

Ανασκόπηση

Ινοκυστική μαστοπάθεια Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Αθ. Παπαδόπουλος
Τρ. Τσαλίκης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την ινοκυστική μαστοπάθεια, τη συχνότερη καλοήγη νόσο των μαστού σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και σπανιότερα στο στάδιο της εμμηνόπαυσης. Επιπρόσθετα, παρουσιάζονται οι σύγχρονες απόψεις σχετικά με το εάν πρόκειται για μία προκαρκινωματώδη νόσο, ενώ δίδεται έμφαση στην έγκυρη διάγνωση της και ιδιαίτερα στη διαφοροδιάγνωση της από το καρκίνο του μαστού.

Όροι ευρετηρίου: Ινοκυστική μαστοπάθεια, αναπαραγωγική ηλικία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ινοκυστική μαστοπάθεια αποτελεί την πιο συχνή καλοήγη νόσο του μαστού, ενώ η ονοματολογία της δεν είναι απόλυτα καθορισμένη με αποτέλεσμα να αναφέρεται ως κυστική μαστοπάθεια, κυστική υπερπλασία, δυσπλασία του μαστού, αδενοκυστική νόσος ή λοβιώδης υπερπλασία. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην αγγλοσαξωνική βιβλιογραφία η πάθηση αναφέρεται ως FCC (FibroCystic breast Condition). Ο όρος της χρόνιας κυστικής μαστίτιδας πρέπει να αποφεύγεται να χρησιμοποιείται διότι δεν πρόκειται για φλεγμονώδη εξεργασία ενώ, σε κάποιες περιπτώσεις δεν συναντάται σχηματισμός κύστεων.

Η ποικιλομορφία των ιστοπαθολογοανατομικών αλλοιώσεων που χαρακτηρίζουν τη νόσο, οι οποίες εμφανίζονται κατά ομάδες ή και εξελικτικά δυσχεραίνουν τον καθορισμό του κατάλληλου όρου στην περιγραφή της πάθησης¹.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η νόσος εμφανίζεται σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας άνω των 20 ετών με ιδιαίτερη συχνότητα στην ηλικιακή ομάδα των 30 έως 50 ετών, ενώ είναι σπάνια ή με ασυμπτωματική πορεία στο στάδιο της εμμηνόπαυσης. Τόσο οι ηλικιακές ομάδες που συναντάται η πάθηση όσο και η εμφάνιση εντονότερης εκδήλωσης των φυσιολογικών κυκλικών μεταβολών του μαστού κατά τη διάρκεια του εμμηνορυσιακού κύκλου των γυναικών αποτελούν ενδείξεις ότι η ινοκυστική μαστοπάθεια οφείλεται σε ορμονική διαταραχή και πιο συγκεκριμένα σε υπερπαραγωγή των οιστρογονικών ορμονών.

Η εκδήλωση της νόσου συνήθως εκδηλώνεται αμφοτερόπλευρα με κύρια εντόπιση στο άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού^{2,3}.

Α' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική
Α.Π.Θ., Γ.Ν. «Παπαγεωργίου»
Θεσσαλονίκη

Αλληλογραφία:
Αθανάσιος Ε. Παπαδόπουλος
Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου»
Περιφερειακή οδός, Ν. Ευκαρπία
546 03, Θεσσαλονίκη
Τηλ. : 6944 794949
Email: athrap.obgyn@gmail.com
Κατατέθηκε: 10/1/09
Εγκρίθηκε: 1/3/09

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η κλινική εικόνα εμφανίζεται με τοπικό άλγος ή ευαισθησία στην περιοχή, ενώ σε πολλές περιπτώσεις αποτελεί τυχαίο εύρημα ανεύρεσης κυστικού μορφώματος ή μάζας κατά την ψηλάφηση. Η εκδήλωση του άλγους και της ευαισθησίας αφορά στις τελευταίες ημέρες πριν την έναρξη της έμμηνου ρύσης με αποτέλεσμα την αύξηση του μεγέθους της μάζας. Κατά την ψηλάφηση οι μαστοί εμφανίζουν ευαισθησία σε περισσότερα του ενός σημεία χωρίς όμως να απαντάται στον ίδιο βαθμό και στους δύο μαστούς. Επίσης, ανευρίσκονται πολλαπλές μάζες ή όζοι οι οποίοι δεν αφορίζονται σαφώς από το παρέγχυμα. Τις περισσότερες φορές πρόκειται για κύστεις στις οποίες δεν παρατηρείται σημείο κλυδασιμού λόγω του ότι δεν βρίσκονται υπό τάση. Σε ποσοστό 15% εμφανίζεται εκροή υγρού από τη θηλή του μαστού, συνήθως διαυγές και σπανιότερα αιματηρό^{3,4,5}.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Όσον αφορά στα ιστολογικά ευρήματα της ινοκυστικής μαστοπάθειας παρατηρείται μεγάλος αριθμός διαταραχών της αρχιτεκτονικής του παρεγχύματος με αποτέλεσμα την ύπαρξη αντιθέσεων σε σειρά παθολογοανατομικών πορισμάτων για την ταυτοποίηση των ιστολογικών χαρακτηριστικών της νόσου.

