

10. Foster RS Jr. *The biologic and clinical significance of lymphatic metastases in breast cancer. Surg Oncol Clin N Am.*;5:79–104, 2019.
11. Veronesi U, Paganelli G, Viale G, et al. *Sentinel Lymph Node Biopsy and Axillary Dissection in Breast Cancer: Results in a Large Series. J Natl Cancer Inst.* 2019;91:368–73.
12. Botnariuc N. Factorii de pronostic în tratamentul cancerului glandei mamare în stadiul I. *Teză de doctor în științe medicale.* 2010; 112.
13. Chiaburu S. *Particularitățile de diagnostic, tratament și pronostic ale carcinomului neinvaziv al glandei mamare. Teză de doctor în științe medicale.* 2011; 123.
14. Sofroni L. *Cancerul glandei mamare- maladia întregii civilizații. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei.* 2018; 2-3(59-60): 132-137.
15. Chiaburu S. *Apresiasi tacticii de tratament intraoperator al carcinomului neinvaziv mamar în dependent de datele clinice, imagistice și morfologice. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei.* 2013; 4(40): 73-76.
16. American Cancer Society. *Breast Cancer.* Disponibil la: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer> [accesat la 11.06.2020]

CZU: 618.19-006.5-07-08

<https://doi.org/10.52692/1857-0011.2021.2-70.28>

CHISTADENOPAPILOAMELE INTRADUCTALE A GLANDELOR MAMARE: DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

¹Diana DANILOV, studentă, Medicina Generală, gr. 1534,

coautori ¹Veronica ȘVET, asistent universitar,

^{1,2}Ion MEREUȚĂ, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

¹Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Oncologie,

²Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie

e-mail: veronicashvet@gmail.com

Rezumat.

Aproximativ una din două femei prezintă simptome de existență a unei formațiuni la nivelul sânilor. Conform diferitor date, frecvența depistării patologiilor benigne a glandei mamare este mult mai sporită comparativ cu frecvența adresării femeilor la medic cu aceste patologii. Tumorile benigne ale glandei mamare se caracterizează printr-o creșterea lentă, expansivă (comprimă țesutul vecin), sunt bine incapsulate, majoritatea sunt rezultatul unor modificări hormonale (hiperestrogenemia, hiperprolactinemia), după excizie recidivează rar, nu invadează țesuturile locale și nu metastazează în alte organe. Tratamentul de bază este chirurgical – excizia formațiunilor din sân. Recidivele apar rar, nu invadează țesuturile adiacente și nu metastazează în alte organe [6, 8, 9].

Cuvinte-cheie: chistadenopapiloame, tumoare, glandă mamară, patologie.

Резюме. Внутрисекторные цистаденопапилломы молочных желез: диагностика и лечение.

Примерно каждая вторая женщина имеет симптомы образования груди. По разным данным, частота выявления доброкачественных патологий молочной железы намного выше, чем частота обращения к врачу женщин с этими патологиями. Доброкачественные опухоли молочной железы характеризуются медленным, обширным ростом (сдавливает соседнюю ткань), хорошо инкапсулированы, в большинстве своем являются результатом гормональных изменений (гиперэстрогемия, гиперпролактинемия), после иссечения редко рецидивируют, не поражают местные ткани, не метастазируют в другие органы. Основное лечение – операция – удаление образований груди. Рецидивы возникают редко, не поражают соседние ткани и не дают метастазов в другие органы.

Ключевые слова: цистаденопапиллом, опухоль, молочная железа, патология.

Summary. Intraductal cystadenopapillomas of the mammary glands: diagnosis and treatment.

About one in two women has symptoms of breast formation. According to various data, the frequency of detection of benign pathologies of the mammary gland is much higher compared to the frequency of referring women to the doctor

with these pathologies. Benign tumors of the mammary gland are characterized by a slow, expansive growth (compresses the neighboring tissue), are well encapsulated, most are the result of hormonal changes (hyperestrogenemia, hyperprolactinemia), after excision rarely recur, do not invade local tissues and do not metastasize to others. organs. The basic treatment is surgery – excision of the breast formations. Recurrences rarely occur, do not invade adjacent tissues and do not metastasize to other organs.

Key-words: cystadenopapillum, tumor, mammary gland, pathology.

