

La Papillomatosi giovanile (PJ) della mammella



Ann. Ital. Chir., LXXIV, 1, 2003

**P. Noccioli, S. Grossi, A. D'Aulerio,
S. Tavoletta, G. Imbriglio, E. Cianchetti**

U.O. di Senologia Chirurgica del Dipartimento di Scienze
Chirurgiche Sperimentali e Cliniche dell'Università
"G. d'Annunzio" di Chieti
P.O. "G. Bernabeo" di Ortona

Case report

Una giovane donna di 19 aa, in condizioni generali buone, è giunta nel 1996 presso l'U.O. di Senologia Chirurgica del Dipartimento di Scienze Chirurgiche Sperimentali e Cliniche dell'Università "G. D'Annunzio" di Chieti, dislocata presso il P.O. "G. Bernabeo" di Ortona con una formazione nodulare nel QII della mammella sn. associata a gemizio siero-ematico dal capezzolo omolaterale. Vi è storia familiare di cancro della mammella: la nonna paterna è deceduta per K mammario a 60 aa. (I dati pubblicati in letteratura indicano che il 25-58% delle pazienti con PJ offrono una storia familiare di Ca mammario, con madre e zie le più probabili ad esserne affette) [9].

Ha avuto la prima mestruazione a 13 aa e queste sono proseguite regolarmente. All'esame obiettivo pesava 55 Kg, ed era alta 1.75 cm. Una massa mobile ed elastica di circa 2-3 cm di diametro che al tatto si presentava con una parte cistica e una parte solida e nodulare, era presente tra i quadranti interni della mammella sn.

È stato effettuato esame citologico del gemizio siero-ematico che ha evidenziato cellule del sangue, materiale amorfo di fondo ed alcune cellule schiumose ed FNAB del nodulo presente nel QI sn, che ha evidenziato: emazie, cellule schiumose, cellule da metaplasia apocrina e clusters di cellule epiteliali a disposizione simil papillare senza atipie nucleari.

Abstract

THE JUVENILE PAPILLOMATOSIS OF THE BREAST

The PJ, introduced by Rosen in the 1980, is a benign and localized mammary lesion in female under 30 years old. The most important clinical and histological features are:

- *Diagnosis in juvenile age*
- *A mass clinically localized*
- *A nodule with histologic features of cyst, benigne hyperplasia of ductal epithelium and galactophorus ducts dilatation (Swiss cheese disease).*

There is a correlation between patients with PJ and breast cancer there is an increment of breast cancer in families of patients with PJ.

There is an increment of the risk to develop a K in situ in patients with PJ and apocrine metaplasia and/or adenomatosis and/or atypical mastoplasia. We describe the diffuse PJ in a girl of 23 years old from the 1996 to 2002.

Key words: Breast cancer, papillomatosis juvenile, Papilloma intraductal surgery.

Il quadro citologico era quindi suggestivo di processo papillomatoso.

La paziente ha inoltre eseguito esame mammografico, che ha rilevato una proiezione nel QSE di una formazione discretamente radiopaca, a contorni abbastanza netti, ovaliforme, misurante di 2 cm. circa lungo l'asse maggiore e, completato da una galattografia della mammella sn (Fig. 1 e Fig. 2) che, dopo aver introdotto il mezzo di contrasto nel dotto secernente (quadrante Supero-interno), ha fatto rilevare una discreta dilatazione dello stesso che, a livello delle diramazioni secondarie presenta un grossolano difetto di riempimento da riferire, verosimilmente a "papilloma".

Si è proceduto quindi tramite un'incisione periareolare a duttoforectomia e biopsia a cuneo escissionale in anestesia generale, che ha permesso di repertare dotti dilatati dalla regione retroareolare verso il QII dove vi era un dotto in cui si apprezzava una formazione endoluminale di 2 cm circa.

