні втручання.

Наш випадок ще раз підкреслює доцільність таких оперативних втручань у молодих жінок з естетичних міркувань.

Схема редукційної мамопластики буде залежити від локалізації філоїдної пухлини та її розмірів.