Introducere. Conform statisticilor, fiecare a zecea femeie suferă de chistadenopapilomul glandei mamare. O tumoare benignă care arată ca o mică creștere papilară care se dezvoltă din epitelii și crește în lumenul ductului mamar. Chistadenopapilomul intraductal poate să se dezvolte la orice vârstă. Atât la fetele tinere, cât și la femeile de vârstă matură în perioada menopauzei și postmenopauză.

În mamografie, frecvența de detectare a chistadenopapiloamelor este de aproximativ 10% din numărul total de boli de sân. Chistadenopapiloamele intraductale la rândul său pot fi divizate în simple și multiple, cele din urmă fiind mai frecvent cu risc de malignitate [5, 8, 10].

Chistadenopapilomul intraductal a glandei mamare este o proliferare unilaterală a epitelului ductului glandei mamare sub formă de papile, de origine benignă. Cel mai des, chistadenopapilomul intraductal a glandei mamare este localizată în apropierea mamelonului (la o adâncime de cel puțin cinci centimetri) și are aspectul unei suprafețe care nu depășește 2 cm a suprafeței interioare a ductului. Creșterile epiteliale multiple în ducturile glandelor mamare sunt considerate a fi potențial periculoase din cauza posibilei malignități [1, 12].

Chistadenopapilomul intraductal a glandei mamare se caracterizează prin acumularea unui lichid

cu formarea unui fluid care poate fi de la lifatic – de culoare galbenă, transparentă până la sângeros, care intră în ducturi excretorii și apoi este eliberat din mamelon [3, 6].

În grupul de procese benigne de tumori, chistadenopapilomul intraductal alcătuiește doar 10% din numărul total de maladii benigne. Cel mai frecvent, este înregistrată în 35-55 de ani și poate fi diagnosticată la femeile fără patologie concomitentă. Lipsa nașterii și fumatul sporesc riscul dezvoltării chistadenopapilomului intraductal în glanda mamară [2, 15].

Acestea se pot dezvolta la orice vârstă – de la pubertate până la postmenopauză. Frecvența de detectare a chistadenopapiloamelor în mamografie este de aproximativ 10% din numărul total de maladii tumorale benigne ale sânului. Din punct de vedere macroscopic, chistadenopapilomul intraductal al glandei mamare seamănă cu o masă chistică cu lichid în interior care poate avea aspect continut și culoare diferită [9, 10, 13]. Hemoragiile și necroza sunt posibile în zona tumorii, multiple papiloame intraductale ale glandei mamare sunt adesea maligne [14].

Etiologia chistadenopapiloamelor intraductale nu este pe deplin cunoscută, însă mulți experți consideră că dezechilibrul hormonal și influența virusului papilomavirus uman (HPV) sunt unii din principalii

