

Corelații eco-morfo-histologice în diagnosticul leziunilor sânelui

Eco-morpho-histological correlations in breast lesions diagnosis

Dr. ADRIAN COSTACHE, Dr. CRISTINA COSTACHE

Centrul de formare în ultrasonografie „Dr. I. C. Cantacuzino“, București

REZUMAT

Examinarea ultrasonografică încearcă tot mai mult să precizeze pe de o parte caracterul benign sau malign al leziunii, iar pe de altă parte, tipul histologic al acesteia. În ultimii ani au existat unele propuneri de a introduce noi concepte și o nouă clasificare a modificărilor histologice ale sânelui, deoarece sistemul ductal și lobulul sunt structuri care pot suferi modificări majore fiziologice și patologice. La un număr de 126 de paciente examinate ecografic s-a comparat rezultatul examinării ultrasonografice cu diagnosticul histologic al formațiunilor mamare respective. Caracterul benign/malign al leziunii a fost precizat corect în 67% dintre cazurile examinate; tipul histologic al leziunilor a fost precizat corect în 42% dintre cazuri.

Concluzii: anumite caractere ultrasonografice au dovedit că pot reflecta malignitatea sau benignitatea leziunii, dar ecografia nu poate preciza cu certitudine tipul histologic al unei formațiuni mamare; unele tehnici noi ecografice (ecografia ductală, examinarea 3D) pot preciza raportul formațiunii cu unitatea ducto-lobulară, servind ca ghidaj pentru puncția citodiagnostică.

Cunoașterea de către clinicieni a concepțiilor și clasificărilor actuale cu privire la morfo patologia glandei mamare, dar și a corelațiilor eco-histologice apare ca o necesitate.

Cuvinte cheie: corelații eco-histologice, sistem ductal, lobul mamar, caracter benign/malign.

ABSTRACT

Ultrasound examinations try to establish the benign or malignant character of the lesion and, if possible, its histological type.

In the last years there were some new proposals to introduce new concepts and a new classification of the histological changes of the breast, because the duct system and the lobule are structures which may suffer major physiological and pathological changes.

126 female patients were examined and the result of the ultrasound examination was compared with the histological findings of the breast lesions. Certain ultrasound findings proved to be useful to establish the benign or malignant character of the lesion, but ultrasound examination was unable to establish its histological type.

The new pathological concepts and classification and the ultrasound-pathological correlations of the breast lesions must be well known by the clinicians.

Key-words: ultrasound-pathological correlations, duct system, breast lobule, benign/malignant character.

INTRODUCERE

Orice metodă de investigație imagistică are ca scop formularea unui diagnostic care să-i permită clinicianului să evalueze și să trateze corect afecțiunea respectivă, în beneficiul final și total al pacientului. Dacă ne referim însă la afecțiunile glandei mamare, trebuie să precizăm faptul că în acest caz se așteaptă un diagnostic care să includă și o corectă clasificare și terminologie, aceasta necesitând implicit o colaborare cu anatomo-patologul. Practic, examinarea ultrasonografică trebuie să încerce să precizeze pe de o parte caracterul benign sau malign al leziunii, iar pe de altă parte, tipul histologic al acesteia.

În ultimii ani au existat unele propuneri de a introduce noi concepte și o nouă clasificare a modificărilor histologice ale sânului, deoarece sistemul ductal și lobulul sunt structuri care pot suferi modificări majore în timpul transformărilor fiziologice ale organismului femeii; totodată, acestea pot suferi și importante modificări patologice.

Clasificările actuale ale leziunilor sânului iau în continuare în discuție leziuni de tip benign și malign.

Leziunile benigne sunt: modificări benigne fără activitate proliferativă și leziuni benigne cu diferite grade de proliferare.

În cazul leziunilor maligne, se consideră că forma histologică și stadiul evolutiv sunt foarte importante pentru diagnostic.