Il reperto istologico ha rilevato che la neoformazione osservata era costituita da proliferazione all'interno di strutture duttali lattifere ectasiche. La proliferazione ave-

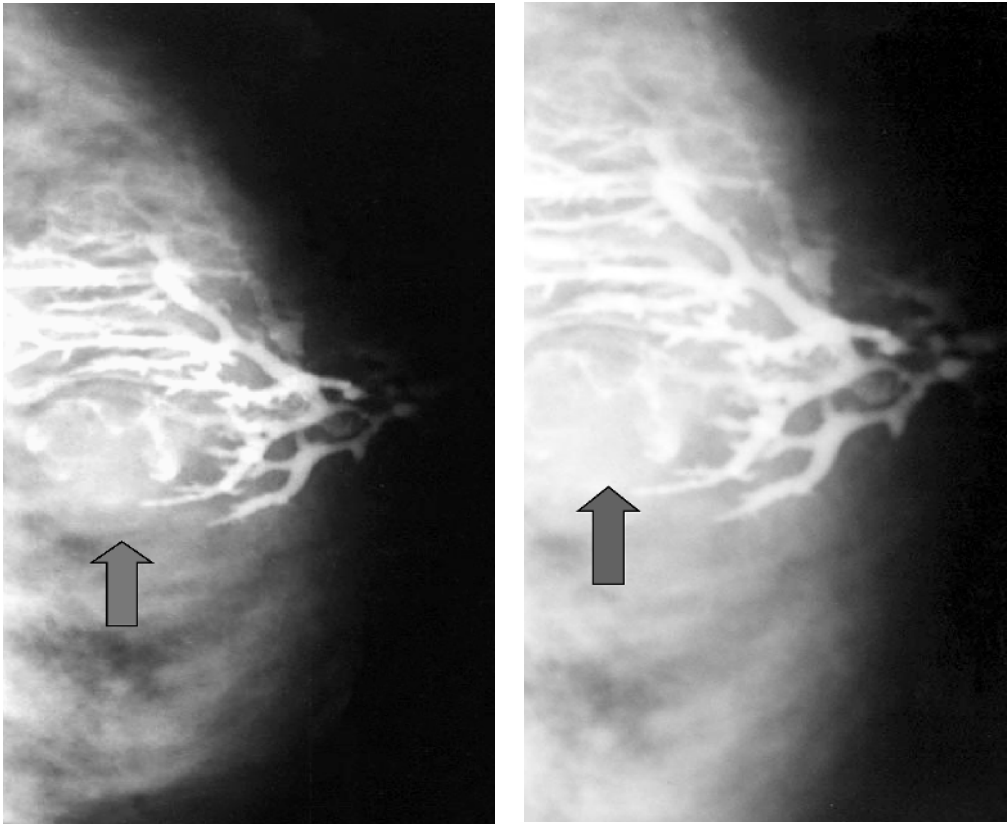


Fig. 1 e 2: Galattografia mammella sn.

va un aspetto arborescente papillomatoso con diffusa mataplasia apocrina dell'epitelio. Le metodiche immunoistochimiche hanno mostrato la coesistenza di una doppia popolazione cellulare basale-mioepiteliale e lumenale.

Queste caratteristiche conferiscono alla lesione i caratteri della benignità. Quindi la diagnosi istopatologica affermava che la diffusa mataplasia apocrina con talora anche patterns ghiandolari, deponeva per una coesistente adenosi apocrina. Veramente rare apparivano le mitosi, peraltro tipiche. La diagnosi conclusiva era quindi di papillomatosi intraduttale con adenosi apocrina.

Dopo una regolare degenza ed un follow-up negativo (Fig. 3) fino al '98, la paziente torna alla nostra osservazione riferendo il riscontro, nell'arco degli ultimi mesi del '99, di tre masse nodulari a carico dei QSE, QSI/QII della mammella sn. All'esame obiettivo si rilevavano tre formazioni noduliformi di circa 1 cm nei suddetti quadranti, a margini netti, di consistenza elastica moderatamente dolenti alla palpazione, non associate a secrezione dal capezzolo.

La pz. ha eseguito ecografia mammaria (Fig. 4) che ha documentato: ecostruttura mammaria finemente e diffusamente disomogenea. Nel quadrante supero-interno della mammella sn si rilevavano numerose aree nodali ipoecogene con diametro vario tra 5 e 10 mm.

