

Некоторые патоморфологические данные к синдрому втянутого соска.

*Рожкова Н.И., Шевченко С.А., ФГУ «Российский научный центр рентгенорадиологии
федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию Российской
Федерации» (г. Москва).*

Резюме

В статье Рожковой Н. И. , Шевченко С. А. «*Некоторые патоморфологические данные к синдрому втянутого соска*» на основании тщательного изучения патоморфологических данных и с учетом анатомических особенностей формирования и строения околососковых структур дан анализ причин втяжения соска при доброкачественных и злокачественных заболеваниях молочной железы. Уточнены механизмы этого состояния.

Some pathomorphological consideration about the syndrome of nipple retraction.

Rozhkova N.I., Shevchenko S.A.

Federal State Enterprise “Russian Scientific Center of Roentgenoradiology of Russian Health and Social Development Ministry”.

Summary

On the basis of detailed study of the pathomorphological data and consideration of formation and structure of the para-nipple tissues the authors analyze the reasons and mechanisms of the nipple retraction in benign and malignant breast diseases.

Проблема выбора морфологических признаков, необходимых и достаточных для постановки патогистологического диагноза ранних стадий новообразований, является весьма актуальной клинической задачей, связанной с определением срока и объема лечебных вмешательств и прогнозированием дальнейшего развития патологического процесса. Практикующим врачам известны затруднения, возникающие при трактовке гистогенеза новообразований и оценке разных стадий начальных форм неопластического процесса, особенно в железистых структурах, а также при оценке степени дифференцировки новообразований [1, 2, 3, 5].

Понять пути развития опухоли помогает накопленный достаточно неоднородный клинический материал исследования.

К втяжению соска могут приводить как опухолевые, так и неопухолевые процессы. Для понимания причин этого состояния необходимо учитывать некоторые анатомические

особенности строения и развития соска молочной железы, что в свою очередь обуславливают ряд изменений характерных для различных заболеваний молочной железы, формирующихся в результате патологических изменений разных ее структурных элементов [4].

По результатам обследования 201 больной причиной втяжения соска являлись: фиброзные изменения в околососковой области – у 85 больных (42,3%), воспалительный процесс – у 36 (22,9%) и раковый инфильтрат – у 44 (21,9%). При гистологическом исследовании выявлялось утолщение и склерозирование стенок протоков и вовлечение их в лимфоидно-гистиоцитарный инфильтрат, приводящий к втяжению соска (рис. 1).

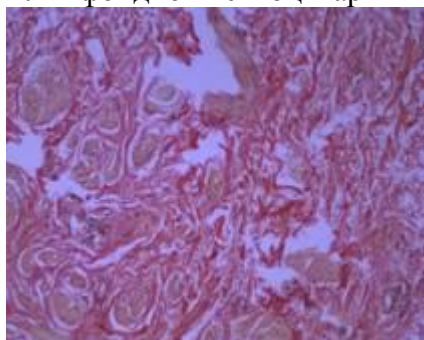


Рис. 1. Очаговая лимфоцитарно-гистиоцитарная инфильтрация и умеренный фиброз в зоне соска при мастите. Гистологический препарат больной К., 50 лет. Окр. гематоксилин-эозин, ув. 100.

Причины развития фиброзной ткани были разнообразными: воспалительный инфильтрат при банальном воспалении или РМЖ, жировой некроз. При выделениях серозного характера в 19 случаях (9,5%) выявлены расширенные млечные протоки в околососковой области (рис. 2).

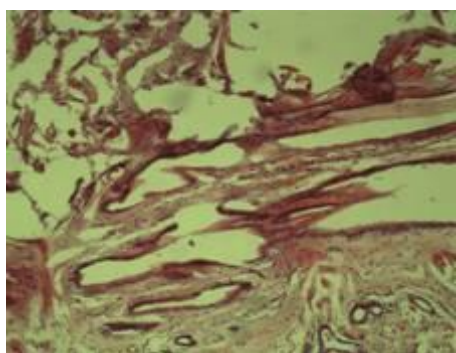


Рис. 2. Расширенные протоки в зоне соска. Гистологический препарат больной И., 34 года. Окр. пикрофуксином по ван Гизону, ув. 100.