Am încercat, în cadrul unui studiu efectuat la un număr de 126 de paciente examinate ecografic, să comparăm rezultatele examinării ultrasonografice cu diagnosticul histologic al formațiunilor mamare respective (probele fiind obținute prin puncție ghidată sau prin excizie chirurgicală).

În fiecare caz, după examinarea ultrasonografică s-a emis o prezumție cu privire la caracterul benign sau malign al leziunii și o prezumție de diagnostic histologic, care au fost ulterior comparate cu rezultatele examenului anatomo-patologic:

- 81 de mase tumorale au avut caracter benign;
- 57 de tumori chistice;
- 24 de tumori solide;
- 46 de mase tumorale au avut caracter malign sau „border-line”. □

A. TUMORI BENIGNE

Tumori chistice – 57 de cazuri, dintre care:

- Chisturi solitare – 22;
- Chisturi multiple (mastopatie fibro-chistică) – 35.

Tumori solide – 24 de cazuri, dintre care:

- fibroadenoame – 13;
- papiloame intraductale – 9;
- lipoame – 2.

Chisturile mamare

Aceste leziuni ale glandei mamare sunt atât de frecvente, încât uneori sunt considerate variante fiziologice normale.

Se consideră că nu au importanță din punct de vedere clinic decât atunci când generează mase tumorale palpabile de consistență fermă și/sau atunci când chisturile ating dimensiuni mari care necesită biopsie pentru excluderea unui carcinom.

Chisturile sunt de fapt dilatații ductale (aspect US: imagini transsonice rotund-ovalare, bine delimitate, avasculare, cu pereți subțiri și „întărire posterioară”); în plus, poate exista un grad variabil de fibroză stromală (aspect US: zonă densă, reflectogenă).

Boala fibro-chistică a sânului – este caracterizată prin:

Histologic:

- dilatații chistice ale ductelor mamare;
- fibroza stromală;
- hiperplazie epitelială ce interesează epiteliul ductal (hiperplazia atipică este considerată o condiție intermediară între hiperplazie și „carcinomul in situ”).

US:

- zone fibroase dense, reflectogene, care uneori sunt greu de delimitat de alte zone ale sânului;
- chisturi de dimensiuni mici în interiorul unui sân dens, fibros;
- zone mici chistice care pot avea aspectul de „faguri de miere”;
- modificări chistice pe zone extinse (țesutul glandular mamar este aproape în întregime înlocuit de chisturi).

Fibroadenomul:

- este o leziune solidă destul de frecvent întâlnită la femei tinere (20-35 ani);
- este considerată a fi o tumoră benignă, dar poate reprezenta și forma nodulară a hiperplaziei mamare benigne.

Histopatologie:

- fibroadenomul este o masă tumorală solidă bine circumscrisă de către o condensare a țesutului conjunctiv;
- este alcătuit atât din țesut epitelial (structuri glandulare), cât și din țesut fibros, care proliferază într-o manieră neregulată, nodulară.

US:

- fibroadenomul este o formațiune de tip solid, cu contur net, rotund-ovalară, cu ecostructură omogenă, hipoecogenă (are aproximativ aceeași ecogenitate ca și grăsimea subcutanată);

- poate avea aspect încapsulat din cauza compresiei asupra țesutului adiacent;
- are oarecare mobilitate, fiind ușor compresibilă;
- are axul longitudinal paralel cu pielea, aceasta fiind consecința propriei sale acomodări la anatomia sânelui (definite prin lobulii mamari și ligamentele Cooper);
- în mod obișnuit, nu există efect retrotumoral, dar ocazional poate să apară conde umbră, din cauza hialinizării;
- pot apărea mici calcificări în interiorul formațiunii;
- este avascular; fibroadenoamele de dimensiuni mari pot fi ușor vascularizate, având unul sau două vase evidențiate cu ajutorul color Doppler și angio-power.

Papilomul intraductal:

- este o proliferare benignă a epitelului ductal.

Histopatologic:

- este o leziune solitară sau multiplă.