Abbiamo proceduto ad isolamento ed escissione di nodulo di 2 cm del QSI che è stato inviato all'esame istologico estemporaneo, risultando essere "papilloma". Si sono

escissi altri noduli delle stesse caratteristiche tra i QI e si è eseguita duttoforectomia.

La diagnosi istopatologica ha evidenziato che i noduli di tessuto mammario presentavano una diffusa papilloma-



Fig. 3: Ecografia di controllo mammella sn., eseguita nel '98. Non si evidenziano formazioni nodulari a carico del QSI.

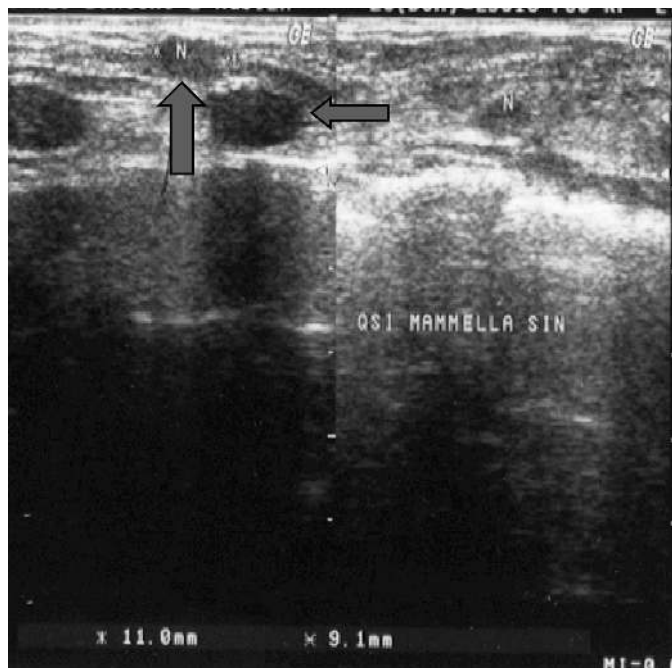


Fig. 4: Ecografia di controllo mammella sn., eseguita nel '99. Si evidenziano noduli recidivanti nel QSI dopo il 1° intervento del '96.

tosì intraduttale con coesistenti aspetti di proliferazione epiteliale. Sono stati evidenziati degli aspetti intraduttali solidi e talora cribriformi con strutture cosiddette "a ponte romano". Le colorazioni IH hanno evidenziato una popolazione basale-mioepiteliale positiva per AML e CK14+ (ciò conferma la natura intraduttale) ed una popolazione proliferante costituita da cellule CK18+, senza commistione di cellule CK14+. Dove si è riscontrato questo pattern di crescita "monoclonale" si ritiene debba essere posta la diagnosi di focolai di carcinoma in situ a basso grado insorto in papillomatosi intraduttale. In seguito a tale diagnosi e a seguenti recidive, si è optato per ulteriore consulto istopatologico e clinico presso l'Istituto Nazionale Per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano.

Ivi ha eseguito oltre agli esami di routine, ulteriore esame mammografico bilaterale che ha documentato: mammelle intensamente opache, con struttura fibronodulare marcata e diffusa, con qualche piccola formazione nodulare isolata in particolare in sede supero-interna sinistra, ove in parte ne è apprezzabile anche qualcuna clinicamente. L'aspetto della mammella destra è comunque abbastanza analogo. La pz è stata ricoverata per un'eventuale mastectomia sottocutanea, data la storia clinica. In considerazione dell'età, data l'eventualità di eseguire un intervento demolitivo, si è preferito eseguire ulteriore consulto dei preparati istologici relativi all'intervento del '99.

Confermata la diagnosi di papillomatosi giovanile della mammella sn, dato che la visita clinica di controllo ha riscontrato comparsa di ulteriori noduli a carico della mammella stessa, è stata ribadita l'indicazione chirurgica di mastectomia sottocutanea ed inserimento di expander

per ricostruzione plastica, alla quale la paziente si è in seguito sottoposta.

