

ЦИТОЛОГИЯ

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020

Славнова Е.Н., Сарибекян Э.К., Суркова В.С., Ортабаева Д.Р., Горюшкина О.Б., Петров А.Н.

КОМПЛЕКСНАЯ МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ (ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ, ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ) ДИАГНОСТИКА ДЕСМОИДНОЙ ФИБРОМЫ, АССОЦИИРОВАННОЙ С ИМПЛАНТАТОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава РФ, 125284, Москва, Россия

Представлено редкое клиническое наблюдение десмоидной фибромы, ассоциированной с имплантатом молочной железы. При постановке морфологического (цитологического, гистологического) диагноза на светооптическом уровне до операции дифференциальный морфологический диагноз проводили между рубцовыми изменениями, стромальным компонентом филоидной опухоли и десмоидной фибромой. Только проведение иммуногистохимии позволило установить диагноз десмоидной фибромы, так как опухолевые клетки экспрессировали диффузно SMA, очагово десмин, и самое главное в части клеток наблюдалась экспрессия β -катенина.

Ключевые слова: десмоидная фиброма; цитология; гистология; иммуногистохимия; имплантат; молочная железа.

Для цитирования: Славнова Е.Н., Сарибекян Э.К., Суркова В.С., Ортабаева Д.Р., Горюшкина О.Б., Петров А.Н. Комплексная морфологическая (цитологическая, гистологическая) диагностика десмоидной фибромы, ассоциированной с имплантатом молочной железы (случай из практики). Клиническая лабораторная диагностика. 2020; 65(4): 228-230. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0869-2084-2020-65-4-228-230>

Slavnova E.N., Saribekyan E.K., Surkova V.S., Ortabaeva D.R., Goryushkina O.B., Petrov A.N.

COMPLEX MORPHOLOGICAL (CYTOLOGICAL, HISTOLOGICAL) DIAGNOSTICS OF DESMOID FIBROMA ASSOCIATED WITH A BREAST IMPLANT (CASE REPORT FROM PRACTICE)

P.Hertsen's Moscow Oncology Research Institute – branch of the National Medical Research Centre of Radiology of the Ministry of Public Health of Russian Federation

A rare clinical observation of desmoid fibroma associated with a breast implant is presented. When making a morphological (cytological, histological) diagnosis at the light-optical level before surgery, a differential morphological diagnosis was performed between cicatricial changes, the stromal component of the phylloid tumor and desmoid fibroma. Only immunohistochemistry allowed us to establish a diagnosis of desmoid fibroma, since tumor cells expressed diffusely SMA, focally desmin, and most importantly, β -catenin expression was observed in some cells.

Key words: desmoid fibroma; cytology; histology; immunohistochemistry; implant; mammary gland.

For citation: Slavnova E.N., Saribekyan E.K., Surkova V.S., Ortabaeva D.R., Goryushkina O.B., Petrov A.N. Комплексная морфологическая (цитологическая, гистологическая) диагностика десмоидной фибромы, ассоциированной с имплантатом молочной железы (случай из практики). Клиническая лабораторная диагностика (Russian Clinical Laboratory Diagnostics). 2020; 65 (4): 228-230 (in Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0869-2084-2020-65-4-228-230>

For correspondence: Slavnova E.N., Doctor of Medical Sciences, lead researcher of the department of cytology; e-mail: slavnov@rambler.ru

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Received 14.02.2020
Accepted 23.02.2020

Введение. Десмоидная фиброма (или агрессивный фиброматоз) – это редкая фибробластическая опухоль, впервые описанная J. Macfarlane в 1832 г. [1]. Этот термин (от греч. «desmos» – ленточный, сухожильный) впервые был использован Müller в 1838 г. для описания опухолей сухожильного типа. Десмоидные фибромы – это опухоли мезинхимальной природы, которые относятся к классу пограничных опухолей, так как не ме-

