

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАКА ДОБАВОЧНОЙ ДОЛЬКИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**А. Зикиряходжаев**, доктор медицинских наук,  
**Н. Аблицова**, кандидат медицинских наук,  
**И. Широких**,  
**А. Ермаков**, кандидат медицинских наук  
МНИОИ им. П.А. Герцена, Москва  
**E-mail:** Shirokikh-irina1@yandex.ru

*Наличие добавочных долек молочных желез (ДДМЖ) – довольно редкая аномалия. Патологические процессы в ДДМЖ встречаются в 2–6% случаев, а частота рака – 0,2–0,3% от общей его частоты. Клиническая и дифференциальная диагностика рака ДДМЖ довольно сложна. Представленное клиническое наблюдение интресно как с диагностической, так и с лечебной точки зрения.*

**Ключевые слова:** онкология, добавочные дольки, молочные железы, рак добавочной доли, молочные линии.

Ткань молочной железы (МЖ), расположенная в период гистогенеза вне молочной линии, традиционно описывается как аберрантная, или добавочная доля МЖ (ДДМЖ). Такие участки ткани, по сути дела, являются дивертикулами, которые развиваются в эмбриональный период, а затем теряют связь с нормально расположенной МЖ.

Впервые ДДМЖ описал в 1872 г. Harting [1] у 30-летней женщины в области левой большой половой губы. С тех пор описывались разные варианты данной аномалии как источника развития доброкачественных и злокачественных новообразований.

В норме развитие МЖ происходит на 6-й неделе внутриутробного развития. Сначала от подмышечной впадины до паховой области на вентролатеральных стенках тела образуются 2 молочные линии, а затем в результате их утолщения и разрастания в виде тяжей, распространяющихся в подлежащую соединительную ткань, – МЖ. В течение 3-го и 4-го месяцев внутриутробного развития эти тяжи растут и создают выстилку главных протоков, а группы клеток, расположенные на их концах, образуют в дальнейшем мелкие протоки и концевые секреторные отделы [3]. Если не происходит нормальной инволюции молочного гребня, вдоль молочной линии формируются добавочные МЖ. Следует отметить, что протоковая система добавочных долек не так хорошо организована, как в нормальной или добавочной МЖ, протоки не собираются в соске или другом центральном участке.

В литературе описаны случаи ДДМЖ разной локализации – от подмышечной до паховой области. Гораздо реже ДДМЖ встречаются вдали от молочных линий – в областях лица, шеи, верхних конечностей, средней части спины, наружных половых органов, ягодиц и бедер [4–6, 10, 11, 17].

Клиническая и дифференциальная диагностика ДДМЖ представляет значительные трудности. Добавочная ткань МЖ может подвергаться физиологическим изменениям и гормональным влияниям. С наибольшей долей вероятности об

эктопически расположенной ткани МЖ свидетельствуют следующие клинические признаки: часто – двусторонняя локализация; размеры 3–5 см в диаметре; отчетливая связь пальпируемого образования с фазой менструального цикла [2].

Рентгенологически ДДМЖ выглядят как добавочные округлые тени, редко связанные с нормально расположенной МЖ. Для дифференциальной диагностики ДДМЖ с другими образованиями можно использовать УЗИ с последующей пункционной биопсией.

Патологические процессы в ДДМЖ отмечаются в 2–6% случаев [10]. Рак МЖ (РМЖ) встречается в ДДМЖ в 6% случаев [8, 14, 19]. Частота возникновения РМЖ в ДДМЖ – 0,2–0,3% от общей его частоты [9]. Случаи аутосомно-доминантного наследования данной патологии встречаются редко [13]. Рак ДДМЖ следует дифференцировать с избытком жировой ткани в подмышечной области, липомой, лимфаденом, лимфомой, гидраденитом. В основном встречается рак ДДМЖ подмышечной локализации (от 55 до 65% наблюдений), из которых до 79% случаев – инфильтративный протоковый рак, 9,5% – медуллярный и дольковый [2, 16]. Описаны единичные сообщения о раке Педжета и папиллярном раке [6].

Таким образом, используя данные клинической картины, клинико-инструментальных обследований, результаты биопсии, можно поставить окончательный диагноз рака ДДМЖ и выработать необходимую тактику лечения.

