

Tumore fillode gigante benigno della mammella.



Ann. Ital. Chir., 2009; 80: 471-474

Considerazioni a proposito di un caso clinico

Antonio Biondi^o, Michela Di Giunta^o, Salvatore Motta*, Giuseppe Privitera*, Debora Simona Fichera*, Roberto Ciuni, Francesco Basile^o

Azienda Ospedaliera Universitaria "Vittorio Emanuele - Ferrarotto - S. Bambino", Catania

*Unità Operativa di Chirurgia - Ospedale Ferrarotto (Direttore: Prof. P. Banna)

^oUnità Operativa Clinica Chirurgica - Dipartimento di Chirurgia (Direttore: Prof. F. Basile)

Benign phylloides tumor of the breast, Considerations on a clinical case

Phyllodes tumors are unusual biphasic fibroepithelial neoplasms of the breast, accounting for < 1% of all breast tumors and raising issues of diagnosis and therapeutic choice. They can grow quickly and when the maximum diameter is greater than 10 cm. we talk about giant phyllodes tumors. Ultrasound, Mammography and FNA are not effective. A potentially useful diagnostic modality is MRI. Core tissue biopsy or incisional biopsy represent the preferred means of pre-operative diagnosis.

Conservative treatment can be effective also in giant tumors depending upon the size of the tumor and the breast if a complete excision with an adequate margin of normal breast tissue can be achieved, so avoiding local recurrence often accompanied by worse histopathology.

The Authors report the case of a giant benign phyllode tumor of the breast treated with conservative surgery, quadrantectomy and oncoplasty. No local recurrence at 4 years follow-up.

KEY-WORDS: Breast tumors, Phyllodes.

Introduzione

Il tumore fillode della mammella è una neoplasia rara dal momento che comprende meno dell'1% dei tumori di questa sede¹. Originariamente fu descritta da Muller nel 1838² con un termine infelice, cistosarcoma fillode, che è stato successivamente abbandonato dal momento che nel 90% dei casi si tratta di neoformazioni benigne. Sebbene non manchino in letteratura descrizioni di queste forme tumorali, non sono numerosi i report relativi ai fillodi giganti, termine col quale si indicano convenzionalmente i tumori di diametro superiore a 10 cm. e che riguardano il 20% circa dei fillodi complessivamente

te considerati. Essi pongono al chirurgo il dilemma fra trattamento demolitivo e conservativo, considerato che le eventuali recidive possono accompagnarsi ad un grading più elevato rispetto alla neoplasia primitiva con conseguente peggioramento prognostico¹.

Riferiamo di un caso di tumore fillode gigante benigno capitato alla nostra osservazione che abbiamo trattato con terapia conservativa.

Caso clinico

Nel Gennaio 2005 è pervenuta alla nostra osservazione una donna di 43 anni che presentava una voluminosa tumefazione (diametro di circa 15 cm.) ai quadranti interni della mammella destra in sede paraareolare. Tale tumefazione, sebbene con dimensioni minori, era presente da circa 10 anni ma la paziente, tranquillizzata da un vecchio esame ecografico che definiva come "benigna" la massa, non vi aveva più prestatato attenzione. Solo il notevole aumento volumetrico registrato nell'ultimo

Pervenuto in Redazione Aprile 2008. Accettato per la pubblicazione Giugno 2009

Per corrispondenza: Dr.ssa Michela Di Giunta, via Fiorita 3, 95123 Catania, (e-mail: michydg84@hotmail.it).

anno e, soprattutto, la comparsa di ulcerazioni cutanee l'avevano "costretta" a consultare i sanitari.

Alla visita la massa si presentava di consistenza duro-parenchimatosa, polilobata, mobile sui piani profondi meno su quelli superficiali, ricoperta da cute di aspetto lucido ed ulcerata in alcuni tratti ulcerata (Fig. 1).