Discussione

La papillomatosi della mammella è un'entità patologica caratterizzata da lesioni che risultano relativamente rare nella maggior parte delle biopsie mammarie. Comunque, queste lesioni sono relativamente comuni nelle biopsie fatte nell'indicazione di secrezione siero-ematica del capezzolo.

I papillomi possono essere localizzati centralmente in sede sottoareolare, dove sono solitamente solitari, o in aree più periferiche della mammella, dove sono usualmente piccoli e multipli. Le potenzialità maligne o pre-maligne di queste lesioni sono state discusse e descritte, ma la maggior parte degli Autori non considera i papillomi intraduttali come precursori del K papillare o del K invasivo della mammella e neppure li considerano un elevato rischio per un seguente (IBC). Altri Autori hanno sottolineato l'importanza di distinguere i papillomi intraduttali solitari dai papillomi multipli poiché si è rilevato che i papillomi multipli sono verosimilmente molto di più e sono associati allo sviluppo del K mammario, mentre i papillomi intraduttali solitari non lo sono [5]. Carter e altri hanno dimostrato l'associazione di papillomi intraduttali multipli con il K intraduttale e invasivo della mammella [3]. Si è riscontrato un rischio relativo per un seguente IBC che è quasi il doppio nelle donne con lesioni proliferative specifiche [2].

Queste lesioni includono una moderata e florida iperplasia senza atipia, adenosi sclerosante e papillomi. La sola presenza dell'atipia nelle lesioni papillari con un assetto fibrovascolare che si dirama, determina un rischio elevato.

L'aspetto istologico del papilloma e del K papillare intraduttale della mammella è ben stabilito. Il primo è una lesione benigna con uno sviluppo papillare intraduttale che ha un cuore fibrovascolare rivestito da due distinti strati di cellule: le cellule mioepiteliali basali e le cellule epiteliali luminali. Esso può avere aree di metaplasia apocrina e iperplasia. Le cellule epiteliali hanno caratteristiche benigne con nuclei piccoli, irregolari e compatti. Comunque, nel K papillare intracistico o intraduttale la forma pura è una lesione con struttura papillare ben definita rivestita da uno o più strati di cellule epiteliali arrotondate e colonnari, pseudostratificate con nuclei ipercromatici.

Un'architettura micropapillare, cribriforme o solida di vario grado può inoltre essere presente, che riempie gli spazi tra le strutture papillari. Le cellule mioepiteliali sono usualmente assenti. Raramente, una parte o più della lesione che ha caratteristiche di un papilloma benigno può pure contenere aree con caratteristiche citoarchitetture di iperplasia duttale atipica-K duttale in situ. Concludendo, le lesioni papillari della mammella posso-

Tab. I – RISCHIO RELATIVO DI IBC IN DONNE CON PAPILOMA INTRADUTTALE (DA RAJU 1996)

<i>Numeratore di rischio relativo</i>	<i>No.</i>	<i>Denominatore di rischio relativo</i>	<i>No.</i>	<i>Rischio relativo</i>	<i>95% CI</i>
AH-PAP	6/8	Non AH-PAP	25/114	9.6	1.62-56.91
AH-PAP no AH	2/3	non AH-PAP noAH	22/105	7.5	1.14-48.71
AH-PAP+AH	4/5	non AH-PAP noAH	22/105	15.8	0.44-57.13
EH-PAP no AH	7/35	non EH-PAP noAH	17/73	0.78	0.32-1.90

IBC: invasive breast cancer

AH-PAP: papilloma con iperplasia atipica nel papilloma

AH-PAP+AH: papilloma con atipia dentro e nel parenchima mammario

EH-PAP: iperplasia epiteliale nel papilloma

no generalmente essere classificati in: Papilloma e K papillare intraduttale o intracistico. Il primo è una lesione benigna mentre il secondo consiste generalmente in una popolazione di cellule maligne di basso grado.