тастазируют, однако склонны к агрессивному местному росту и частому рецидивированию [2]. Десмоидные фибромы называют также глубоким фиброматозом, так как обычно они происходят из более глубоких апоневротических структур в отличие от поверхностных фиброматозов, развивающихся из поверхностных фасциальных структур конечностей (болезни Dupuytren, Ledderhose, Peyronie). Десмоидные опухоли всегда ограничены мускулатурой и вышележащим апоневрозом фасции, диаметр поражения варьирует от 5 до 20 см [3]. Макроскопически опухоль твердая, плотной консистенции, на разрезе имеет белую, блестящую, напоминающую

Для корреспонденции: Славнова Елена Николаевна, д-р мед. наук, цитолог, вед. науч. сотр. отд-ния онкоцитологии; e-mail: slavnov@rambler.ru

рубцовую ткань поверхность [4]. Десмоидные опухоли очень похожи на фибросаркому; неадекватная биопсия образца ткани может непреднамеренно привести к диагнозу фибросаркомы [5]. Десмоидные фибромы могут развиваться из мышечно-апоневротических структур практически любой анатомической области тела, включая брюшную стенку, грудную стенку, конечности, шею; в ряде случаев наблюдается мультифокальный рост опухолей.

В зависимости от локализации выделяют:

- абдоминальные десмоидные фибромы (опухоли передней брюшной стенки);
- интраабдоминальные (опухоли забрюшинного пространства);
- экстраабдоминальные (опухоли туловища, конечностей);
- мультифокальные (множественные опухоли различных локализаций).

Возникают десмоидные фибромы в любом возрасте, могут быть даже врожденными, но появляются главным образом в возрасте 20-40 лет у рожавших женщин. Иногда десмоидные фибромы развиваются в операционном рубце или им предшествуют травмы. Очень часто возникают диагностические трудности, особенно при экстраабдоминальных десмоидах, так как они клинически, а иногда морфологически могут напоминать фиброму, либо фибросаркому.

Патогенез десмоидной фибромы многофакторный и включает генетические, эндокринные и физические факторы. Десмоидные фибромы абдоминальной локализации зачастую развиваются у женщин после беременности или кесарева сечения. Интраабдоминальные десмоидные фибромы чаще всего сочетаются с полипозом толстой кишки (синдрома Гарднера). Большинство пациентов с десмоидными фибромами экстраабдоминальной локализации связывают появление опухоли с предшествующей травмой (в частности с операцией) [6].

Десмоидные фибромы составляют 0,2% от всех опухолей молочной железы [7]. Десмоиды молочной железы встречаются у женщин в возрасте от 13 до 80 лет [8]. Чаще всего десмоидные фибромы молочной железы имеют односторонний характер поражения, в 4% случаев встречается билатеральное поражение [9]. 5-летняя общая выживаемость при десмоиде молочной железы составляет 93%, при этом 5-летняя частота рецидивов, несмотря на радикальное хирургическое удаление, составляет 29% [10]. Десмоидные фибромы молочной железы могут возникать в основном из паренхимы молочной железы или путём вторичной инвазии из мышечно-апоневротического слоя передней грудной стенки. Это различие имеет решающее значение, поскольку десмоиды, возникающие из мышечно-апоневротических структур, имеют более высокую частоту рецидивов (51% против 21%) В последнее время рядом исследователей сделано предположение, что наличие силиконовых имплантатов молочной железы является фактором риска развития десмоидной фибромы. [11].

Клиническое наблюдение. Больной В., 30 лет, 20.03.2018 г. в г. Минске выполнена двухсторонняя аугментация молочных желёз силиконовыми имплантатами Motiva Ergonomix Round Silksurface 355 мл. В марте 2019 г. пациентка отметила появление чувства дискомфорта в области правой субмамарной складки. Обратилась в Московский научно-исследовательский институт им П.А. Герцена.

По данным УЗКТ и МРТ молочных желез по нижней контуру имплантата правой молочной железы в ретромаммарной складке на уровне послеоперационного рубца гипозоногенное неровное образование с четкими бугристыми контурами (по данным МРТ – 38x27x26 мм, КТ – 30x42x25 мм).