Τα κυριότερα και πιο συχνά ευρήματα είναι: η αδενική υπερπλασία των εκφορητικών πόρων, η ύπαρξη σχηματισμού μικρού συνήθως μεγέθους κύστεων που δύναται να αυξήσουν το μέγεθος τους, οι θηλώδεις κυστικοί σχηματισμοί, η αποκρινής μεταπλασία, η ινώδης υπερπλασία του υποστρώματος, η λεμφοκυτταρική διήθηση και τέλος η σκληρυντική αδένωση η οποία αποτελεί σπάνια μορφή ινοκυστικής νόσου με κύρια χαρακτηριστικά την ιδιαίτερα αυξημένη ανάπτυξη ινώδους συνδετικού ιστού με εμφάνιση κυρίως σε νεότερης ηλικίας άτομα, ενώ παρουσιάζεται με την κλινική εικόνα μονήρη ή πολλαπλών όγκων σκληρής σύστασης.

Σε κάποιες περιπτώσεις, η ιστολογική εξέταση συγχέεται με το σίρρο καρκίνου του μαστού αλλά η απουσία μιτώσεων, το ομαλό περίγραμμα των πυρήνων και η παρουσία μικρών συμπιεσμένων κυστικών διαστημάτων μεταξύ των κυττάρων αποτελούν χρήσιμα διαφοροδιαγνωστικά σημεία⁹.

ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΕΞΕΛΛΑΓΗΣ

Η ινοκυστική μαστοπάθεια έχει ενοχοποιηθεί ως προκαρκινωματώδης νόσος. Μετά από σειρά ετών παρακολούθησης γυναικών με διάφορες αλλοιώσεις μαστοπάθειας έχει ανευρεθεί συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού σε ποσοστό από 3 έως 5 φορές μεγαλύτερη από το γενικό πληθυσμό. Παρόλα αυτά πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι ο κίνδυνος κακοήθους εξελλαγής συναντάται σε ορισμένες μόνο αλλοιώσεις

του παρεγχύματος του μαστού, ενώ στο σύνολο της η ινοκυστική μαστοπάθεια δεν αποτελεί παράγοντα κινδύνου. Οι υπερπλαστικές και οι ιδιαίτερα μεγάλου μεγέθους κύστεις αποτελούν τις αλλοιώσεις εκείνες που ενοχοποιούνται ως προκαρκινωματώδες στάδιο^{7,9,11}.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η αντιμετώπιση της νόσου έγκειται κυρίως στη διαφορική διάγνωση της από το καρκίνωμα που επιτυγχάνεται με την κλινική εξέταση και το ιστορικό της ασθενούς. Το τοπικό άλγος, οι αυξομειώσεις του μεγέθους του μαστού και η εντόπιση πολλαπλών εστιών, όπως επίσης τα ευρήματα της μαστογραφίας που καταδεικνύουν την ύπαρξη ομοιογενούς σκίασης με σαφή όρια χωρίς ελασβετώσεις, ελαχιστοποιούν την πιθανότητα κακοήθειας και συνηγορούν σχεδόν με βεβαιότητα ότι πρόκειται για κύστη που μπορεί να εκκενωθεί με απλή παρακέντηση^{6,8,10,12}. Συνήθως το υγρό της κύστης είναι καφεπράσινο, γκριζό ή μαύρου χρώματος. Στις περιπτώσεις που το αναρροφηθέν υγρό είναι αιματηρό ή όταν μετά την εκκένωση του κυστικού μορφώματος παραμένει ψηλαφητή μάζα ή σε υποτροπιάζουσες κύστεις, επιβάλλεται η λήψη βιοψίας και ο περαιτέρω έλεγχος. Συνιστάται η βιοψία να πραγματοποιείται με ταχεία εξέταση, ενώ προτείνεται ότι η ασθενής πρέπει να είναι προετοιμασμένη για τυχόν θετική απάντηση που κατά συνέπεια θα την οδηγήσει σε χειρουργική αντιμετώπιση. Κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης η εκτομή πρέπει να περιορίζεται μόνο στις περιοχές εκείνες που ανευρίσκονται αλλοιώσεις, ενώ αντίθετα η απλή μαστεκτομή και η εκτεταμένη χειρουργική αφαίρεση αντενδείκνυται^{2,3}.

