

А.О. Ляшенко, О.І. Сидорчук

Набряковий рак грудної залози та мастит: особливості диференційної діагностики

Національний інститут раку, Київ

Одержано 18.06.2018

Прийнято до друку 10.07.2018

Досить часто, за відсутності онкологічної настороженості, у молодих пацієнток із набряковим раком грудної залози помилково діагностують та не виправдано лікують «мастит». У хворих молодого віку при зволіканні у лікуванні хвороба швидко прогресує. Спеціальне протипухлинне лікування, почате невчасно, не може суттєво вплинути на результати безрецидивної виживаності. Так, через 3 роки після проведеної терапії локорегіонарний рецидив хвороби виявили у 7 (29,2%) пацієнток, а віддалене метастазування — у 5 (20,8%) хворих. Чітке усвідомлення симптомів хвороби, тактики діагностичних заходів є запорукою вчасно початого лікування, збільшення виживаності, підвищення якості життя хворих на набряковий рак грудної залози.

Ключові слова: набряковий рак грудної залози; мастит; диференційна діагностика.

ВСТУП

Набряковий рак грудної залози (НРГЗ) є одним із найнеприятливіших варіантів перебігу онкологічного процесу цієї локалізації. Хоча питома вага НРГЗ у загальній структурі раку грудної залози (РГЗ) не перевищує 5–6% [1, 2], пухлина відзначається швидким прогресуванням, раннім метастазуванням до регіонарних лімфатичних колекторів та органів-мішеней, низькою загальною виживаністю [3]. Тим більша відповідальність лягає на етапи діагностики і, що важливо, на її своєчасність.

Якщо для пацієнток похилого віку наявність запальної пухлини грудної залози (ГЗ) найчастіше стає передумовою звернення до закладу спеціалізованої онкологічної допомоги, то щодо контингенту хворих молодого віку, які мають клінічну картину «мастит», онкологічна настороженість у лікарів первинної ланки, на жаль, знижена. У результаті при виявленні ознак «запалення» хворі молодого віку отримують лікування препаратами протизапальної терапії, що призводить до не виправданого втрати часу та прогресування хвороби. Як правило, діагностичні помилки найбільш характерні у випадках пацієнток у період лактації і тих, хто пов'язує виникнення набряку з травматизацією або подразненням шкіри ГЗ.

Саме тому для лікаря первинної ланки існує суворобна необхідність розрізняти набряк чи як прояв маститу, чи як маніфестацію НРГЗ.

Мастит (запалення тканини ГЗ) у більшості випадків виникає у післяродовий період (85–90% всіх випадків) [4, 5]. Чинниками вважаються лактостаз, пошкодження шкірних покривів (подряпини, подразнення, екскоріації, тріщини тощо), недостатня гігієна та зниження імунітету. Головним бактеріальним фактором хвороби зазвичай виступає золотистий стафілокок. Хвороба має стрімкий перебіг, що, однак, мало характерно для так званого хронічного маститу. Як правило, перебіг хвороби розподілено на стадії, тривалість кожної з яких варіює, але в цілому вимірюється кількома днями. Хвороба проявляється загальною слабкістю, ознобом, підвищенням температури тіла. Це стадія так званого серозного маститу. Якщо не вживати відповідних лікувальних заходів, розвивається інфільтративний мастит, при цьому в ГЗ формується інфільтрат, шкіра над яким набрякає та червоніє. Далі можливе виникнення гнійного запалення, абсцедування, лікування якого полягає у терміновому хірургічному втручанні шляхом дренивання порожнини абсцесу. У низці випадків відмічають реактивне збільшення регіонарних лімфатичних вузлів [6, 7].

Найпоширенішою діагностичною процедурою у молодих жінок є ультразвукове дослідження (УЗД), яке, за необхідності, доповнюється мамографією. У випадку маститу рентгенологічно

та сонографічно виявляють ознаки запалення: частки ГЗ згладжені, молочні протоки розширені, шкіра та підшкірна клітковина потовщені. Інфільтрат локується добре окресленою зоною зниженої ехогенності, а в разі прогресування виникають «бджолині стільники». При УЗД добре візуалізується абсцес і видно зони некрозу. Слід зауважити, що клінічна картина маститу буває менш чіткою і саме такі стерті форми можуть небезпечно маскувати розвиток НРГЗ.