Выполнена трепан-биопсия новообразования. Материал отправлен на цитологическое и гистологическое исследование. Исследованы цитологические отпечатки с трепан-биоптата. Цитологическая картина характеризовалась бедностью клеточных элементов (рис.1, см.обложку). Фон препарата розовато-фиолетовый с небольшими более плотными участками темно-фиолетового цвета. Клетки опухоли мелких и средних размеров располагались одиночно и встречались не в каждом поле зрения. Ядра клеток преимущественно овальной и вытянутой формы, местами палочковидные с равномерным рисунком хроматина и одиночными ядрышками. Митозы не встречались. Цитоплазма клеток вытянутая, хвостатая, местами относительно широкая, в отдельных клетках границы цитоплазмы едва различались (рис.2, см.обложку). В некоторых опухолевых клетках цитоплазма была окрашена слабо базофильно, либо оставалась неокрашенной, в единичных более крупных клетках в цитоплазме обнаруживались мелкие вакуоли. Несмотря на отсутствие эпителиальных клеток цитологом было высказано предположение, что материал для цитологического исследования получен из стромального компонента филоидной (листовидной) опухоли.

При гистологическом исследовании биоптата опухоли микроскопически обнаружена грубоволокнистая соединительная ткань с мономорфными равномерно распределенными фибробластоподобными веретеновидными и звездчатыми клетками (рис.3, см.обложку). В интерстиции определялись тонкостенные, расширенные сосуды. Митотическая активность клеток образования не выявлялась.

Гистологическое заключение не давало однозначной картины, поскольку морфологическая картина могла соответствовать рубцовым изменениям, десмоидному фиброматозу или представлять собой стромальный компонент филоидной (листовидной) опухоли. Для уточнения диагноза была необходима иммуногистохимия.

При проведении иммуногистохимии обнаружена диффузная экспрессия SMA (рис.4, см.обложку), очаговая десмина, в части клеток экспрессия β -катенина. CD34, S100 – экспрессия отрицательная. Только после проведения иммуногистохимии поставлено заключение морфологическая картина и иммунофенотип образования, более всего соответствуют десмоидному фиброматозу.

Данной больной проведена операция 05.09.2019 г. в объеме резекции передней грудной стенки справа и удаления имплантатов молочных желёз.

После операции макроскопически в толще межреберных мышц с вращением в капсулу эндопротеза и подкожную жировую клетчатку определялся плотно-эластичный опухолевый узел, серого цвета, солидного строения, волокнистого вида, размерами 3,5x4x3.5см. (рис.5, 6, см.обложку).

Послеоперационное гистологическое исследование – десмоидная фиброма мягких тканей передней грудной стенки справа.

Заключение. Данный клинический пример представляет собой редкое клиническое наблюдение дес-

ЦИТОЛОГИЯ

моидной фибромы, ассоциированной с имплантатом молочной железы. Трудности предоперационной цитологической и гистологической диагностики объяснялись редкостью клинического наблюдения. При постановке морфологического (цитологического, гистологического) диагноза на светооптическом уровне до операции дифференциальный морфологический диагноз проводили между рубцовыми изменениями, стромальным компонентом филоидной (листовидной) опухоли и десмоидной фибромой. Только проведение иммуногистохимии позволило до операции установить диагноз десмоидной фибромы, так как опухолевые клетки экспрессировали диффузно SMA, очагово десмин, и самое главное в части клеток наблюдалась экспрессия β -катенина. В данном случае выбор адекватного объема хирургического вмешательства зависел от правильной дооперационной диагностики, которая возможна только при комплексном цитологическом и гистологическом исследовании, а также применении иммуногистохимии.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Kabiri E.H., Al Aziz S., El Maslout A., Benosman A. Desmoid tumors of the chest wall. *Eur. J. Cardiothorac Surg.* 2001 May;19(5): 580-3.

2. WHO Classification of Tumours of Soft Tissue and Bone. Fletcher C.D.M., Bridge J.A., Hogendoom P.C.W., Mertens F., eds. Lyon: IARC; 2013.

3. Hartley J.E., Church J.M., Gupta S., McGannon E., Fazio V.W. Significance of incidental desmoids identified during surgery for familial adenomatous polyposis. *Dis. Colon. Rectum.* 2004; 47(3): 334-8.

