



¹ Московский
областной научно-
исследовательский
клинический институт
им. М.Ф. Владимирского

² Видновская районная
клиническая больница

³ Группа компаний
«Медси»

Аденокистозный рак молочной железы. Описание редкого клинического наблюдения

Е.Р. Еремеева^{1,2}, Г.Р. Сетдикова, д.м.н.¹, В.А. Калядин³,
С.В. Гармаш, к.м.н.¹

Адрес для переписки: Елизавета Романовна Еремеева, eremeevaelizaveta@bk.ru

Для цитирования: Еремеева Е.Р., Сетдикова Г.Р., Калядин В.А., Гармаш С.В. Аденокистозный рак молочной железы. Описание редкого клинического наблюдения. Эффективная фармакотерапия. 2022; 18 (35): 30–32.

DOI 10.33978/2307-3586-2022-18-35-30-32

Аденокистозный рак молочной железы – редкая форма первичного рака молочной железы. В статье представлено описание клинического наблюдения пациентки 42 лет, у которой при маммографии обнаружена опухоль. Выполнена секторальная резекция молочной железы с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием с антителами CK7, p40, CK5/6, calponin, CD117. Выявлен аденокистозный рак молочной железы. Данный гистологический тип карциномы молочной железы встречается крайне редко и требует дальнейшего изучения для определения тактики лечения.

Ключевые слова: аденокистозный рак молочной железы

Введение

Первичный аденокистозный рак (АКР) молочной железы (МЖ) – крайне редкий гистологический тип. По литературным данным, он составляет менее 1% всех злокачественных неоплазий МЖ, а в отечественной литературе описаны единичные случаи [1–3]. Синонимом АКР является термин «цилиндрома», наиболее часто встречающаяся в слюнных железах и бронхах.

Как правило, это опухоли с хорошим прогнозом, редко метастазирующие в регионарные лимфатические узлы [3, 4]. Десятилетняя выживаемость достигает 85–100% [2]. АКР характерен для женщин шестой декады жизни [5]. Дифференциальный диагноз затруднителен как на дооперационном этапе, так и при микроскопическом исследовании. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) и маммографии не имеет специфических признаков и, как правило, имитирует доброкачественные опухоли МЖ, а при гистологическом исследовании, особенно в условиях малого материала, толстоигольные биоптаты необходимо дифференцировать с карциномой *in situ* и кри-

брозной карциномой [6], что практически невозможно без дополнительных методов исследования (иммуногистохимического (ИГХ)) [7].

В связи с редкостью АКР не разработана тактика ведения пациентов, однако в литературе есть рекомендации выполнения секторальной резекции. Роль лучевой и химиотерапии в отношении данной формы рака остается неопределенной [8]. Приводим собственное клиническое наблюдение редкой формы аденокистозного рака молочной железы.

Клинический случай

Пациентка 42 лет обратилась в клинику с жалобами на пальпируемое образование в правой молочной железе. На догоспитальном этапе выполнена маммография. Структура ткани молочной железы неоднородная с преобладанием фиброзно-железистой ткани (АСР-тип), на этом фоне в верхнем наружном квадранте в задней трети определяется дольчатая ткань с полициклическими четкими контурами, зоной просветления вокруг, размером 34,4 × 29 мм. Данная

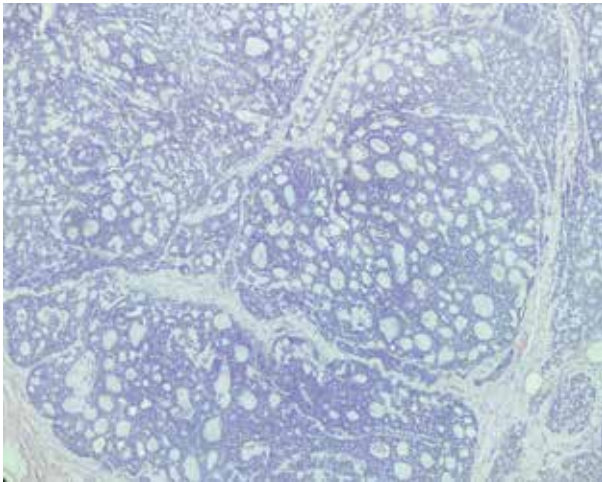


Рис. 1. Аденокистозный рак молочной железы кривозного строения (окрашивание гематоксилином и эозином, увеличение $\times 20$)

рентгенологическая картина интерпретирована как фиброаденома. При УЗИ в верхненаружном квадранте определяется плотный узел 35×20 мм. При цитологическом исследовании атипии не обнаружено. В марте 2021 г. больной выполнена секторальная резекция правой молочной железы.