### Приводим клиническое наблюдение.

*В отделении реконструктивно-пластической хирургии молочной железы и кожи Московского научно-исследовательского онкологического института (МНИОИ) им. П.А. Герцена с 30.01.15 по 13.02.15 находилась пациентка Б., 35 лет, с клиническим диагнозом: рак ДД левой МЖ III стадии, T4vN2M0; трижды негативный тип с базальноклеточным фенотипом; состояние после селективной артериальной химиоинфузии доксорубицином в ноябре 2014 г.; состояние после 1 курса полихимиотерапии (ПХТ) в декабре 2014 г.*

*Женщина считала себя больной с июля 2014 г., когда самостоятельно обнаружила образование в левой подмышечной области; связала это с травмой во время физических упражнений, к врачу не обращалась. В августе 2014 г. появилась краснота в виде полоски по передней подмышечной области, которая постепенно распространилась в подмышечную область; одновременно увеличился отек. В октябре 2014 г. самостоятельно обратилась в поликлинику МНИОИ им А.П. Герцена для обследования и лечения (рис. 1); был поставлен диагноз: рак левой МЖ T<sub>4</sub>N<sub>2</sub>M<sub>0</sub>; метастазы (mts) в подмышечные лимфатические узлы слева с угрозой распада.*



Рис. 1. Пациентка до лечения, октябрь 2014 г.

06.11.14 предпринята попытка уменьшения образования в левой подмышечной области; селективная внутриартериальная (устье левой грудоспинальной артерии) химиоинфузия (доксорубицин – 90 мг) – рис. 2. Отмечена незначительная положительная динамика. Тактика лечения повторно обсуждена на консилиуме; с учетом возраста пациентки и распространенности опухолевого процесса рекомендована системная ПХТ. В декабре 2014 г. проведен 1 курс ПХТ (таксаны с платиной) с отрицательной динамикой в виде увеличения образования и возникновения свища (рис. 3). 30.01.15 была госпитализирована в МНИОИ им. П.А. Герцена для хирургического лечения по витальным показаниям (рис. 4).

Из анамнеза: наследственность не отягощена, беременностей не было.



Рис. 2. Пациентка в декабре 2014 г. после внутриартериальной химиоинфузии



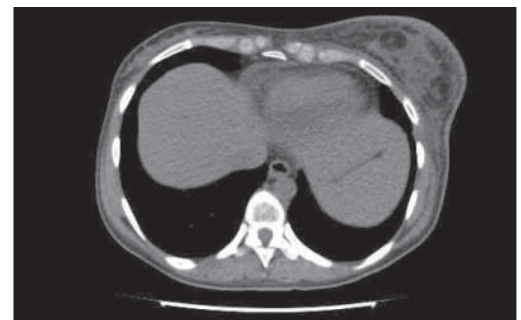
Рис. 3. Пациентка на момент поступления для хирургического лечения; состояние после 1 курса ПХТ (доцетаксел + карбоплатин), январь 2015 г.



Рис. 4. Пациентка на момент осмотра при поступлении



Рис. 5. КТ-снимки органов грудной полости



**Status localis:** МЖ средних размеров, симметричные, патологических выделений из сосков нет. Кожа левой МЖ в центральных отделах отечная, гиперемирована. При пальпации четкие узловые образования не определяются. В левой подмышечной области – образование до 15 см, ограничено, подвижное. Кожные покровы в левой подмышечной области синюшны, гиперемированы от среднеключичной линии до задней подмышечной области. Справа при пальпации четких узловых образований не выявлено. Надключичные и подключичные лимфатические узлы слева не увеличены (см. рис. 4).

**Специальное обследование**

1. УЗИ МЖ, регионарных зон, брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза (исследование накануне менструации и гормональной терапии) от 10.10.15. При исследовании МЖ на фоне диффузных фиброзных изменений справа и выраженного отека (кожа – до 11 мм) слева очаговой патологии не выявлено. В левой подмышечной области – образование с неровными четкими контурами гипозоженной неоднородной структуры с кистозными полостями до 2–3 см с усиленным кровотоком, размерами 84×90×82 мм (биопсия). В подмышечной области справа определяются лимфатические узлы слабогипозоженной структуры (не менее 5) размером до 18×9 мм, гипозоженный ободок до 4 мм. В подключичных областях слева визуализируются лимфатические узлы гипозоженной структуры размером 18×16 мм (пунктированы) и не менее 3 – до 5×6 мм. При исследовании надключичных, парастернальных областей, печени, поджелудочной железы, парааортальных и паракавадных областей, по ходу подвздошных сосудов очаговой патологии не выявлено. Матка, яичники – без особенностей. Заключение: эхо-картина объемного образования левой подмышечной области? Заболевание из добавочной долики слева? картина мтс в лимфатические узлы левой подключичной области; гиперплазированные лимфатические узлы правой подмышечной области; отек левой МЖ.