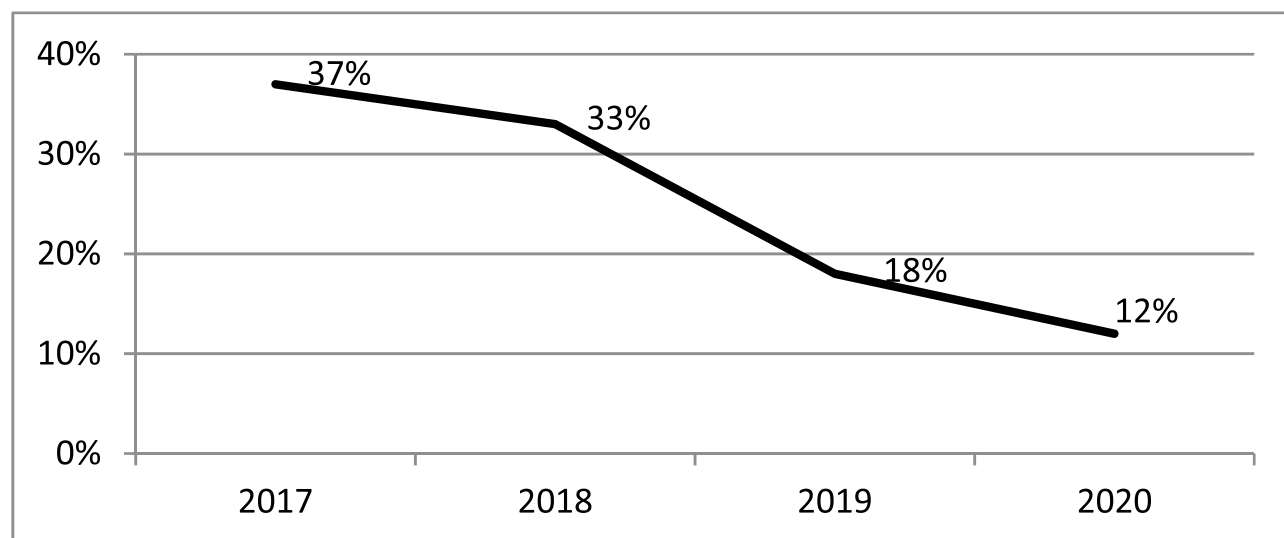


Figura 1. Ponderea pacienților cu chistadenopapiloame ale glandelor mamare (2017-2020), %

factori declanșatori. Glandele mamare ale tuturor femeilor au o structură identică. Acestea constau în țesut glandular, care este înconjurat de țesut adipos. În acest caz, țesutul mamar este împărțit în segmente mai mici -lobi separați de țesut conjunctiv. Fiecare lob este împărțit în lobuli mici care conțin alveole necesare pentru producerea laptelui matern. Alveolele și ducturile sunt căptușite în interior cu un strat epitelial. Din celulele epiteliale se formează creșteri papilare situate în interiorul conductelor. Acestea sunt situate pe fibre fibroase prin care trec vasele de sanguine [7, 9].

Chistadenopapiloamele intraductale palpator sunt destul de dense, cu limite clare, iar la compresia acestuia se elimină lichid din mamelon. În formațiunile papilare cu leziuni, există zone cu afectare a circulației sanguine, iar prin ducturile excretoare ale mamelonului pot fi secretate sânge. Adesea, papilele formează zone cu necroză, care pot să se malignizeze în timp [10, 11, 13].

Cele mai frecvente cauze de dezvoltare a chistadenopapiloamelor intraductale, descrise de Tran H.Z și coautorii sunt: Trauma psihică cronică; Trauma fizică a glandei mamare; Factorul genetic – prezența cancerului la organele hormonodependente la rudele de sânge, îndeosebi pe linia mamei; Patologia organelor endocrine (patologia hipofizei, hipertensiunea intracraniană, hipotiroidia, dereglările funcției ovarelor, a suprarenalelor, diabetul zaharat (DZ), HTA etc.) sau a organismelor participante în metabolismul hormonilor (patologia hepatică, renală etc.); Toți factorii care determină hiperestrogenemia și hiperprolactinemia, alte tipuri de dereglări hormonale, precum și imunodepresia; Întreruperea sarcinii (avorturile); Factorii modului de viață: alimentarea incorectă, întrebuițarea cantităților mari de grăsimi de origine animală, abuzul de alcool, fumatul; Factorii profesionali și ecologici: lucrul în câmpul de radiație și contactul cu pesticide, erbicide; Consecințele mastitelor [18].

Chistadenopapilomul intraductal poate duce la cancer de sân, astfel încât cei care au fost diagnosticați cu un chistadenopapilom intraductal al glandei mamare necesită doar tratament chirurgical. O parte din țesutul afectat poate fi îndepărtat în timpul unei biopsii, care este o alternativă minim invazivă de intervenție chirurgicală. Dacă după aceea mai apar eliminările din mamelon, este necesară intervenția chirurgicală în volum de rezecție sectorală a glandei mamare [17]. Rezecția sectorală nu duce la deformarea sânelui, iar metodele moderne de manipulare chirurgicală pe piept își pot menține forma și dimensiunea corespunzătoare și pot evita complicațiile cicatriciale

ulterioare. Dacă chistadenopapilomul prezintă semne de proces malign, glanda mamară afectată trebuie excizată [13, 18].

Material și metode. A fost efectuat o analiză retrospectivă-descriptivă a fișelor de observație clinică, fișe de ambulator, rezultatele examenelor histopatologice, a 54 de paciente cu cancer al glandei mamare care au suportat tratament chirurgical în volum de Rezecție sectorală a glandei mamare în perioada anilor 2017-2020, care au fost realizate în secțiile Mamologie 1 și 2 din cadrul Institutului Oncologic din Republica Moldova.