Papilomul scleros conține un vas central delimitat de celule endoteliale (core fibrovascular) care se dezvoltă către cavitatea leziunii chistice:

- leziunile solitare sunt localizate de obicei în ductele galactofore de dimensiuni mai mari, situate în jurul mamelonului;
- suportul stromal este acoperit de un strat simplu sau dublu de celule epiteliale asemănătoare celor care delimitează ductul mamar;
- în cazul leziunilor mai mari, ductul este de obicei dilatat;
- transformarea malignă este rară.
- are un număr mare de fibre de colagen în interiorul axului fibrovascular, care de obicei conține calcificări.

Papiloamele multiple reprezintă un factor de risc.

Papiloamele cu atipii pot evolua către carcinom papilar (riscul crește atunci când atipiile sunt prezente în ductele din jurul papilomului).

US:

- o formațiune solidă, ecogenă, localizată în interiorul unui duct dilatat (formațiunea proemină în duct);
- masa tumorală localizată intraductal nu poate să fie evidențiată ecografic dacă nu există dilatație ductală adiacentă; în caz contrar, apare doar o masă tumorală de tip solid, bine delimitată, care poate fi confundată cu un carcinom sau fibroadenom de dimensiuni mici;
- diferențierea între formele benigne și maligne necesită examen Doppler și,

ulterior, ductoscopie cu citodiagnostic și/sau biopsie.

Lipomul:

US: masa tumorală bine delimitată, hipo- sau hiperecogenă; aspectul ecografic necaracteristic.

Histopatologic: țesut adipos cu proliferări fibroase la periferie. □

B. TUMORI MALIGNNE

46 de cazuri, dintre care:

- Boala Paget a sânelui – 2;
- Tumora Phyllodes – 2;
- Carcinom ductal invaziv – 31;
- Carcinom mucinos – 3;
- Carcinom ductal neinvaziv – 5;
- Alte tipuri histologice – 3. □

BOALA PAGET A SÂNELUI

Reprezintă o retracție și subțiere a tegumentului mamelonului și areolei, uneori urmate de apariția unor placarde ulcerative și descumative.

Histopatologic, epidermul de la nivelul mamelonului și areolei este infiltrat de celule epiteliale pleomorfe, denumite *celule Paget* (celule carcinoatoase care au traversat epitelul ductal al glandei mamare și al mamelonului până la suprafață, provenind de la nivelul unui carcinom intraductal sau al unui carcinom ductal infiltrativ (care este invariabil prezent în țesutul mamar subjacent).

US:

- masa hipoecogenă neregulată cu trabecule hiperecogene în porțiunea profundă a tumorii;
- porțiuni din țesutul celular subcutanat pot fi înlocuite de ecouri de intensitate medie înconjurate de un halou.

Tumora Phyllodes – o mică proporție a acestor tumori care sunt maligne prin evoluție, în sensul că pot recidiva local; foarte rar metastazează la distanță.

Histopatologic – tumora constă într-o aglomerare de celule atipice care par să se „înghesuie” în lumenul ductului, dând aspectul caracteristic de „frunză”.

US:

- tumora Phyllodes are un aspect asemănător cu un fibroadenom de dimensiuni mari, cu contur ne- sau lobulat;
- aspect caracteristic: conținutul ecogen omogen este de regulă întrerupt de spații lichidiene;
- tumora apare vascularizată la examinarea Doppler color și angio-power.

Carcinomul ductal

Există câteva noțiuni morfopatologice utilizate pentru definirea modificărilor patologice ale ductului galactor și ale lobulului.

Hiperplazia micropapilară ductală *fără* atipie – este definită ca o creștere a numărului celulelor epiteliale ductale și nu are semnificație pentru prognostic.

Hiperplazia micropapilară ductală *cu* atipie – este o structură care arată ca un duct dilatat cu proiecții în lumen; nu are ax central conjunctivo-vascular.

Hiperplazia ductală atipică (atypical ductal hyperplasia – ADH) – indică prezența proliferărilor celulelor epiteliale cu atipii citonucleare.