На відміну від маститу, НРГЗ виникає менш стрімко. Перебіг захворювання дещо повільніший, патологічні зміни доступні для візуалізації не через кілька днів, а збільшуються упродовж кількох тижнів, іноді й місяців. У низці випадків зв'язок з попередньою вагітністю та лактацією простежується, але він набагато менш очевидний, ніж при маститах. Також відсутній зв'язок з наявністю будь-яких травматичних ушкоджень ГЗ. Мало виражені чи не виражені зовсім симптоми загальної інтоксикації (озноб, підвищення температури тіла). Дуже рідко шкіра у місці пухлинного набряку червоніє. Залоза меншою мірою напружена і зазвичай не болісна. За площею пухлинний набряк частіше більш поширений, ніж набряк при маститах. Хоча, звісна річ, може бути й навпаки, наприклад, якщо мова йде про поширений флегмонозний мастит порівняно з так званим переходом в набрякову форму РГЗ, коли уражується менш ніж третина ГЗ. Слід зауважити, що в більшості випадків НРГЗ відмічають збільшення регіонарних лімфатичних вузлів. Частка гіперплазії лімфатичних колекторів при НРГЗ перевищує аналогічний при маститах і сягає 90%. Цінність цього критерію зростає, якщо супроводжується діагностичною пункцією.

Інструментальні методики не дають змоги чітко віддиференціювати запальний процес від НРГЗ. На УЗД-зображеннях та мамограмах в обох випадках виявляють потовщення шкіри та підшкірної клітковини, згладження часток ГЗ, однак спостережені зміни при маститах виглядають більш чітко, тоді як при НРГЗ — дещо змазано та розмито.

Гістологічне дослідження (трепан- чи тонкогілковіа біопсія) є найефективнішим методом диференційної діагностики маститу та НРГЗ. Але і його важко назвати бездоганним: у ряді випадків, особливо при істинно набряковій формі РГЗ за відсутності солідного пухлинного утворення украй проблематично отримати діагностично значущу кількість пухлинних клітин. Це потребує виконання повторних пункцій, в тому числі й регіонарних лімфатичних вузлів.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Протягом останніх років ми зіткнулися з 28 випадками пацієнток молодого віку, яких протягом тривалого часу (від одного року і більше) за місцем проживання лікували з при-

воду «запалення» в ГЗ. Майже у всіх випадках спостерігалось шаблонне ставлення до проблеми, відсутність онкологічної настороженості та чіткої послідовності діагностичних заходів. Онкологи до процесу обстеження не залучалися. Все це призвело до маніфестації НРГЗ і значною мірою утруднило лікування цих хворих після звернення у спеціалізований лікувальний заклад. На момент звернення у більшості пацієнок зона набряку збільшилася, у всіх пацієнок були уражені підпахвинні лімфатичні вузли, а у частини — і надключичні. На момент встановлення діагнозу у чотирьох хворих констатували віддалені метастази. Із дослідження ці хворі були виключені, їх лікування проводилося за відповідним протоколом. Усі інші пацієнтки після верифікації діагнозу отримали 6–8 курсів неoad'ювантної поліхіміотерапії (НПХТ) за таксановими (схема ТС) або таксан-антрацикліновими (АС+Т) схемами, причому третині пацієнок внаслідок відсутності ефекту другим етапом ми були змушені призначити неoad'ювантну радіотерапію. Хірургічний етап в обсязі радикальної мастектомії застосовано у 16 пацієнок після НПХТ, у 6 радикальна мастектомія виконана після попередніх НПХТ в комбінації з радіотерапією, а 2 хворих не оперували через прогресування хвороби.

Дані щодо розподілу хворих за віком наведено в табл. 1.

Таблиця 1. Розподіл хворих за віком

Хворі на НРГЗ, що лікувалися з приводу «мастититу»	Вік: 18–28 років	Вік: 29–38 років
24	11	13

За проведенням лікуванням хворі розподілялися таким чином (табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл хворих за отриманими видами лікування в Національному інституті раку

Хворі на НРГЗ, що лікувалися з приводу «мастититу»	Вид лікування			
	НПХТ	НПХТ + операція	НПХТ + опромінення + операція	НПХТ + опромінення
24	24	16	6	2

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За нашими даними, у хворих молодого віку при звільненні у лікуванні хвороба швидко прогресує. І спеціальне протипухлинне лікування, на жаль, не може суттєво вплинути на результати безрецидивної виживаності. Так, через 3 роки після проведеної терапії локорегіонарний рецидив хвороби виявили у 7 (29,2%) пацієнок, а віддалене метастазування — у 5 (20,8%). Таким чином, у 50% хворих відмічено ознаки продовження хвороби на трирічний термін.

Швидке прогресування НРГЗ у пацієнок молодого віку за умови неправильного попереднього лікування зумовлює необхідність чіткої диференційної діагностики із запальними процесами в ГЗ (табл. 3).