2. Компьютерная томография (КТ) органов грудной полости от 15.10.15. Заключение: опухолевый конгломерат левой аксиллярной области (вероятнее всего, мтс); мтс в аксиллярные, подмышечные лимфатические узлы; лимфаденопатия правой аксиллярной области; возможно, гиперплазия – УЗИ; уплотнение структуры в центральных отделах левой МЖ с утолщением кожи; возможно, первичное поражение (рис. 5).

3. Сцинтиграфия костей скелета – без вторичных очаговых изменений.



**Рис. 6.** Пациентка в 1-е сутки после операции



**Рис. 7.** Пациентка через 12 мес после хирургического лечения

4. При клинко-рентгеносонографическом обследовании МЖ от 17.10.15 – отек левой МЖ в виде тяжистой перестройки структуры; кожа утолщена до 1,0 см в центральном отделе левой МЖ, в верхне-наружном квадранте; ближе к опухолевому конгломерату – образование 0,7×0,5 см с четкими ровными контурами – эхографическая картина более всего соответствует внутриорганному мтс/мтс в интрамаммарный лимфатический узел (?), а не первичному очагу. В других отделах обеих МЖ видимых патологических образований нет. Биопсия данного образования: ткань лимфатического узла с мтс низкодифференцированного аденогенного рака, возможно, МЖ.

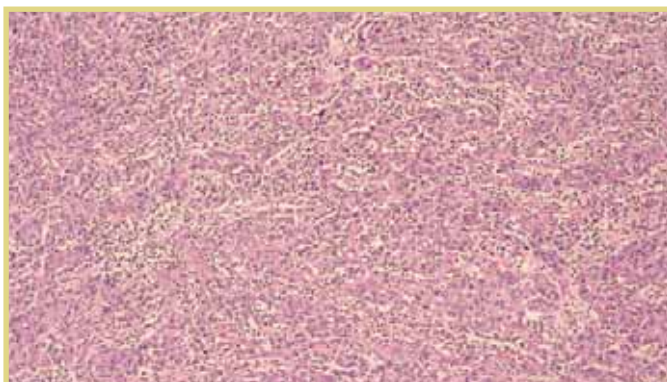
**Лечение**

04.02.15 – радикальная мастэктомия слева с закрытием дефекта местными тканями и пластикой подмышечной области композитно-мышечным трансплантатом (рис. 6, 7).

**Операционное гистологическое заключение:** по результатам гистологического и иммуногистохимического (ИГХ) исследований, опухоль является инфильтративным раком ДДМЖ неспецифического типа без признаков лечебного патоморфоза (G3), triple-negative, базальный тип (рис. 8).

13.02.15 пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

В дальнейшем тактика лечения обсуждалась на консилиуме с участием хирурга, радиолога, химиотерапевта; рекомендованы ПХТ по прежней схеме (таксаны с платиной), лучевая терапия на подмышечную область слева.



**Рис. 8.** Микроскопическая картина препарата; окраска гематоксилином и эозином (×100)

Срок наблюдения составил 12 мес. В настоящее время рецидив и мтс отсутствуют.

Описанный клинический случай представляет интерес в связи с редкостью и трудностями клинической и дифференциальной диагностики рака ДДМЖ.

Так как первичный РМЖ часто распространяется в аксиллярную область, его трудно отдифференцировать от рака ДДМЖ. Поставить точный диагноз рака ДДМЖ в таких случаях важно потому, что это дает дополнительную информацию для определения тактики лечения. В нашем клиническом случае в самой ткани МЖ не было выявлено никаких патологических новообразований. Таким образом, для постановки диагноза в первую очередь следовало исключить РМЖ с поражением подмышечных лимфатических узлов, оккультный РМЖ, лимфому. Для окончательной постановки диагноза должны быть проведены гистологическое и ИГХ-исследование. Следует отметить, что рак ДДМЖ может быть похож на метастатически измененный лимфатический узел. Этот факт должен насторожить патологоанатомов, проводящих морфологическое исследование препарата, и указать на необходимость полного и тщательного исследования подмышечных лимфатических узлов [12].

В качестве метода хирургического лечения нами, как и многими авторами, была выбрана радикальная мастэктомия, которая предполагает широкое иссечение опухоли с окружающими тканями и региональную лимфодиссекцию [15]. Если используются менее радикальные методы, показано тщательное динамическое наблюдение для своевременного выявления рецидива. В послеоперационном периоде, как и при лечении РМЖ, рекомендованы химиотерапия, лучевая терапия, гормонотерапия в зависимости от ИГХ-статуса опухоли.