Indenne risultava il cavo ascellare. All'anamnesi non era presente familiarità per carcinoma mammario. Menarca a 11 anni, 2 gravidanze. Nessuna patologia utero-annessiale.

L'ECOGRAFIA descriveva una *Formazione nodulare ipoecogena a margini regolari ed ecostruttura disomogenea con contorni polilobulati*.

La MAMMOGRAFIA rilevava una massa ad elevata densità e contorni regolari. Parenchima mammario circostante di aspetto regolare. *Indenne da patologia la mammella controlaterale*. Si procedeva quindi a biopsia ecoguidata con Mammotome™ che poneva diagnosi di "tumore fillode benigno". Si decideva quindi per l'intervento chirurgico di asportazione della massa. Attraverso un' incisione a losanga comprendente la cute ulcerata si procedeva a quadrantectomia centrata sulla voluminosa massa con margine libero di resezione di oltre 1 cm. e a rimodellamento della mammella residua (mastoplastica) (Figg. 2 e 3)

REFERTO ISTOLOGICO - Descrizione macroscopica: *neoformazione plurinodosa di cm 11 x 15 x 8 con margini di crescita festonati. Superficie di taglio con zone pseudocistiche contenenti materiale similgelatinoso*. Descrizione microscopica: *Neoformazione con i caratteri del tumore fillode la cui componente stromale, in gran parte di tipo mixode, mostra aspetti a cellule fusate con zone mitoticamente attive (10 mitosi x 10HPF). Assenti atipie citologiche e necrosi significativa. La lesione è contenuta entro i margini chirurgici*.

La paziente è stata dimessa in III giornata post-operatoria dopo la rimozione del drenaggio senza presentare

complicanze. Buono il risultato estetico ampiamente gradito dalla paziente (Fig. 4). Al follow-up a 4 anni non presenta recidiva di malattia.

Discussione

I tumori fillodi della mammella sono neoplasie fibroepiteliali rare che comprendono meno dell'1% di tutte le neoplasie mammarie e riguardano prevalentemente una fascia di età compresa fra 40 e 50 anni³. Tuttavia, seppur raramente, sono stati riscontrati anche in fasce di età insolite quali l'adolescenza e l'età avanzata⁴.

Si presentano come masse polilobate, dai limiti netti, non dolenti che pongono seri problemi di diagnosi differenziale con altre formazioni quali i fibroadenomi, tipicamente benigni. La necessità di una diagnosi precoce si impone per la possibile rapida crescita che può farle divenire "giganti" termine con il quale vengono definiti i tumori fillodi di diametro maggiore a 10 cm. In letteratura sono descritti casi con diametro fino a 40 cm.⁵ È a questo punto che si determinano per compressione problemi trofici ischemici alla cute mammaria con arrossamenti e ulcerazioni, come verificatosi nel caso da noi descritto, che pongono ulteriori problemi di diagnosi differenziale oltre che di strategia chirurgica.

Ecografia e mammografia non sono di grande aiuto, non presentando i fillodi aspetti caratteristici⁶. Pertanto finiscono spesso per essere etichettati come fibroadenomi. Recenti lavori segnalano l'efficacia diagnostica della RM rispetto alle tecniche di imaging tradizionali⁷. Per quanto riguarda la definizione istologica pre-operatoria la FNA non è consigliabile per la possibile confusione con i fibroadenomi⁸. Sono necessari campioni istologici di adeguate dimensioni quali quelli che possono essere forniti da una Core Biopsy o da una Biopsia Incisionale⁹. Noi ci siamo avvalsi della tecnica di biopsia ecoguidata che



Fig. 1: Voluminosa tumefazione ai QQ.II. della mammella dx in sede paraareolare ricoperta da cute ulcerata.

