

## Opis przypadku guza mezenchymalnego w piersi

Katarzyna Wardzyńska, Ewa Wesołowska, Joanna Barańska

*Granular cell tumor jest guzem mezenchymalnym. Jest to zmiana, która występując w piersi, w badaniach obrazowych, mammografii i usg może upodabniać się do klasycznej postaci raka piersi - guzka spikularnego. W oparciu o piśmiennictwo poddano dyskusji aspekty kliniczne, radiologiczne i patologiczne tego typu guza.*

### Granular cell tumor of the breast – case report

*We report a case of granular cell tumor of the breast presenting as a spiculated lesion mimicking carcinoma on mammography and ultrasonography. The clinical characteristics and the radiological and pathologic features are discussed and relevant literature is reviewed.*

**Słowa kluczowe:** nowotwór, pierś, guz mezenchymalny, guz ziarnistokomórkowy

**Key words:** breast neoplasm, granular cell tumor

### Wprowadzenie

*Granular cell tumor* – GCT (guz ziarnistokomórkowy) jest guzem mezenchymalnym, pochodzącym z tkanki nerwowej. Zmiana ta po raz pierwszy została opisana w 1926 roku przez Abrikossov [1]. Jest to zmiana łagodna, która w badaniach obrazowych piersi może mieć cechy raka.

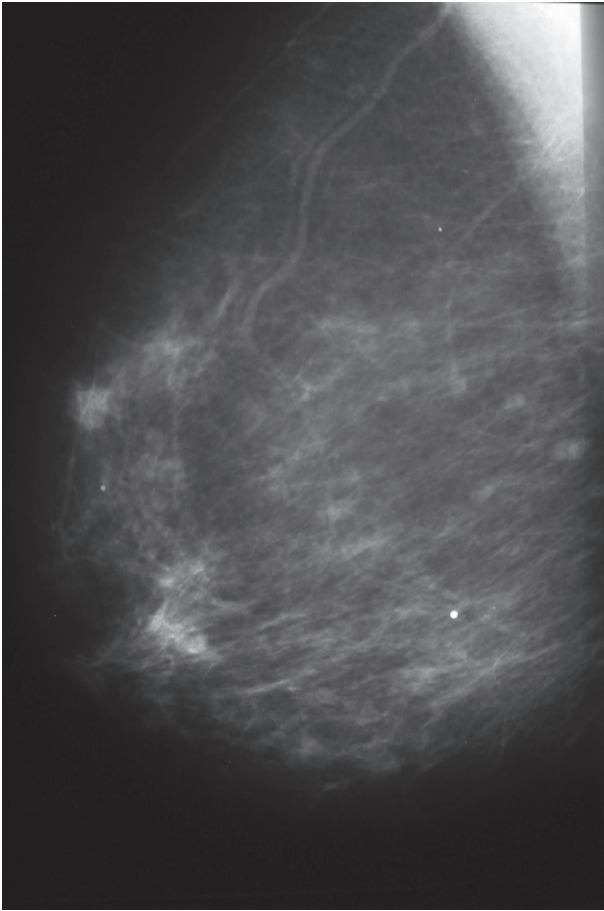
### Opis przypadku

Pacjentka w wieku 66 lat została skierowana na konsultację onkologiczną z powodu nieprawidłowego wyniku badania mammograficznego, wykonanego w ramach programu przesiewowego raka piersi. Badanie kliniczne było prawidłowe, nie wykryto zmian palpacyjnych w obu piersiach, węzły pachowe nie były powiększone. W badaniu mammograficznym, w piersi prawej w kwadrancie górno-zewnętrznym wykryto zmianę o charakterze guzka spikularnego o średnicy 11 mm. W badaniu USG stwierdzono guzek źle odgraniczony, hipoechogeniczny z obecnym cieniem akustycznym. W obu badaniach obrazowych zmianę zakwalifikowano do kategorii BI RADS 5 (zmiana o wysokim prawdopodobieństwie złośliwości). Wykonano biopsję cienkoigłową pod kontrolą USG. Na podstawie pobranego materiału opisano matwicę tłuszczową. Z powodu niezgodności wyniku badania cytologicznego i badań obrazowych zmianę zakwalifikowano