Este un termen descriptiv care include câteva leziuni în porțiunea terminală a unității ductale lobulare.

Hiperplazia lobulară atipică (atypical lobular hyperplasia – ALH) și carcinomul lobular (LCIS) – nu presupun manifestări clinice specifice și nu determină modificări macroscopice; diagnosticul este pus prin descoperirea întâmplătoare cu ocazia biopsiei mamare efectuate pentru o altă indicație.

Carcinomul ductal invaziv (invasive ductal carcinoma – IDC) – este definit ca o proliferare a celulelor epiteliale maligne în interiorul ductelor, fără a exista invazie în membrana bazală.

Are mai multe subtipuri:

- solid;
- comedocarcinom;
- cribriform;
- micropapilar.

Clasificarea modernă a Grupului de Lucru a Patologiștilor Europeni (European Pathologists Working Group) separă carcinomul ductal invaziv în 3 categorii:

- bine-diferențiat;
- moderat diferențiat;
- slab diferențiat.

Carcinomul ductal invaziv micropapilar – este un tip special de IDC: tumora se dezvoltă în mici „cuiburi” înconjurate de un spațiu asemănător spațiului limfatic; are prognostic prost (incidența mare a metastazelor ganglionare).

Carcinomul mucinos – este bine diferențiat și are creștere lentă; metastazează rar în ganglionii axilari; este mai frecvent la femei în vârstă.

Poate exista ca atare sau doar ca o componentă mucinoasă a unui carcinom invaziv.

US: în mod frecvent are un aspect care mimează o leziune benignă, cum ar fi mastopatia fibro-chistică.

Rezultatele examinărilor ultrasonografice, corelate cu diagnosticul histopatologic, au relevat următoarele:

- caracterul benign/malign al leziunii a fost precizat corect în 67% dintre cazurile examinate;
- tipul histologic al leziunilor a fost precizat corect în 42% dintre cazuri (ponderea cea mai mare fiind a chisturilor mamare, fibroadenoamelor și bolii Paget a sânului). □

CONCLUZII

1. Anumite caractere ultrasonografice au dovedit că pot reflecta malignitatea: caracterul solid al formațiunii, hipoecogenitatea/neomogenitatea, imprecisă delimitare, atenuarea retrotumorală, calcificările, afectarea structurilor supra- și sub-jacente, hipervascularizația și aspectul „wider than larger” (axul lung perpendicular pe suprafața pielii).

2. Benignitatea are ca trăsături caracteristice ecografice caracterul transonic sau hipoecogen/omogen al formațiunilor, delimitarea netă, lipsa atenuării posterioare și a calcificărilor, hipo- sau avascularizația.

3. Ecografia nu poate preciza cu certitudine tipul histologic al unei formațiuni mamare. Totuși, pentru anumite tipuri de tumori pot fi emise prezumții diagnostice histopatologice. Astfel:

- formațiunea transsonică unică sau multiplă, avasculară, bine delimitată, cu întărire acustică posterioară = chist mamar;
- formațiunea hiperecogenă de dimensiuni milimetrice situată în interiorul unui duct dilatat – papilom intraductal; eventualul caracter malign (carcinoma intraductal) nu poate fi precizat ecografic;
- formațiunea hipoecogenă, rotund-ovalară, unică sau multiplă, posibil bilaterală, avasculară sau moderat vasculară, cu axul lung paralel cu suprafața pielii = fibroadenom;

4. Pentru formațiunile potențial maligne, ecografia nu poate preciza tipul histopatologic.

Tehnicile noi (ecografia ductală, examinarea 3D) pot preciza raportul formațiunii cu unitatea ducto-lobulară, servind ca ghidaj pentru punctia citodiagnostică.

Totuși, examenul histopatologic și imuno-histochimia rămân singurele tehnici diagnostice de certitudine.

5. Cunoașterea de către clinicieni a concepțiilor și clasificărilor actuale cu privire la morfopatologia glandei mamare apare ca o necesitate.