4. Weiss S.W., Goldblum J.R., eds. Fibromatoses. In book: Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors. 4th ed. Mosby, Inc: St. Louis; 2001: 309-46.

5. Mendenhall W.M., Zlotecki R.A., Morris C.G., Hochwald S.N., Scarborough M.T. Aggressive fibromatosis. *Am. J. Clin. Oncol.* 2005; 28(2): 211-5.

6. Escobar C., Munker R., Thomas J.O., Li B.D., Burton G.V. Update on desmoid tumors. *Ann. Oncol.* 2012; 23(3): 562-9.

7. Shields C.J., Winter D.C., Kirwan W.O., Redmond H.P. Desmoid tumours. *Eur. J. Surg. Oncol.* 2001; 27(8): 701-6.

8. WHO Classification of Tumours of the Breast. Lakhani S.R., Ellis I. O., Schnitt S.J., Tan P.H., Van de Vijver M.J., Eds. Lyon: IARC; 2012.

9. Schwarz G.S., Drotman M., Rosenblatt R., Milner L., Shamonki J., Osborne M.P. Fibromatosis of the breast: case report and current concepts in the management of an uncommon lesion. *Breast J.* 2006; 12(1): 66-71.

10. Varghese T.K. Jr., Gupta R., Yeldandi A.V., Sundaresan S.R. Desmoid tumor of the chest wall with pleural involvement. *Ann. Thorac. Surg.* 2003; 76 (3): 937-9.

11. Tzur R., Silberstein E., Krieger Y., Shoham Y., Rafaeli Y., Bogdanov-Berezovsky A. Desmoid Tumor and Silicone Breast Implant Surgery: Is There Really a Connection? A Literature Review. *Aesthetic Plast Surg.* 2018 Feb;42(1): 59-63.

Поступила 14.02.20

Принята к печати 23.02.20

К статье *Е.Н.Славновой* и соавт.

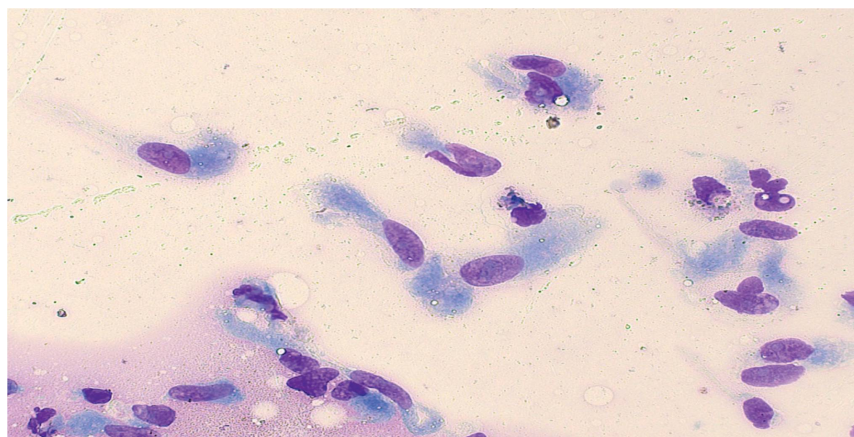


Рис.1. Цитологическое исследование. Среди бесструктурного межклеточного вещества расположены клетки вытянутой и овальной формы фибробластического типа. Окраска азур-эозином. Ув.400.