В 25 наблюдениях (12,4%) втяжения соска развивался воспалительный инфильтрат вокруг кисты с вовлечением пучков мышечных волокон,

циркулярно окружающих выводные протоки. Сократимость мышц соска изменялась, и образовывались опухолеподобные узлы в виде очагового фиброза за счет увеличения бесклеточной гиалинизированной ткани.

При ретроареолярном расположении фиброаденомы втяжение соска выявлено у 15 больных (7,5%). При этом периканаликулярная фиброаденома была четко отграничена от окружающих тканей, рисунок строения однороден и представлен плотноволокнистой фиброзной соединительной тканью, концентрически разрастающейся вокруг сдавленных протоков и вызывающей перидуктальный фиброз. По периферии опухоли в 20% случаев развивалась соединительная ткань, которая и формировала фиброзную капсулу. Такие фиброаденомы чаще подвергались дистрофическим изменениям с отложением в строме кальцинатов.

Интраканаликулярная фиброаденома морфологически характеризовалась повсеместным удлинением и кистозным расширением протоков, в просвет которых выступали расположенные на широком основании массивные сосочки из рыхлой отечной или миксоматозной соединительной ткани с неровными, местами бугристыми или узурированными краями, не всегда четко отграниченными от окружающих тканей. Тем не менее соединительно-тканый компонент способствовал деформации ареолы и втяжению соска. Фиброзная капсула, как правило, отсутствовала в 60% наблюдений (рис. 3).

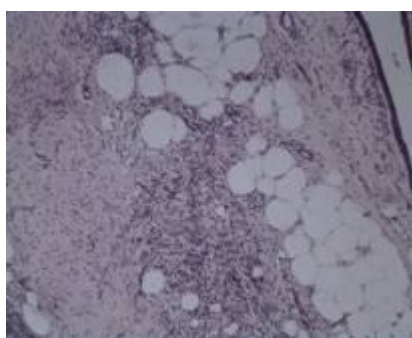


Рис. 3. Интраканаликулярная фиброаденома. Гистологический препарат больной В., 49 лет. Воспалительные и склеротические изменения в ткани молочной железы по периферии опухоли. Окр. гематоксилин-эозин, ув. 100.

При липогранулемах околососковой зоны в 5 случаях (2,5%) обнаружено фиброзирование очага некроза, ведущее к сморщиванию пораженного участка. (Это рентгенологически напоминало картину спикул вокруг раковой опухоли). На этом фоне

определялись аморфные беспорядочно сгруппированные микрокальцинаты. Структура образования была неоднородной за счет чередования полей фиброза с жировой тканью (рис. 4).

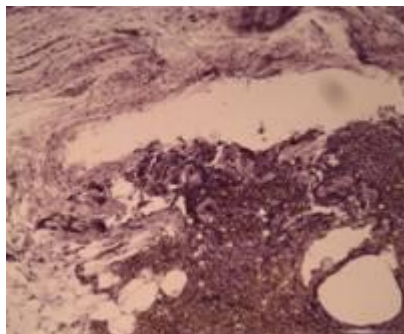


Рис. 4. Липогранулема с выраженной гигантоклеточной реакцией. Гистологический препарат больной С., 62 года. Окр. гематоксилин-эозин, ув. 100.

Узловой фибросклероз вызвал втяжение соска молочной железы в 25 наблюдениях (12,4%) за счет лимфоидной инфильтрации и соединительной ткани вокруг протоков. Гистологические картины узлового фибросклероза и гинекомастии у мужчин во многом оказались схожими (рис. 5).

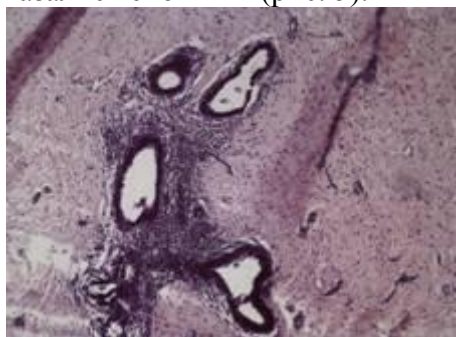


Рис. 5. ФАМ и лимфоцитарно-гистоцитарный инфильтрат при гинекомастии. Гистологический препарат больного М., 43 года. Окр. гематоксилин-эозин, ув. 100.