Due caratteristiche istologiche sono importanti: la presenza di AH in o intorno ai papillomi e la presenza concomitante della malattia proliferativa senza atipia in associazione con i piccoli papillomi. I fattori istologici nel papilloma possono essere responsabili di un elevato rischio di K della mammella in donne con papillomi. Il papilloma resta comunque una neoplasia benigna epiteliale singola che produce proiezioni micro o macroscopicamente visibili, digitiformi o vermiformi insorte sulle superfici epiteliali, mentre la coesistenza di numerose formazioni micropapillari che aggettano nel lume dei doti prende il nome di papillomatosi duttale florida.

Dalla Tabella I si può evidenziare che il rischio di K della mammella per le donne con papillomi è molto aumentato, quando l'AH è presente nel papilloma (RR=9,6) comparato con i papillomi che mancano di AH. Il 95% CI (1,6 - 56,9) indica che il rischio IBC per AH-PAP è di un minimo di 1,6 X nei confronti dei papillomi senza AH [2]. Mentre dalla Tabella II si sottolinea come già il solo piccolo papilloma, quando presente senza l'iperplasia atipica dentro o fuori il papilloma stesso e una positività ad una storia familiare di Ca, ha una grandezza che raddoppia per il rischio di cancro. Il

rischio è altamente significativo, avvicinandosi al 3.5 [3]. Il rischio di K di pz. con papilloma che manca di AH o dentro il papilloma o altrove, si accosta strettamente al rischio per la malattia proliferativa senza atipia in generale. Ciò suggerisce che gran parte del rischio aumentato di IBC, trovato in donne con papilloma è in parte in relazione all'AH dentro o fuori il papilloma, ma che il papilloma senza AH indica pure un elevato rischio di K della mammella [3]. Il papilloma può avere qualche capacità di preannunciare il rischio di K seguente e suggerire che l'ampiezza delle alterazioni iperplastiche può aumentare questa predittività. Si evidenzia che la AH in qualche papilloma dovrebbe aumentare l'interesse riguardo il rischio di sviluppo del K invasivo locale. I papillomi di qualunque genere indicano un aumento del rischio di K della mammella raddoppiato nella popolazione generale. Questo può essere leggermente maggiore quando le varie forme della malattia proliferativa (iperplasia florida o moderata, adenosite sclerosante) coesistono nel tessuto mammario all'infuori dei papillomi. L'insorgenza di una malattia proliferativa, come la papillomatosi, in giovane età (<30 aa) costituisce sicuramente oggetto di un aumentato approfondimento dal punto di vista eziopatologico e diagnostico-terapeutico. Clinicamente, lo spettro della PJ può essere vario: esso include una massa localizzata che simula un fibroadenoma; la secrezione del capezzolo con o senza una massa

Tab. II – RISCHIO RELATIVO DI CANCRO IN DONNE CON PAPILOMI (DA PAGE 1996)

<i>Pazienti</i>	<i>No AH</i>	<i>Con AH</i>	<i>No FH</i>	<i>Con FH</i>	<i>No AH e FH</i>
Micropapilloma	3.35	4.40	3.42	3.77	3.54
95% CI	(1.94-5.77)	(1.10-17.58)	(1.98-5.88)	(0.94-15.06)	(2.01-6.23)
No Dev. CA/e Rischio	13/154	2/14	13/46	12/134	12/134
Grande papilloma	2.30	13.1	3.06	2.10	2.27
95% CI	(1.20-4.42)	(4.93-35)	(1.70-5.53)	(1-4.40)	(1.08-4.76)
No Dev. CA/e rischio	9/130	4/16	11/125	7/112	7/100

No AH: assenza di iperplasia atipica in parenchima circostante il papilloma.

FH: storia di carcinoma mammario in parente di primo grado

PD: malattia proliferativa, AH, o adenosite sclerosante o iperplasia associate ad un elevato rischio di cancro

No. Dev. CA: numero di donne che sviluppano un carcinoma invasivo in quel gruppo.

Rischio: numero di donne in quel gruppo con il rischio di sviluppare un carcinoma

CI: intervallo di fiducia.

associata, e un irregolare nodulo altamente suggestiva di K. Indubbiamente la PJ può simulare un fibroadenoma che si incontra più frequentemente nelle donne giovani ma il nodulo da PJ tende ad essere più fisso, più esteso e più duro del tipico fibroadenoma.