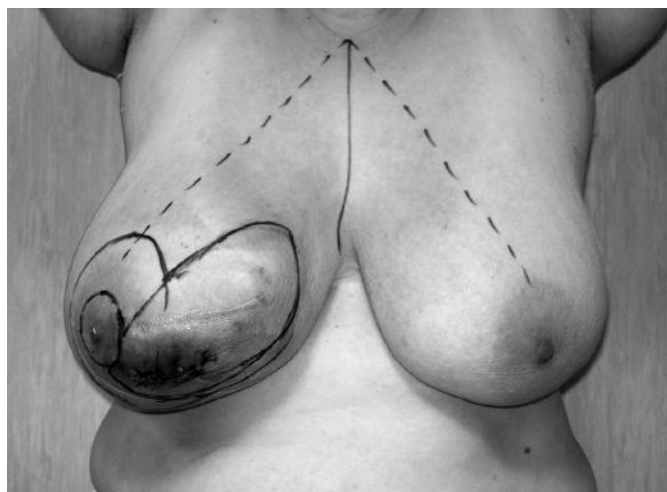


Fig. 2: Pianificazione preoperatoria dell'intervento.



Fig. 3: Foto intraoperatoria.



Fig. 4: Risultato estetico a distanza.

utilizza l'apparecchiatura MAMMOTOME™, ormai entrata nella nostra routine quotidiana, che anche in questo caso ci ha fornito un soddisfacente risultato.

I tumori fillodi sono suddivisi in benigni, borderline e maligni, questi ultimi descritti in letteratura in percentuale compresa fra il 15 e il 30%. Tale suddivisione tiene conto di tutta una serie di parametri quali l'indice di mitosi, l'atipia e il polimorfismo cellulare, la cellularità stromale, la necrosi. Va però sottolineato un aspetto importante: l'istotipo, pur rappresentando il fattore prognostico più importante, non è necessariamente correlato con il comportamento biologico del tumore, sicché anche tumori benigni e borderline possono dare recidive con peggioramento dell'istotipo rispetto a quello della neoplasia primitiva¹³ fino ad un "viraggio" verso la malignità. È per tal motivo che il fillode è considerato da molti un tumore *potenzialmente* maligno^{5,10,11}. Da qui la necessità di un trattamento chirurgico adeguato ed di un follow-up accurato.

La scelta fra un intervento chirurgico conservativo o demolitivo rappresenta un dilemma specie nei casi di tumore fillode gigante. Il trattamento chirurgico deve comprendere la completa escissione del tumore e di 1 cm. di tessuto sano circostante al fine di minimizzare il rischio di recidiva^{1,5,12}. La mastectomia semplice di principio propugnata da alcuni AA. al fine di scongiurare il rischio di recidiva non è giustificato dai dati di letteratura che dimostrano invece come non ci siano differenze in termini di recidive e sopravvivenza globale fra trattamento conservativo e mastectomia¹³. Sarà piuttosto il rapporto fra diametro del tumore e dimensioni della mammella a dettare il tipo di intervento. Nel caso da noi descritto, pur trattandosi di un tumore gigante, è stato possibile eseguire un trattamento plastico conservativo con soddisfacente risultato estetico, con assenza di recidive a 4 anni dall'intervento. Per quanto riguarda infine l'eventuale linfoadenectomia ascellare, essa non trova

giustificazione nel trattamento dei tumori fillodi, a meno che non siano presenti linfonodi palpabili. La via linfatica non rappresenta infatti la via preferenziale di metastatizzazione e solo il 5% dei linfonodi palpabili sono realmente sede di metastasi essendo piuttosto espressione di reattività immunitaria alla necrosi tumorale¹⁴.

Conclusioni

I tumori fillodi, pur rappresentando una rara entità nell'ambito della patologia mammaria, pongono tuttavia al clinico alcuni problemi di ordine diagnostico e terapeutico. Sebbene nella grande maggioranza dei casi siano benigni in realtà sono potenzialmente maligni per la grande capacità di recidivare e per la possibile maggiore aggressività delle recidive stesse. Non è sempre agevole la diagnosi differenziale con altre neoplasie benigne della mammella. La diagnosi precoce è auspicabile in quanto questi tumori possono accrescersi rapidamente e assumere dimensioni notevoli che non sempre consentono l'esecuzione di un intervento conservativo.