При гистологическом исследовании узлового фибросклероза в 14 случаях (6,9%) выявлен ФАМ с пролиферацией ацинусов с сохранением внутреннего эпителиального и наружного миоэпителиального слоев, окруженных базальной мембраной. Также определялось сдавление ацинусов окружающей фиброзной тканью с сохранением конфигурации долек, видимой при малом увеличении (рис. 6).

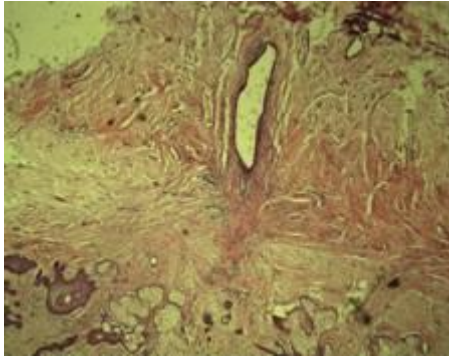
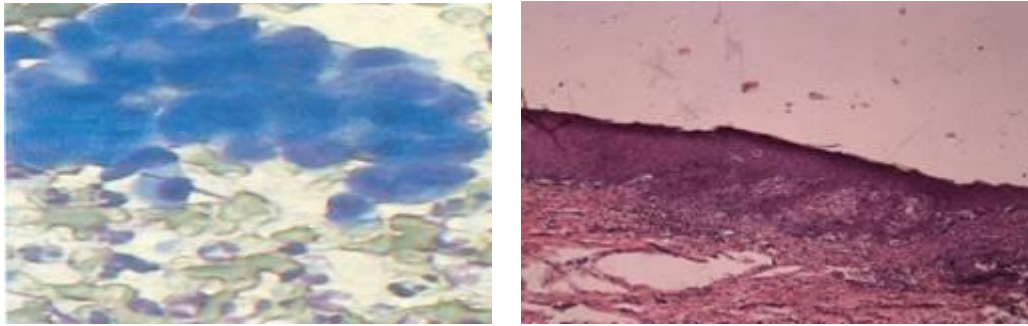


Рис. 6. Выраженный фиброз в зоне соска, видны потовые железы и пролиферирующий эпителий протоков. Гистологический препарат больной К., 45 лет. Окр. гематоксилин-эозином, ув. 40.

В 3 наблюдениях (1,5%) встречался аденоз с апокриновой метаплазией эпителия ядерным полиморфизмом, что придавало процессу сходство с инфильтрующим раком.

При анализе гистологических форм рака, сопровождающихся втяжением соска, в 21 случае (10,4%) был выявлен инфильтрирующий протоковый рак, в 6 (2,9%) – дольковый неинфильтрирующий и инфильтрирующий рак, рак Педжета, в 2 (0,9%) – неинфильтрирующий протоковый рак и внутрикистозный рак.

Узловые формы РМЖ вызывали втяжение соска при близком расположении к соску. При раке Педжета процесс развивался при распространении первичного инвазивного или рака протоков молочной железы *in situ* на эпидермис. Эпидермис сначала оставался мало дезорганизованным, т.е. картина соответствовала начальной стадии развития рака, затем наступала стадия эпителиоматозная, когда эпителий утолщался и образовывал бляшку, развивалась эпителиома, обуславливающая возникновение инфильтрата. В устьях крупных протоков происходили те же изменения с умеренной дезорганизацией. В эпителии протоков, эпидермисе соска, ареолы и прилегающих участках кожи выявляли крупные неопластические эпителиальные клетки с гиперхромным ядром и бледно окрашенной цитоплазмой (клетки Педжета), являющиеся результатом трансформации росткового слоя эпидермиса (рис. 7).