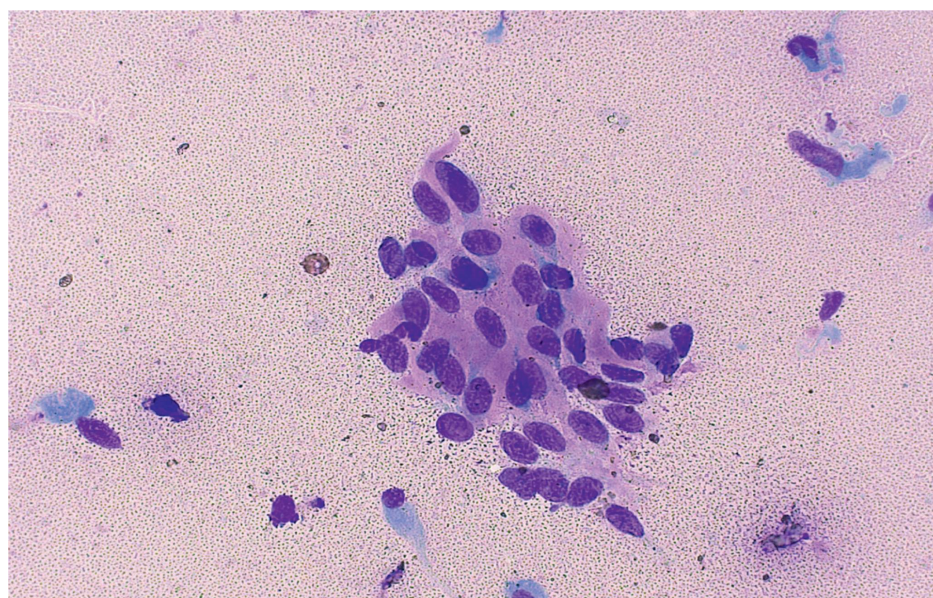


Рис.2. Цитологическое исследование. На фоне плотного фиолетового бесструктурного межклеточного вещества расположены клетки вытянутой формы фибробластического типа. Окраска азур-эозином. Ув.400.

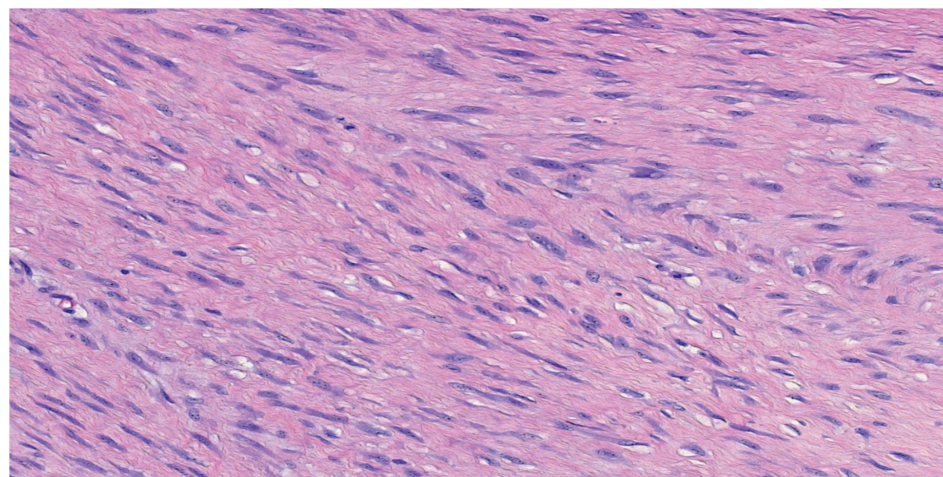


Рис.3. Гистологическое исследование. Грубоволокнистая соединительная ткань с мономорфными равномерно распределенными фибробластоподобными веретеновидными и звездчатыми клетками. Окраска гематоксилин-эозином. Ув.200.

К статье *Е.Н.Славновой* и соавт.

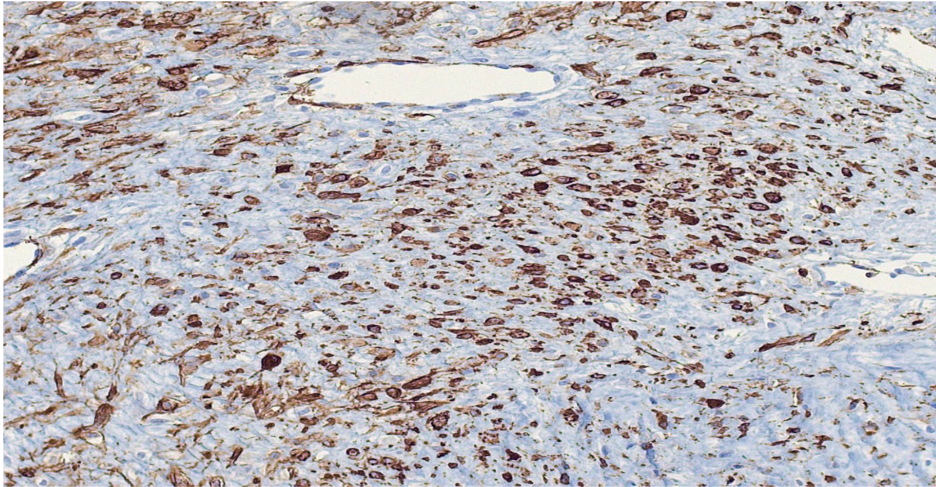


Рис.4. Иммуногистохимическое исследование. Положительная экспрессия мышечного специфического актина (SMA). Ув.100.