Riassunto

Il tumore fillode della mammella è una rara neoplasia fibroepiteliale in quanto rappresenta meno dell'1% di tutti i tumori mammari, che pone al clinico delicati problemi di diagnosi differenziale e di scelta terapeutica. Può accrescersi rapidamente e quando il diametro supera i 10 cm. si parla di tumore fillode gigante.

Ecografia, Mammografia e FNA non sono efficaci dal punto di vista diagnostico. Promettenti risultati offre la RM mentre la diagnosi preoperatoria può esser ottenuta con buona accuratezza attraverso una core biopsy o una biopsia incisionale a cielo aperto.

Il trattamento chirurgico conservativo può esser eseguito con ottimi risultati anche nel caso di tumori giganti se le dimensioni del tumore e della mammella lo consentono, a patto che l'exeresi comprenda anche tessuto sano peritumorale. Ciò al fine di evitare la recidiva locale che spesso comporta un peggioramento dell'istotipo. Gli AA. descrivono un caso di tumore fillode benigno gigante capitato alla loro osservazione in cui è stato eseguita una quadrantectomia con mastoplastica di rimodellamento che al follow-up a 4 anni non presenta recidive.

Bibliografia

- 1) Rowell MD, Perry RR, Jeng-Gwang H, et al: *Phylloides tumors*. Am J Surg, 1993; 165:3.
- 2) Muller J: *Ueber den feineren bau unndie Forman der Kreakhaften Geschwilste*. Berlin: G. Reimer; 1838.
- 3) Bernstein L, Deapen D, Ross RK e Coll: *The descriptive epidemiology of malignant Cystosarcoma phylloides tumor of the breast*. Cancer, 1993; 71:3020-24.
- 4) Briggs RM, Walters M, Rosenthal D: *Cystosarcoma phylloides in adolescent female patients*. Am J Surg, 1983; 146:712-14.
- 5) Reinfuss M, Mitus J, Duda K, Stelmach A e Coll: *The treatment and prognosis of patients with phylloides tumor of the breast: An analysis of 170 cases*. Cancer, 1996; 7:910-16.
- 6) C-le-Beuglet C, Soriano R, Kurtz AB: *Ultrasound, x-ray mammography, and histopathology of cystosarcoma phylloides*. Radiology, 1983; 146(2):481-86.
- 7) Cheung HS, Tse GMK, Ma TKF: *Correspondence*. Clin Radiol, 2002; 57:230-31.
- 8) Veneti S, Manek S: *Benign phylloides tumour vs fibroadenoma: FNA cytological differentiation*. Cytopathology, 2001; 2:321-28.
- 9) Sheen-Chen SM, Chou FF, Chen WJ: *Cystosarcoma phylloides of the breast: A clinical, pathological and therapeutic option in 18 cases*. Int Surg 1991; 76:101-04.
- 10) Salvadori B, Cusumano F, Del Bo R e Coll.: *Surgical treatment of phylloides tumors of the breast*. Cancer, 1989; 63:2532-536.
- 11) Lenhard MS, Kalhert S, Himsl I e Coll: *Phylloides tumour of the breast: Clinical follow up of 33 cases of this rare disease*. Eur J Obstet Gynecol; 2007.
- 12) Hines JR, Murad TM, Beal JM: *Prognostic indicators in cystosarcoma phylloides*. Am J Surg, 1987; 153:276-80.
- 13) Eroglu E, irkkan C, Bulak H e Coll: *Phylloides tumor of the breast: case series of 40 patients*. Ankara-Turkey Gazi Medical Journal 2003; 14:29-34.
- 14) Liang M., Ramaswamy B., Patterson C., et al: *Giant breast tumors: Surgical management of phylloides tumors, potential for reconstructive surgery and review of literature*. World Journ Surg Oncol, 2008; 6, 117.