La lesione tende ad essere ben demarcata dal vicino tessuto mammario, ma è mancante di incapsulamento come nel fibroadenoma. La lesione varia considerevolmente nella dimensione, da 1 a 8 cm. Le cisti sono piccole di 1 mm e raramente eccedenti i 2 cm. Microscopicamente, la PJ è un miscuglio eterogeneo di alterazioni proliferative benigne. Le caratteristiche costanti sono le cisti e l'iperplasia dei dotti. La metaplasia apocrina comporta di solito le cisti e può essere essa stessa papillare. L'accumulo di lipidi e di istiociti e la stasi della secrezione in alcune cisti, le rendono di colore bianco-giallastro. In alcuni casi l'intero processo può essere interpretato come l'ordinaria iperplasia duttale, mentre in altri presenta altri gradi di atipia che a volte sono al limite con il K intraduttale.

Conclusione

La PJ è una malattia della mammella proliferativa benigna, con caratteristiche cliniche ben definite. I 2/3 delle pz. hanno meno di 25 aa. e la malattia è raramente riscontrata dopo i 35 aa.

Tipicamente, l'esame clinico rivela una distinta, solida, unica e unilaterale tumefazione che è difficile distinguere da un fibroadenoma. Ci si imbatte occasionalmente nelle lesioni bilaterali di PJ e in rari casi la tumefazione può essere multifocale come nel bilaterale.

I due fattori che stabiliscono l'influenza del rischio di K sono:

- Caratteristiche istologiche della lesione proliferativa;
- Storia familiare di K della mammella (Tabella III).

La secrezione sierosa o sieroematica con o senza una massa palpabile è anche presente clinicamente in alcuni casi, ma lo studio citologico della secrezione del capezzolo non sempre consente una diagnosi specifica.

Tab. III – DISTRIBUZIONE DEL K MAMMARIO IN PARENTI DI SESSO FEMMINILE DI PAZIENTI CON PJ (DA NONOMURA 1995)

<i>Categoria di parenti Con k della mammella</i>	<i>Numero di Pazienti con pj</i>	<i>(%) di Pazienti con pj</i>
Madre	5	(14)
Zia materna	5	(14)
Zia paterna	5	(14)
Prozia materna	3	(8)
Prozia paterna	3	(8)
Cugina materna	3	(8)
Cugina paterna	2	(6)
Nonna paterna	2	(6)
Nonna materna	1	(3)
Sorella	1	(3)

Dal punto di vista radiologico sicuramente gli ultrasuoni che sono i più adatti a dimostrare una componente cistica della lesione possono essere di aiuto diagnostico. La mammografia, che comunque pone problemi di interpretazione diagnostica nella donna giovane per l'eccessiva densità del corpo ghiandolare e non fornisce una distinzione certa della papillomatosi giovanile dal carcinoma mammario, rivela un'area di addensamento, a contorni irregolari spesso spiccolari, con nucleo denso nella maggioranza dei casi. Anche la galattografia non è specifica dal momento che le caratteristiche non sono differenti dalle altre forme di papillomatosi.

Per quanto riguarda il trattamento terapeutico della papillomatosi giovanile le decisioni di gestione sono complicate dal fatto che un piccolo numero di pazienti sviluppa un Ca e la presenza in alcuni casi di iperplasia epiteliale atipica che può essere considerata lesione precancerosa. Le opzioni di trattamento sono controverse poichè la differente forma di terapia va da un maxitratamento, mastectomia, ad un trattamento di minima come può essere una nodulectomia per le giovani donne. Una ampia nodulectomia sembra essere giustificata in tutti i casi senza una atipica severa o coesistente Ca. La presenza di atipia, in associazione con una storia familiare di Ca della mammella, pone probabilmente le pazienti con PJ in un rischio crescente per Ca mammario. Quindi le pazienti che hanno preso coscienza dei problemi associati con la malattia della mammella devono programmare un follow up di regolare sorveglianza clinica, includendo l'auto-esame della mammella.