При макроскопическом исследовании сектора молочной железы 80×65 мм на разрезе определяется плотный узел с четкими краями размером 40×35 мм. При микроскопическом исследовании образование представлено кривозными и тубулярными структурами (рис. 1). При ИГХ-исследовании: в опухолевых комплексах отмечается коэкспрессия миоэпителиальных маркеров, таких как p40, calponin (рис. 2, А), CK5/6 (рис. 2, Б) и эпителиального маркера CK7 (рис. 2, В), отмечается выраженная экспрессия CD117 (рис. 2, Г). При оценке рецепторного статуса в единичных клетках слабая экспрессия эстроген-рецепторов (рис. 3, А) и слабая/умеренная экспрессия прогестерон-рецепторов не более чем в 10% клеток. Отсутствует экспрессия HER2. Индекс пролиферативной активности Ki-67 – 26% (рис. 3, Б). С учетом гистологической и иммуногистохимической картины был выставлен диагноз: аденокистозная карцинома молочной железы, pT2.

Пациентка выписана под наблюдение онколога по месту жительства.

Обсуждение

Аденокистозная карцинома молочной железы – крайне редкая опухоль и часто является гистологической находкой. По данным N. Bhatani и соавт. [9], АКР не имеет рентгенологических и ультразвуковых особенностей и может быть ошибочно принята за доброкачественный процесс, как и в нашем случае. Кальцинаты не свойственны, опухоль представлена солидным гиповаскуля-

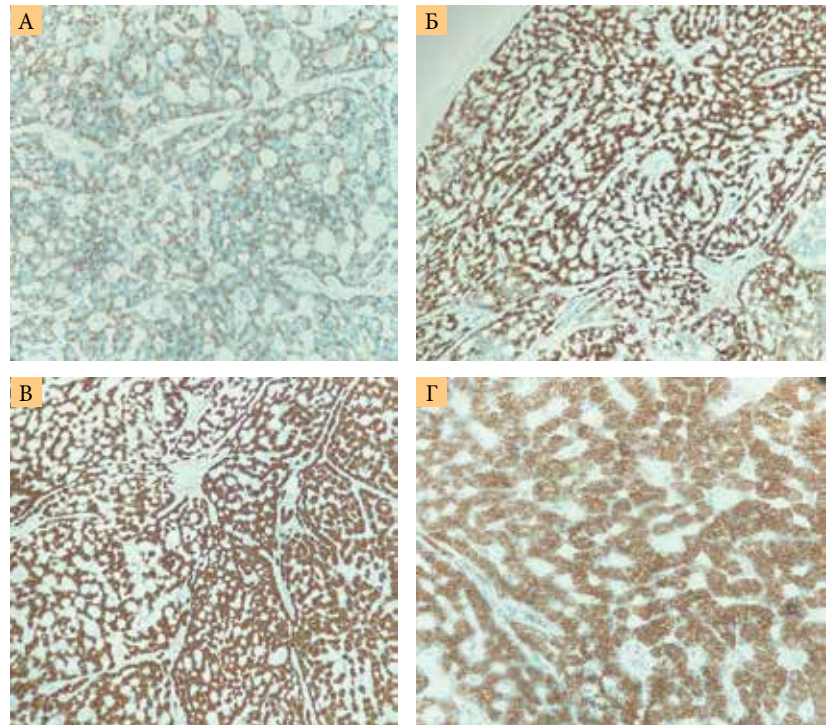


Рис. 2. Экспрессия иммуногистохимических маркеров дифференциального ряда: А – мембранное окрашивание Calponin миоэпителиальных клеток (увеличение $\times 20$); Б – мембранное окрашивание CK5/6 в миоэпителиальном компоненте ($\times 10$); В – мембранное окрашивание CK7 в эпителиальном компоненте ($\times 10$); Г – мембранное окрашивание CD117 опухолевых клеток ($\times 40$)

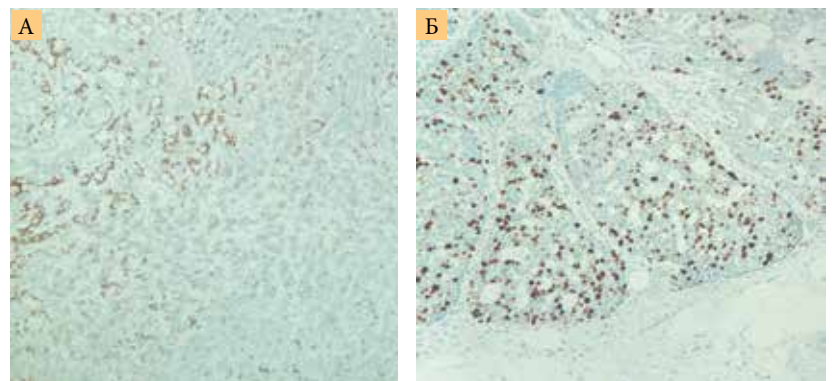


Рис. 3. Экспрессия иммуногистохимических маркеров рака молочной железы: А – ядерное окрашивание рецепторов эстрогена в опухолевых клетках (увеличение $\times 10$); Б – ядерное окрашивание Ki-67 в опухолевых клетках ($\times 20$)

ризованным узлом с неровными краями размером от 10 до 30 мм. Однако описаны случаи, где опухоль была округлой формы с достаточно четким краем. В нашем случае опухоль имела хорошо визуализируемый край, размер же несколько превышал средние значения, описанные в литературе, и составлял 40×35 мм.