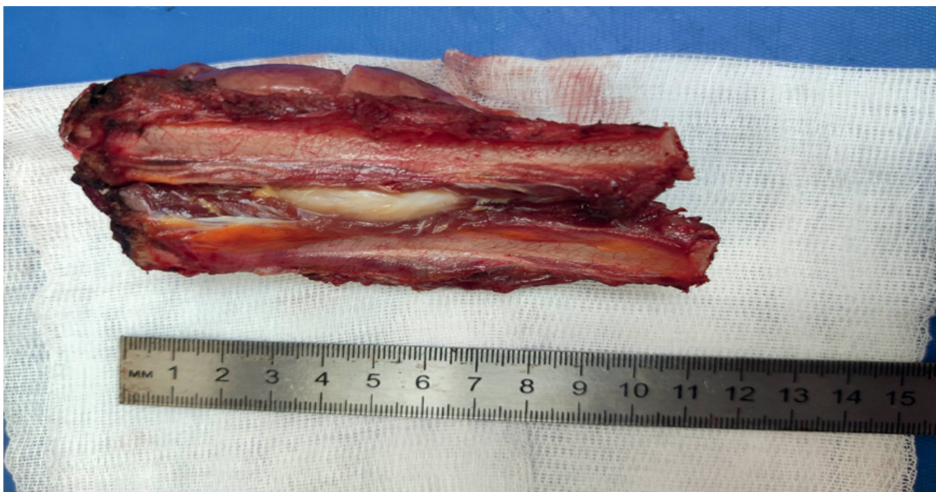


Рис.5 . Опухолевый узел, размерами 3,5x4x3.5см, располагался в толще межреберных мышц.

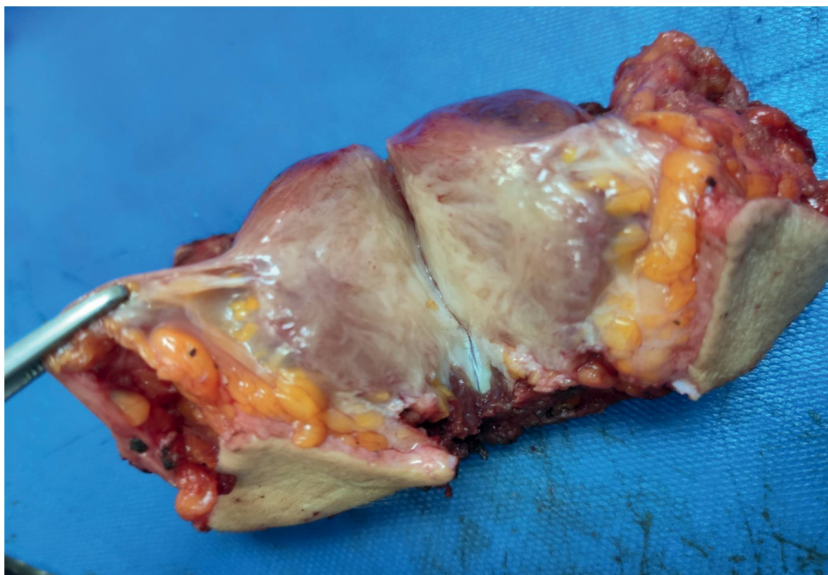


Рис.6 . Плотнo-эластичный опухолевый узел, серого цвета, солидного строения, волокнистого вида, размерами 3,5x4x3.5см, располагался в толще межреберных мышц, с врастанием в капсулу эндопротеза и подкожную жировую клетчатку.