Riassunto

La papillomatosi giovanile (PJ), introdotta come termine anatomo-patologico da Rosen nel 1980 è una lesione della mammella, benigna e localizzata, in donne che raramente superano i 30 aa. Le caratteristiche clinicopatologiche ed istologiche fondamentalmente sono:

- Diagnosi in età precoce;
- Massa clinicamente localizzata;
- Formazione nodulare caratterizzata istologicamente da cisti, iperplasia benigna dell'epitelio duttale e dilatazione dei dotti ("malattia a formaggio svizzero").

Per quanto riguarda la correlazione della PJ con il Ca mammario, si è notato un aumento dell'incidenza del Ca fra i parenti di pz affette da PJ. Sicuramente vi è un aumentato rischio di insorgenza di Ca in situ in pazienti portatrici di PJ associata a metaplasia apocrina e/o adenosite sclerosante e/o iperplasia atipica.

Descriveremo la papillomatosi giovanile diffusa, di una giovane ragazza di 23 aa seguita da noi dal 1996 sino ad oggi.

Parole chiave: Carcinoma mammario, papillomatosi giovanile, papilloma intraduttale.

Bibliografia

- 1) Han B.K., Choe Y.H., Ko Y.H., Yang J.H., Nam S.J.: *Benign papillary lesions of the breast: sonographic-pathologic correlation*. J Ultrasound Med, 18(3):217-23, 1999.
- 2) Raju U., Vertes D.: *Breast papillomas with atypical ductal hyperplasia: a clinicopathologic study*. Hum Pathol, 27(11):1231-8, 1996.
- 3) Page D.L., Salhany K.E., Jensen R.A., Dupont W.D.: *Subsequent breast carcinoma risk after biopsy with atypia in a breast papilloma*. Cancer, 78(2):258-66, 1996.
- 4) Mussurakis S., Carleton P.J., Turnbull L.W.: *Case report: MR imaging of juvenile papillomatosis of the breast*. Br J Radiol, 69(825):867-70, 1996.
- 5) Nonomura A., Kimura A., Mizukami Y., Nakamura S., Ohmura K., Watanabe Y., Tanimoto K., Ikegaki S.: *Secretory carcinoma of the breast associated with juvenile papillomatosis in a 12-year-old girl. A case report*. Acta Cytol, 39(3):569-76, 1995.
- 6) Talisman R., Nissim F., Rothstein H., Pfeffermann R.: *Juvenile papillomatosis of the breast*. Eur J Surg, 159(5):317-9, 1993.
- 7) Sund B.S., Topstad T.K., Nesland J.M.: *A case of juvenile papillomatosis of the male breast*. Cancer, 70(1):126-8, 1992.
- 8) Taffurelli M., Santini D., Martinelli G., Mazzoleni G., Rossati U., Giosa F., Grassigli A., Marrano D.: *Juvenile papillomatosis of the breast*. Pathol Annu, 26:25-35, 1991.
- 9) Rosen P.P., Kimmel M.: *Juvenile papillomatosis of the breast. A follow-up study of 41 patients having biopsies before 1979*. Am J Clin Pathol, 93(5):599-603, 1990.
- 10) Grosso F., Ghigi G., Mignani S., Ginevri S., Salizzoni E., Canini R., Collina G.: *Mammographic aspects of juvenile papillomatosis: 4 case reports*. Radiol Med Torino, 80(3):355-8, 1990.

Commento

Commentary

Prof. Napoleone MASSAIOLI
Ordinario di Chirurgia Generale
Università di Torino

Gli AA riportano un caso di Papillomatosi giovanile (PJ) della mammella osservato in una giovane donna di 19 a., con una storia familiare di cancro mammario. Il nodo è stato diagnosticato correttamente, asportato e confermato con accurato esame istologico ed immuno-istochimico. Dopo 3 a. si è avuta una recidiva con nodi multipli; all'esame istologico dopo nodulectomia fu riconfermata la diagnosi di PJ con presenza di focolai di carcinoma in situ di basso grado.