Rezultate și discuții. În perioada anilor 2017-2020 a fost determinat 54 de paciente cu Chistadenopapiloame intraductale ale glandelor mamare, cu tratament chirurgical realizat în cadrul Institutului Oncologic. Cele mai multe paciente cu chistadenopapiloame au fost determinate în anul 2017 și a alcătuit 19 (37%), și în descreșterea anul 2018 a alcătuit 17 (33%), anul 2019 10 (18%), și cel mai puține cazuri în anul 2020 6 (12%) (*Figura 1*).

Cele mai multe paciente au fost tratate în secția Mamologia nr.1 – 35 (64%) și respectiv secția Mamologia 2 în număr de 19 (35,1%).

Pacientele din studiu au fost supuse examenului clinic, imagistic și de confirmare. Pacientele din studiu 54 (100%) au realizat examenului fizic la care s-au determinat eliminări din mamelon de culoare maronie și transparentă, ultrasonografia și mamografia – unde s-a determinat dimensiunea tumorii, localizarea tumorii, starea ganglionilor limfatici regionali. Din metodele de confirmare, examenul citologic a fost efectuat la 54 (100%) paciente cu CGM, iar la 42 (77,7%) diagnosticul a fost stabilit după rezecția sectorală a glandei mamare cu histologie de urgență/după parafină.

Pacientele la care s-a confirmat diagnosticul de Chistadenopapilom intraductal al glandei mamare s-a realizat în 54 (100%) cazuri tratament chirurgical în volum de rezecție sectorală cu histologie urgentă. Recidivele după tratamentul chirurgical a fost determinat doar la 3 (5,5%) paciente.

Concluzii

Chistadenopapiloamele intraductale ale glandelor mamare au o frecvență mică după număr, astfel s-a determinat că în perioada de studiu 2017-2020 a alcătuit 54 paciente, care au fost supuse tratamentului chirurgical în secția Mamologia 1 și 2 din cadrul IMSP Institutul Oncologic. Cele mai multe paciente cu chistadenopapiloame au fost determinate în anul 2017 și a alcătuit 19 (37%), iar cele mai puține cazuri în anul 2020 – 6 (12%). Diagnosticul de Chistadenopapilom intraductal al glandei mamare necesită doar tratament chirurgical.

papilom a fost stabilit în baza examenului cito/histologic inclusiv după intervenție chirurgicală în volum de rezecție sectorială a glandelor mamare cu histologie urgentă/după parafină. Unica metodă de trata-

ment a fost efectuată Rezecția sectorială, cu protecția anesteziei generale. Rata recidivelor după tratamentul chirurgical a fost determinat la 3 (5,5%) paciente în decurs de 4 ani de studiu.