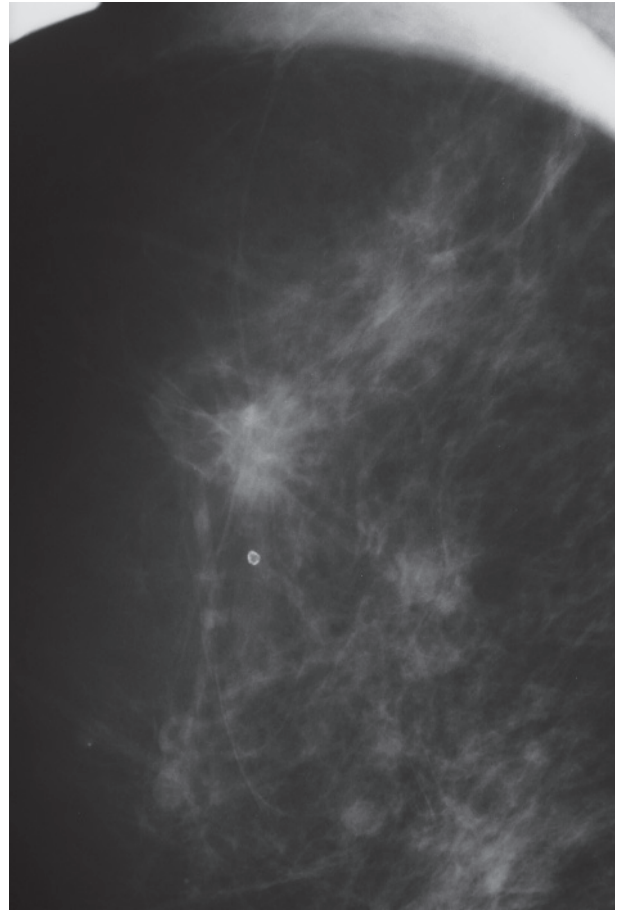
do biopsji chirurgicznej. Lokalizacja zmiany wykonana była pod kontrolą USG. Na podstawie badania histopatologicznego rozpoznano *granular cell tumor*. Ocena receptorów estrogenowych, progesteronowych, HER2 i odczyn na cytokeratynę były ujemne. Odczyn immunohistochemiczny S-100 protein i barwienie cytoplazmy PAS były dodatnie, co potwierdziło rozpoznanie *granular cell tumor*. Kontrolne badanie mammograficzne po 9 miesiącach wykazało zmiany bliznowate po tumorektomii. Zmian podejrzanych o typie wznowy nie wykryto.

### Dyskusja

*Granular cell tumor* jest zwykle łagodnym guzem pochodzenia nerwowego, wywodzącym się z komórek Schwanna, chociaż są doniesienia o złośliwych przypadkach tego guza [2]. GCT może pojawić się w różnych miejscach ciała, stosunkowo rzadko występuje w piersi, około 5% przypadków. Na tysiąc przypadków raka przypada przeciętnie jeden przypadek GCT [3]. GCT zlokalizowany w piersi występuje u kobiet w wieku 30–50 lat, najczęściej dotyczy górno-wewnętrznego kwadrantu piersi. Lokalizacja ta związana jest z unerwieniem skóry w tym obszarze przez nerw nadobojczykowy [4]. W badaniu klinicznym, w badaniach obrazowych (mammografii i USG) oraz w badaniu histopatologicznym GCT upodabnia się do raka piersi. GCT może nie dawać żadnych objawów klinicznych, tak jak to miało miejsce w prezentowanym przypadku. Częściej jednak jest guzkiem wyczuwalnym palpacyjnie, twardym, nieruchomym i bolesnym. Skóra nad zmianą może być wciągnięta [3].



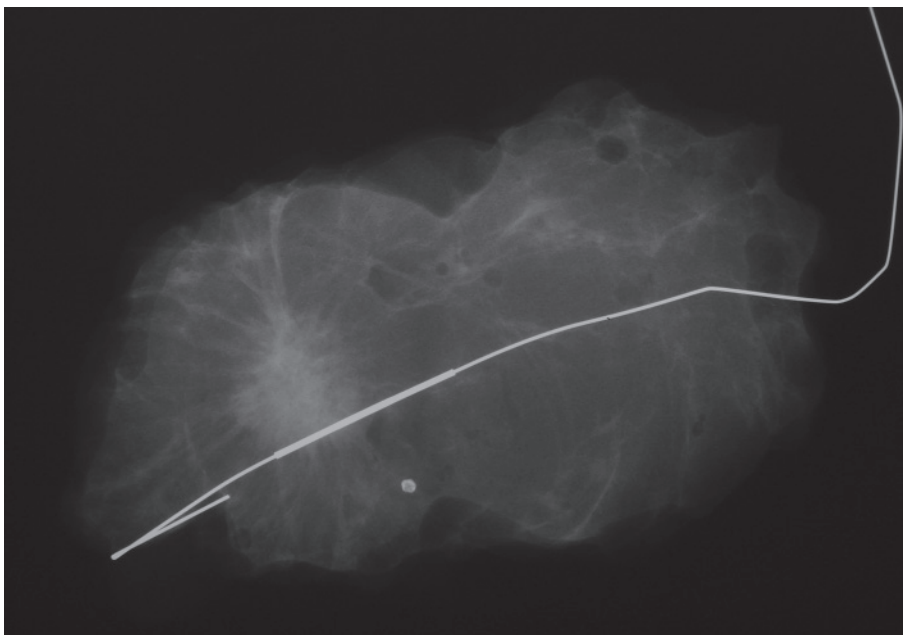
**Ryc. 1.** Zdjęcie mammograficzne w projekcji MLO piersi prawej. W kwadrancie górnym-zewnętrznym widoczny jest guzek spikularny



**Ryc. 2.** Zdjęcie mammograficzne celowane, powiększone piersi prawej, guzek spikularny widoczny w powiększeniu

GCT w piersi można podzielić na guzki leżące w stożku gruczołowym lub guzki podskórne, nie mające kontaktu z tkanką gruczołową [5, 6]. GCT występujące w stożku gruczołowym są spotykane bardzo rzadko.