По данным С. Marchiò и соавт. [10], гистологически АКР представлен различной архитектурой. Встречаются кривозные и тубулярные, трабекулярные и солидные элементы. В нашем



наблюдении опухоль имела в большинстве своем кривозный и тубулярный характер роста. По данным Т. Vonacho и соавт. [11], опухоль состоит из двух популяций клеток – базальных и эпителиальных. В базальных отмечается позитивная экспрессия миоэпителиальных маркеров (Ck14, Ck17, vimentin, S-100, actin, calponin, p63), в эпителиальном компоненте отмечается позитивная реакция с CK7 и CD117. При ИГХ-исследовании в нашем случае отмечалась также коэкспрессия базальных и миоэпителиальных маркеров в клетках опухоли, обращала на себя внимание выраженная экспрессия CD117, что отличает данный тип опухоли от других разновидностей карцином МЖ. В публикации L. Liu и соавт. [12] представлены данные, что АКР – это тройной

негативный молекулярный тип, однако в 15,4% случаев выявлен люминальный молекулярный тип. В нашем наблюдении была выявлена рассеянная слабая экспрессия люминальных рецепторов менее чем в 10% опухолевых клеток. По литературным данным, локальный рецидив бывает редко (3–18%), метастатическое поражение подмышечных лимфатических узлов встречается менее чем в 2% случаев.

Заключение

АКР – достаточно редкий гистологический тип рака молочной железы с хорошим прогнозом. Но несмотря на это, необходимо дальнейшее изучение данной формы рака для совершенствования протоколов терапии. ☺

Литература

1. Miyai K., Schwartz M.R., Divatia M.K., et al. Adenoid cystic carcinoma of breast: recent advances. World J. Clin. Cases. 2014; 2 (12): 732–741.
2. Ghabach B., Anderson W.F., Curtis R.E., et al. Adenoid cystic carcinoma of the breast in the United States (1977 to 2006): a population-based cohort study. Breast Cancer Res. 2010; 12 (4): R54.
3. Brunnicardi F.C., Andersen D.K., Billiar T.R., et al. Schwartz Principles of Surgery. New York: McGraw Hill, 2015; 556.
4. Arpino G., Clark G.M., Mohsin S., et al. Adenoid cystic carcinoma of the breast: molecular markers, treatment, and clinical outcome. Cancer. 2002; 94 (8): 2119–2127.
5. Cadoo K.A., McArdle O., O'Shea A.-M., et al. Management of unusual histological types of breast cancer. Oncologist. 2012; 17 (9): 1135–1145.
6. Kallel R., Bahri Z.I., Gouiaa N., et al. Adenoid cystic carcinoma of the breast. Cancer Radiother. 2009; 13 (4): 323–328.
7. Treitl D., Radkani P., Rizer M., et al. Adenoid cystic carcinoma of the breast, 20 years of experience in a single center with review of literature. Breast Cancer. 2018; 25 (1): 28–33.
8. Amari L.E., Raiss H., Layachi M., et al. Breast adenoid cystic carcinoma: a rare case report and review of the literature. Gulf J. Oncol. 2017; 1 (24): 66–69.
9. Bhutani N., Kajal P., Singla S., et al. Adenoid cystic carcinoma of the breast: experience at a tertiary care centre of Northern India. Int. J. Surg. Case Rep. 2018; 51: 204–209.
10. Marchiò C., Weigelt B., Reis-Filho J.S. Adenoid cystic carcinomas of the breast and salivary glands (or 'The strange case of Dr Jekyll and Mr Hyde' of exocrine gland carcinomas). J. Clin. Pathol. 2010; 63 (3): 220–228.
11. Bonacho T., Rodrigues F., Liberal J. Immunohistochemistry for diagnosis and prognosis of breast cancer: a review. Biotech. Histochem. 2020; 95 (2): 71–91.
12. Liu L., Lin X., Xiang H., et al. Adenoid cystic carcinoma of the breast: a study of five cases. J. Radiol. Case Reports. 2020; 14 (11): 16–25.

Adenocystic Breast Cancer. A Rare Clinical Case

E.R. Eremeeva^{1,2}, G.R. Setdikova, PhD¹, V.A. Kalyadin³, S.V. Garmash, PhD¹

¹ Moscow Regional Research and Clinical Institute

² Vidnoye District Clinical Hospital

³ MEDSI

Contact person: Elizaveta R. Eremeeva, eremeevaelizaveta@bk.ru

Adenocystic breast cancer is a rare form of primary breast cancer. This article describes the clinical observation of a 42-year-old patient who had a tumor detected during mammography. A sectoral resection of the breast was performed, followed by histological and immunohistochemical examination with antibodies CK7, p40, CK5/6, calponin, CD117. Adenocystic breast cancer was detected. This histological type of breast carcinoma is extremely rare and requires further study to determine treatment tactics.

Key words: adenoid cystic carcinoma of the breast