Bibliografie

1. Высоцкая И.В., Летагин В.П. *Доброкачественные заболевания молочных желез*. М.:СИМК, 2015, с. 32-67. ISBN: 599860363X.
2. Swapp RE., Glazebrook KN., Jones KN., Brandts HM., Reynolds C., Visscher DW, et al. *Management of benign intraductal solitary papilloma diagnosed on core needle biopsy*. *Ann Surg Oncol*. 2015, 20(6):1900-5. PMID: 23314624. doi: 10.1245/s10434-012-2846-9
3. Yi W., Xu F., Zou Q., Tang Z. *Completely removing solitary intraductal papillomas using the Mammotome system guided by ultrasonography is feasible and safe*. *World J Surg*. 2016, 37(11):2613-7. PMID: 23942535. doi: 10.1007/s00268-013-2178-3.
4. Hawley JR., Lawther H., Erdal BS., Yildiz VO., Carkaci S. *Outcomes of benign breast papillomas diagnosed at image-guided vacuum-assisted core needle biopsy*. 2015, 39: 576-581. PMID: 25691147. doi: 10.1016/j.clinimag.2015.01.017.
5. Nakhlis F., Ahmadiyeh N., Lester S., Raza S., Lotfi P., Golshan M. *Papilloma on core biopsy: excision vs. observation*. *Ann Surg Oncol*. 2015, PMID: 25361885. doi: 10.1245/s10434-014-4091-x.
6. Yamaguchi R., Tanaka M., Tse GM., Yamaguchi M., Terasaki H., Hirai Y., et al. *Management of breast papillary lesions diagnosed in ultrasound-guided vacuum-assisted and core needle biopsies*. *Histopathology*. 2015, 66(4):565-76. PMID: 25040190. doi: 10.1111/his.12477
7. De Vries., Walter AW., Vrouenraets BC. *Intraductal Papilloma of the Male Breast*. *J Surg Case Rep*. 2019, doi: 10.29289/2594539420190000448.
8. Rizzo M., M.J. Lund., G. Oprea., M. Sch-niederjan., W. Wood., M. Mosunjac *Surgical follow-up and clinical presentation of 142 breast papillary lesions diagnosed by ultrasound-guided core-needle biopsy*. *Ann Surg Oncol*. 2015, pp. 1040-1047. PMID: 18204989. doi: 10.1245/s10434-007-9780-2.
9. Chang JM., Han W., Moon WK., Cho N., Noh DY., Park IA et al. *Papillary lesions initially diagnosed at ultrasound-guided vacuum-assisted breast biopsy: Rate of malignancy based on subsequent surgical excision*. *Ann Surg Oncol*. 2018, 18: 2506-2514. PMID: 21369740. doi: 10.1245/s10434-011-1617-3.
10. Renshaw AA., Derhagopian RP., Tizol-Blanco DM., Gould EW. *Papillomas and atypical papillomas in breast core needle biopsy specimens: risk of carcinoma in subsequent excision*. *Am J Clin Pathol*. 2018, 122(2):217-21. PMID: 15323138. doi: 10.1309/K1BN-JXET-EY3H-06UL.
11. Lewis JT., Hartmann LC., Vierkant RA., Maloney SD., Shane Pankratz V., Allers TM., et al. *An analysis of breast cancer risk in women with single, multiple, and atypical papilloma*. *Am J Surg Pathol*. 2015, 30(6):665-72. PMID: 16723843. doi: 10.1097/00000478-200606000-00001.
12. Shamonki J., Chung A., Huynh KT., Sim MS., Kinnaird M., Giuliano A. *Management of papillary lesions of the breast: Can larger core needle biopsy samples identify patients who may avoid surgical excision?* *Ann Surg Oncol*. 2016, 20: 4137-4144. PMID: 23943035. doi: 10.1245/s10434-013-3191-3.
13. Tatarian T., Sokas C., Rufail M., Lazar M., Malhotra S., Palazzo JP et al. *Intraductal Papilloma with Benign Pathology on Breast Core Biopsy: To Excise or Not?* *Ann Surg Oncol*. 2016, 23(8): 2501-2507. PMID: 26960929. doi: 10.1245/s10434-016-5182-7.
14. Tran HT., Mursleen A., Mirpour S., Ghanem O., Farha MJ. *Papillary Breast Lesions: Association with Malignancy and Upgrade Rates on Surgical Excision*. *Am Surg*. 2017, 83(11): 1294-1297. PMID: 29183534.
15. Jaffer S., Bleiweiss IJ., Nagi C. *Incidental intraductal papillomas (<2 mm) of the breast diagnosed on needle core biopsy do not need to be excised*. *Breast J*. 2015, 19: 130-133. PMID: 23336823. doi: 10.1111/tbj.12073.
16. Jung SY., Kang HS., Kwon Y., Min SY., Kim EA., Ko KL et al. *Risk factors for malignancy in benign papillomas of the breast on core needle biopsy*. *World J Surg*. 2016, 34: 261-265. PMID: 19997916. doi: 10.1007/s00268-009-0313-y.
17. Zografos GC., Zagouri F., Sergeantanis TN., Nonni A., Michalopoulos NV., Kontogianni P et al. *Diagnosing papillary lesions using vacuum-assisted breast biopsy: should conservative or surgical management follow?* *Onkologie*. 2016, 31: 653-656. PMID: 19060502. doi: 10.1159/000165053.
18. Yang Y, Fan Z, Liu Y, He Y, Ouyang T. *Is Surgical Excision Necessary in Breast Papillomas 10 mm or Smaller at Core Biopsy*. *Oncol Res Treat*. 2018, 41(1-2): 29-34. ISSN: 2296-5270.