Ten rodzaj GCT w badaniach obrazowych ma cechy raka: guzek spikularny w badaniu mammograficznym (BIRADS 5) i guzek źle odgraniczony, jednorodnie hipoechogeniczny z cieniem akustycznym w badaniu USG.



**Ryc. 3.** Zdjęcie rentgenowskie preparatu po biopsji chirurgicznej z widocznym guzkiem spikularnym oznaczonym kotwicą lokalizacyjną

GCT występujące podskórnice częściej są wykrywane w badaniu klinicznym, a w badaniu USG mają częściej charakter guzków dobrze odgraniczonych, zorientowanych podłużnie do powierzchni skóry, owalnych, hiperechogenicznych lub o niejednorodnej echogeniczności, związanej z większą zawartością tkanki tłuszczowej [5-7].

W badaniu histopatologicznym GCT też przypomina raka. Obraz histologiczny jest identyczny w różnej lokalizacji narządowej. Charakteryzuje się naciekającym typem wzrostu, nawet w zmianach, które makroskopowo wydają się być dobrze odgraniczone. Guz ten zbudowany jest z litych gniazd, grup lub sznurów komórek, zawierających obfitą, ziarnistą, eozynochłonną cytoplazmę, która ma odczyn dodatni w barwieniu PAS.

Diagnostyka różnicowa obejmuje raka piersi (typ apokrynowy), nowotwór przerzutowy, zmianę histiocytarną i martwicę tłuszczową.

Dodatnia reakcja immunohistochemiczna S-100 protein potwierdza diagnozę *granular cell tumor*. Brak dodatniego odczynu na cytokeratynę oraz negatywne receptory estrogenowe, progesteronowe i HER2 wykluczają raka piersi.

Kliniczny przebieg GCT po całkowitym usunięciu chirurgicznym jest pomyślny. W rzadkich przypadkach, przy niedoszczętnym usunięciu zmiany, może dojść do wznowy miejscowej.

Ze względu na brak charakterystycznych cech w badaniu klinicznym i badaniach obrazowych odróżniających GCT od raka piersi niezbędna jest weryfikacja chirurgiczna każdej takiej zmiany wraz z oceną histologiczną, z jednoczesnym uwzględnieniem oceny receptorów oraz reakcji immunohistochemicznej S-100 protein i odczynu na cytokeratynę.

**Lek. Katarzyna Wardzińska**

Samodzielna Pracownia Mammografii  
Przesiewowej i Diagnostycznej  
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie  
ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa  
katarzyna.wardzinska@wp.pl

9. Ventura L, Guadagni S, Ventura T i wsp. Benign granular cell tumor of the breast: a misleading disease. *Tumori* 1999; 85: 194-98.
10. Adebawale A, Al-Ahmadi H, Mahoney MC i wsp. Granular Cell Tumor of the Breast: A series of 17 Cases and Review of the Literature. *The Breast Journal* 2004; 6: 528-531.

Otrzymano: 11 lutego 2008 r.

Przyjęto do druku: 20 marca 2008 r.

## Piśmiennictwo

1. Abrikossov A. Uber Myome. Ausgehend von der quergestreiften, willkürlichen Muskulatur. *Virchows Arch Pathol Anat* 1926; 260: 215-33.
2. Chetty R, Kalan MR. Malignant granular cell tumor of the breast. *J Surg Oncol* 1992; 49: 135-37.
3. Ilvan S, Ustundang N, Clay Z i wsp. Benign granular cell tumor of the breast. *Can J Surg* 2005; 48: 155-6.
4. Tobin CE, Hendrix TM, Geyer SJ i wsp. Breast imaging case of the day. *Radiographics* 1996; 16: 983-5.
5. Lack EE, Worsham GF, Callihan MD i wsp. Granular cell tumor: a clinicopathologic study of 110 patients. *J Surg Oncol* 1980; 13: 301-16.
6. Vignal PH. Tumeur a cellule granulaire du sein: correlation anatomoechographique. *Imagerie de la Femme* 2006; 16: 127-30.
7. Kittner T, Aust D, Illmer T. Granular cell tumor of the breast – a rare differential diagnosis of breast carcinoma. *Röntgenpraxis* 1995; 48: 185-6.
8. Klasyfikacja histologiczna guzów sutka Światowej Organizacji Zdrowia (WHO).