Nella PJ, il problema centrale non è tanto diagnostico ma prognostico. Bene hanno fatto gli AA nel differenziare la PJ (che può essere considerata una iperplasia epiteliale moderata o florida dei dotti mammari) con il papilloma dei dotti (neoformazione tipicamente benigna quasi sempre localizzata nei dotti galattofori). Ma ciò che conta ai fini prognostici e quindi anche terapeutici, è il "terreno" in cui sorge la PJ, dalla familiarità oncologica mammaria, alla coesistenza di quadri bord-line intra e/o extranodulari con il cancro (iperplasia epiteliale tipica o atipica, adenosi apocrina, adenosi sclerosante ecc.), il volume della neoformazione, la sua velocità di sviluppo, la mancanza di una capsula, la multifocalità e/o la bilateralità, la tendenza a recidivare come nodo unico o multiplo, ecc.).

A tutte queste situazioni, ben riferite e documentate dagli AA, mi sembra importante aggiungere un impatto psicologico negativo sulla giovane paziente colpita da una lesione della mammella che può aumentare il rischio o addirittura trasformarsi in un cancro mammario. La possibilità di eseguire una adenomammectomia sottocutanea con immediato posizionamento di una protesi rappresenta una ottima soluzione a questo problema, risolvendo alla base il rischio prognostico senza nessuna menomazione estetica. La raccomandazione di eseguire di routine una accurata autopalpazione allo scopo di scoprire la comparsa di nuovi nodi mammari, in molte giovani donne può tradursi in uno stato continuo di angoscia per le fisiologiche variabilità di consistenza del parenchima mammario. Per questo, concordo con la indicazione chirurgica posta dall'Istituto Nazionale per la Cura dei Tumori di Milano, indicazione di cui sono stato propugnatore e fervido assertore in tempi non sospetti.

The authors report a case of Juvenile Papillomatosis (JP) of the breast observed in a 19-year-old woman with a familial history of breast cancer. The node was diagnosed correctly, removed and confirmed using an accurate histological and immunohistochemical examination. Three years later, the patient underwent recidivation with multiple nodes; the diagnosis of JP was reconfirmed by histological tests after nodulectomy, showing the presence of foci of low grade carcinoma in situ. In JP, the central problem is not diagnostic, but rather prognostic. The authors did well to differentiate JP (which may be considered a moderate or fully developed epithelial hyperplasia of the mammary ducts) from papilloma of the ducts (a typically benign neof ormation almost always localised in the galactophorous ducts). But what is important from the prognostic and therefore therapeutic point of view, is the "terrain" in which JP occurs, ranging from a familial pattern of breast oncology to the co-existence of intra- and/or extranodular borderline syndromes with cancer (typical or atypical epithelial hyperplasia, apocrine adenosis, sclerosing adenosis, etc.), the volume of the neof ormation, its speed of development, the absence of a capsule, multifocality and/or bilaterality, the tendency to relapse as a single or multiple node, etc.). To all these situations, which are clearly referred and documented by the authors, I think it is important to add the negative psychological impact on the young patient affected by a breast lesion that may increase the risk of breast cancer, or even turn into it. The possibility of performing subcutaneous adenomammectomy with immediate placement of a prosthesis represents an optimal solution to this problem, resolving the prognostic risk at the start without any aesthetic damage. The recommendation to carry out a routine and thorough self-examination in order to discover new breast nodes may mean that many young women live in a constant state of anxiety owing to the physiological variations in the consistency of the mammary parenchyma. For this reason, I agree with the indications for surgery proposed by the National Institute for the Treatment of Tumours in Milan, which I championed and enthusiastically supported at non-suspect times.

References

Massaioli N., Teich-Alasia S., Ambroggio G. et al.: *The immediate reconstruction of the breast using a submuscular prosthesis after subcutaneous adenomammectomy.* Chir Plastica, 6, 235-40, 1982.

Autore corrispondente:

Prof. Ettore CIANCHETTI
Ospedale "G. Bernabeo"
Contrada Santa Liberata
66026 ORTONA - CHIETI