ВИСНОВКИ

Таким чином, дуже важливо правильно і вчасно розрізнити НРГЗ та запальні захворювання ГЗ. Це дозволить призначити

Таблиця 3. Диференційна діагностика НРГЗ та маститу

Симптом або ознака захворювання	Мастит	НРГЗ
Початок захворювання	Стрімкий	Повільний
Зв'язок з лактацією	Дуже часто, майже завжди	Іноді
Зона ураження на мамосонограмах	Чітко окреслена	Деяко розмита
Почервоніння шкіри	Майже завжди	Рідко
Підвищення температури тіла	Майже завжди	Дуже рідко
Біль	Майже завжди	Рідко
Покращення на тлі прийому антибіотиків	Так	Ні
Аналіз пунктату (тонкогोलкова або трепан-біопсія)	Елементи запалення	Елементи пухлини
Збільшення регіонарних лімфатичних вузлів	Іноді	Майже завжди
Лейкоцитарні зміни формули крові	Часто	Немає

адекватне лікування і запобігти прогресуванню найнебезпечнішої форми РГЗ, відверне втрати в найбільш активній частині популяції жіночого населення нашої країни. Важливо пам'ятати, що діагностика та лікування хворих на НРГЗ можливі лише в спеціальних закладах за умови тісної співпраці онкохірургів, хіміотерапевтів і радіологів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Cristofanilli M., Boussen H., Baselga J. et al. (2006) A phase II combination study of lapatinib and paclitaxel as a neoadjuvant therapy in patients with newly diagnosed inflammatory breast cancer (IBC). *Breast Cancer Res. Treat.*, 100(1): 5.
2. Liauw S.L., Benda R.K., Morris C.G., Mendenhall N.P. (2004) Inflammatory breast carcinoma: Outcomes with trimodality therapy for nonmetastatic disease. *Cancer*, 100(5): 920–928.
3. Morris D.M. (1983) Mastectomy in the management of patients with inflammatory breast cancer. *J. Surg. Oncol.*, 23(4): 255–258.
4. Оскретков В.И., Кокин Е.Ф. (2001) Хирургическое лечение больных с острым абсцедирующим и флегмонозным лактационным маститом. *Вестник хирургии*, 160(2): 70–76.
5. Білоненко Г.А. (2001) Малоінвазивні втручання під контролем сонографії при гнійному післяпологиному маститі. *Вестник неотложной и восстановительной медицины*, 2(2–3): 144–147.
6. Карпов О.И., Зайцев А.А. (2003) Риск применения лекарственных препаратов при беременности и лактации. СПб.: Издательство «Диля», 352 с.
7. Курприненко Н.В. (2010) Фармакокинетика антимикробных препаратов во время беременности и их действие на плод. *Новости медицины и фармации*, 310: 50–57.

Отечный рак грудной железы и мастит: особенности дифференциальной диагностики

А.А. Ляшенко, О.И. Сидорчук

Национальный институт рака, Киев

Резюме. Достаточно часто, при отсутствии онкологической настороженности, у молодых пациенток с отечным раком грудной железы ошибочно диагностируют и неоправданно лечат «мастит». У молодых молодых возраста при задерживании в лечении болезнь быстро прогрессирует. Специальное противоопухолевое лечение, начатое несвоевременно, не может существенно повлиять на результаты безрецидивной выживаемости. Так, через 3 года после проведенной терапии локорегионарный рецидив болезни выявили у 7 (29,2%) пациенток, а отдаленные метастазы — у 5 (20,8%) больных. Четкое понимание симптомов болезни, тактики диагностических мероприятий является залогом вовремя начатого лечения, увеличения выживаемости, повышения качества жизни больных отечным раком грудной железы.

Ключевые слова: отечный рак грудной железы; мастит; дифференциальная диагностика.

Inflammatory breast cancer and mastitis: features of the differential diagnosis

A.O. Lyashenko, O.I. Sydoruchuk

National Cancer Institute, Kyiv

Summary. Quite often, in the absence of oncological vigilance, young patients with inflammatory breast cancer are diagnosed by mistake and treated with «mastitis». Patients of young age suffer of rapidly progressing disease when treatment is delayed. Special anti-tumor treatment started at a wrong time can not significantly affect the results of relapse-free survival. So, 3 years after the treatment, a loco-regional recurrence of the disease was noted in 7 (29.2%) and distant metastasis in 5 (20.8%) patients. Clear understanding of the symptoms of the disease, tactics of diagnostic measures is the key to the treatment started well-timed, increasing survival, improving the quality of patients life.

Key words: inflammatory breast cancer; mastitis; differential diagnosis.

Адреса:

Ляшенко Андрій Олександрович
Національний інститут раку
03022, Київ, вул. Ломоносова, 33/43
E-mail: artzdoctor@gmail.com

Correspondence:

Lyashenko Andriy
33/43 Lomonosova str., Kyiv 03022
National Cancer Institute
E-mail: artzdoctor@gmail.com