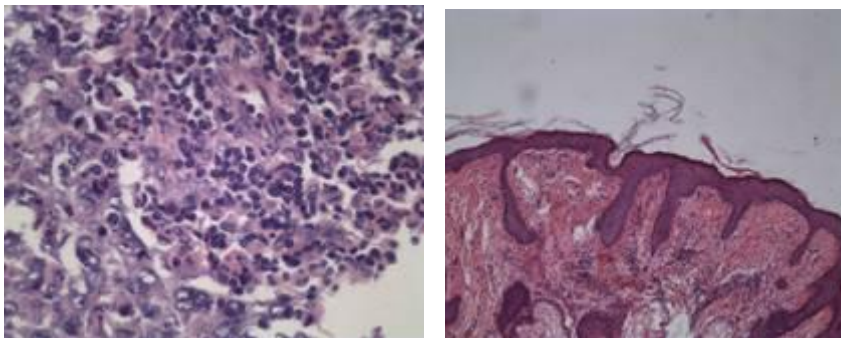


а

б

Рис. 7. Рак Педжета с воспалением. Цитологический препарат (а) больной Р., 53 года. Окр. по Романовскому – Гимза, ув. 100. Гистологический препарат (б) - видны крупные «пустые» клетки Педжета. Выраженная воспалительная реакция в зоне опухоли. Окр. гематоксилин-эозин, ув. 100.

При других гистологических вариантах РМЖ размерами более 1 см (инвазивный и неинвазивный протоковый и дольковый рак) в гистологической структуре появлялось больше солидных участков. Скиррозные тяжи теряли четкую радиарность и располагались хаотично пучками. На малом расстоянии от опухоли между тяжами раковых клеток возникали очаги пролиферации и неинвазивной карциномы, расположенные беспорядочно и окруженные участками фиброза или гиалиноза. За счет возникновения инфильтрата как воспалительного, так и ракового, а также формирования участков фиброза, расположенных перидуктально, происходило уплощение, а в последующем и втяжение соска и ареолы (рис. 8).



а

б

Рис. 8. Низкодифференцированный рак (а). Обильная лимфоцитарно-гистиоцитарная инфильтрация в строме опухоли, Гистологические препарат больной Л., 69 лет. Окр. Гематоксилин-эозин, ув. 100. Протоковой инфильтрирующий рак (б). Диффузно-очаговая лимфоцитарно-гистиоцитарная инфильтрация в зоне соска. Гистологический препарат больной Т., 70 лет. Окр. гематоксилин-эозин, ув. 100.

Таким образом, наиболее частыми причинами втяжения соска являлись: в 85 случаях (42,3%) фиброз околососковых структур, в 36 (22,9%) воспалительный и в 44 (21,9%) – раковый инфильтрат, в 19 (9,5%) – расширение центральных протоков на фоне воспалительной реакции, в 5 (2,5%) – жировой некроз. Выявленные морфологические изменения в целом соответствуют немногочисленным литературным данным и объясняют некоторые морфопатогенетические механизмы втяжения соска.

Список литературы к статье Рожковой Н.И., Шевченко С.А.

1. Берштейн Л. М. Гормональная функция жировой ткани и рак молочной железы.// Успехи герантологии .– С.Пб., 2005. - Выпуск. 16. .- С. 51-64.
2. Божок А. А., Семиглазов В. В., Семиглазов В. Ф. Факторы прогноза при раке молочной железы. // Современная онкология. - М., 2005. - т. 7.№ 1. - С. 4 – 9.
3. Герштейн Е.С., Кушлинский Н. Е., и др. Прогностическое значение определения рецепторов эпидермального фактора роста у больных раком молочной железы 1-11 стадии: результаты шестилетнего наблюдения. // Вопросы онкологии.–1998.- т.44. №4. – С.21-26.
4. Гордеева Л. И. Современные данные о возрастных и пограничных с патологией изменениях строения молочной железы женщин и их функциональной основе.// Архив анатомии, гистологии и эмбриологии. – 1962. - т.42.- в.–5. - С. 99.
5. Краевский Н. А. Патологическая диагностика опухолей человека. - /М., 1993.- том 2