Прогнозировать течение рака ДДМЖ сложно в связи с редкостью подобных случаев и отсутствием последующих данных об этих пациентках. Кроме того, трудно гистологически отдифференцировать рак ДДМЖ от РМЖ [18]. Некоторые авторы считают, что добавочная ткань МЖ более склонна к злокачественным изменениям, чем нормальная [15]. Другие исследователи сообщают, что рак ДДМЖ может метастазировать в региональные лимфатические узлы гораздо чаще и быстрее, нежели РМЖ [7, 19].

Несмотря на то, что рак ДДМЖ встречается очень редко, для его диагностики, как правило, применяются те же методы, что и при обычном РМЖ. Тем не менее рак такой локализации нелегко обнаружить, если нет очевидной клинической симптоматики. Для выработки тактики дальнейшего лечения пациентки с дополнительными тканями МЖ подлежат тщательному обследованию и диагностике.

## Литература

1. Сарибекян Э.К., Ефанов В.В., Широких И.М. и др. Добавочные молочные железы. Случай из клинической практики // Исследования и практика в медицине. – 2015; 2 (4): 77–81.
2. Скотников В.И., Хазов П.Д. К дифференциальной диагностике липом и добавочных долек молочных желез в подмышечной области // Вестн. хирургии. – 1981; 4: 121–3.
3. Филиппова Е.М., Щеголев А.И., Дубова Е.А. и др. Добавочная молочная железа и ее поражения / М.: ФГУ Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий, 2008.
4. Camisa C. Accessory breast on the posterior thigh of a man // J. Am. Acad. Dermatol. – 1980; 3: 467–9.
5. Chang-Park M., Giampoli E., Emery J. Mucinoses Adenocarcinoma of the vulva // Arch. Pathol. Lab. Med. – 2002; 126: 1216–8.
6. Caceres M., Shih J. et al. Metaplastic carcinoma in an ectopic breast // South Med. J. – 2002; 95: 23–4.
7. Deaver J., McFarland J. The Breast: its anomalies, its diseases and their treatment / Philadelphia: P. Blakiston's Sons & Co, 1917; p. 79.
8. Evans D., Guyton D. Carcinoma of the axillary breast // J. Surg. Oncol. – 1995; 59: 190–5.
9. Ganaraj A., Petric J. Diagnosis and treatment arising in ectopic breast tissue // Contemporary Surg. – 2002; 58: 566–70.
10. Grossl N. Supernumerary breast tissue: historical perspectives and clinical features // South Med. J. – 2000; 93: 29–32.
11. Hanson E., Segovia J. Dorsal supernumerary breast. Case report // Plast. Reconstr Surg. – 1978; 61: 441–5.
12. Hao Jin-Yan, Yang Cui-cui, Liu Fang-Fang. Accessory Breast Cancer Occurring Concurrently with Bilateral Primary Invasive Breast Carcinomas: A Report of Two Cases and Literature Review // Cancer Biol. Med. – 2012; 9 (3): 197–201.
13. Loukas M., Clarke P., Tubbs R. Accessory breasts: a historical and current perspective // Am. Surg. – 2007; 73: 525–8.
14. Marshall M., Moynihan J., Frost A. et al. Ectopic breast cancer: case report and literature review // Surg. Oncol. – 1994; 3: 295–304.
15. Nakao A., Saito S., Inoue F., et al. Ectopic breast cancer: a case report and review of the Japanese literature // Anticancer Res. – 1998; 18: 3737–40.
16. Routiot T., Marchal C., Verhaeghe J. et al. Breast carcinoma located in ectopic breast tissue: a case report and review of the literature // Oncol. Rep. – 1998; 5: 413–7.
17. Roorda A., Hansen J., Rider J. et al. Rider Ectopic breast cancer: special treatment considerations in the postmenopausal patient // Breast J. – 2002; 8: 286–9.
18. Speert H. Supernumerary mammae with special reference to the rhesus monkey // The Quart Rev. Biol. – 1942; 17: 59–68.
19. Yerra L., Karnad A., Votaw M. Primary breast cancer in aberrant breast tissue in the axilla // South Med. J. – 1997; 90: 661–2.

### CLINICAL FEATURES OF ACCESSORY BREAST CARCINOMA

**A. Zikiryakhodzaev, MD; N. Ablitsova, Candidate of Medical Sciences; I. Shirokikh; A. Ermakov, Candidate of Medical Sciences**  
P.A. Herzen Moscow Oncology Research Institute, Moscow

*The accessory breast (AB) is a rather rare anomaly. Pathological processes in the AB occur in 2–6% of cases, and the rate of its carcinoma is 0.2–0.3% of its total rates. The clinical and differential diagnosis of AB carcinoma is quite complex. The described clinical case is interesting from both the diagnostic and therapeutic points of view.*

**Key words:** oncology, accessory breast, breasts, accessory breast carcinoma, milk ridges.