Τέλος, η συντηρητική αγωγή όσον αφορά στο τοπικό άλγος περιλαμβάνει την αποφυγή τραυματισμών και τη χρησιμοποίηση στηρικτικού στηθόδεσμου έτσι ώστε να συγκρατείται ο μαστός κατά προτίμηση και καθ' όλη τη διάρκεια της νύκτας. Έχει αναφερθεί ότι σε ποσοστό των ασθενών παρατηρήθηκε βελτίωση των συμπτωμάτων με την ελάττωση της κατανάλωσης λιπαρών τροφών και καφεΐνης χωρίς πάντως να έχει αποδειχθεί σαφής συσχέτιση μεταξύ διατροφικών συνηθειών και πάθησης. Η χορήγηση ορμονοθεραπείας δεν έχει επιφέρει επιθυμητά αποτελέσματα, ενώ παράλληλα εμφανίζει σειρά ανεπιθύμητων ενεργειών³.

Summary

Papadopoulos Ath, Tsalikis Tr.

Fibrocystic breast disease: Literature review

Helen Obstet Gynecol 21(2):135-137, 2009

The present study represents a literature review regarding the fibrocystic breast disease, the most common breast disease in women during the reproductive age. Additionally, current trends about the biological behavior of

the disease are discussed with respect the malignancy risk and the differential diagnosis from breast malignancy.

Key-words: *Fibrocystic breast disease, reproductive age.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Anderson BO, Lawton TJ, Lehman CD, Moe RE. Phyllodes tumors. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK, eds. *Diseases of the Breast*. 3rd ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2004:991-1006.
2. Brennin DR. Management of the palpable breast mass. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK, eds. *Diseases of the Breast*, 3rd ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2004:33-46.
3. Guray, M, Sahin. Benign Breast Diseases: Classification, Diagnosis, and Management. *Oncologist*. 2006; 11;435-449.
4. Hartmann LC, Sellers TA, Frost MH, et al. Benign breast disease and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*. 2005; 353:229-237.
5. Lewis JT, Hartmann LC, Vierkant RA, et al. An analysis of breast cancer risk in women with single, multiple, and atypical papilloma. *Am J Surg Pathol*. 2006 Jun;30(6):665-72.
6. Pisano ED, Gatsonis C, Hendrick E, et al. Diagnostic performance of digital versus film mammography for breast-cancer screening. *N Engl J Med*. 2005; 353:1773-1783.
7. Santen RJ, Mansel R. Benign breast disorders. *N Engl J Med*. 2005; 353:275-285.
8. Saslow D, Boetes C, Burke W, et al for the American Cancer Society Breast Cancer Advisory Group. American Cancer Society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. *CA Cancer J Clin*. 2007; 57:75-89. [Free full text article available at: <http://caonline.amcancersoc.org/cgi/content/full/57/2/75>]. Accessed July 29, 2008.
9. Schnitt SJ, Connolly JL. Pathology of benign breast disorders. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow M, Osborne CK, eds. *Diseases of the Breast*. 3rd ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2004:77-99.
10. Scott BG, Silberfein EJ, Pham HQ, et al. Rate of malignancies in breast abscesses and argument for ultrasound drainage. *Am J Surg*. 2006 Dec; 192(6):869-72.
11. Smith RA, Saslow D, Sawyer KA, et al. American Cancer Society guidelines for breast cancer screening: Update 2003. *CA Cancer J Clin*. 2003; 53:141-169.
12. Homer M.J. Analysis of patients undergoing breast biopsy: The role of mammography. *JAMA* 1980; 243:677.