

INDICAȚIILE ȘI LIMITELE MAMOGRAFIEI ÎN AFECȚIUNILE GLANDEI MAMARE

I. Opreș

În multe regiuni ale globului, cancerul mamar constituie principala cauză de deces în rândul populației feminine. În Statele Unite și în Anglia, rata de mortalitate prin această boală este de 50 la 100000 de femei.

Diagnosticul și tratamentul precoce oferă cele mai mari șanse de vindecare. Însă chiar dacă tumoarea e diagnosticată într-o fază „curabilă” clinic (stadiile I și II), ratele de supraviețuire sînt decepționate — sub 50% la 5 ani — dacă ganglionii axilari sînt invadați. Cînd tumoarea nu a diseminat în axilă, aceste rate cresc la 85%. Iar la femeile cu cancer mamar clinic ocult (nepalpabil), detestat mamografic, indicele de supraviețuire poate ajunge la 93%. De aici reiese necesitatea depistării tumorii într-o fază cît mai precoce.

O modalitate ideală de studiu al țesutului mamar ar trebui să fie ușor accesibilă, neagresivă, de mare acuratețe și necostisitoare. Din păcate, nici una dintre metodele paraclinice disponibile astăzi, nu satisface toate aceste criterii. În ce privește valoarea relativă a diferitelor metode de investigație (mamografie, termografie, ecografie, tomografie computerizată și rezonanță magnetică), se pare că mamografia oferă cel mai înalt indice diagnostic și e relativ ușor de executat.

Este necesar să subliniem de la început că nu există un aspect uniform al sinilor pe mamografie. La o pacientă individuală, glanda mamară e supusă unor modificări considerabile în timpul vieții din cauza influențelor hormonale. Pe lângă aceasta imaginea mamografică prezintă variații importante de la o femeie la alta, în absența oricărei evidențe clinice de patologie mamară. Imaginea mamografică a structurii interne a sinului este rezultatul cantității relative și al distribuției celor două densități radiografice de bază: găsimea și țesutul moale ale elementelor epiteliiale și ale stromei de susținere.

Limitele mamografiei în detectarea și diagnosticul afecțiunilor glandei mamare recunosc două cauze principale:

- a) o leziune benignă poate îmbrăca radiografic un aspect fals pozitiv de tumoare malignă,
- b) un carcinom mamar poate să apară mamografic ca o tumoare benignă.

În cele ce urmează, sînt redate aceste posibilități de interpretare eronată.

a) Aspecte mamografice fals pozitive în leziunile benigne

Boala benignă a sinului constituie de multe ori subiectul unei interpretări incorecte, exagerate, nu numai de către paciente ci și de unii medici care văd în mastopatiile benigne adevărate stări precanceroase.

Poate că aspectul cel mai important al bolii benigne este acela al riscului ca ea să fie confundată cu o tumoare malignă, sau, ceea ce este mai grav, o tumoare malignă să fie interpretată drept o leziune benignă. Dintre multiplele situații în care diferite mastopatii benigne pot îmbrăca un aspect malign, menționăm următoarele:

1. Boala fibrochistică, în care sînt incluse o serie de proliferații benigne ca răspuns la ciclul hormonal normal, prezintă uneori transformări greu de distins mamografic. O hipertrofiie fibroasă unilaterală și localizată poate simula un carcinom, provocînd dificultăți insurmontabile clinicianului și radiologului.

2. Hiperplazia lobulară în formele ei avansate, cunoscute sub termenul de adenoză sclerozantă se poate manifesta ca un focar de densitate crescută, cu microcalcificări diseminate, luînd pe mamografie un fals aspect de comedocarcinom.

3. Papilomul intracanalicular este o leziune frecventă a sînului și are dimensiuni reduse, fiind deseori multiplu. Papiloamele mai mari pot obstrua și destinde canalul, realizînd aspectul unui carcinom intraductal.

4. Necroza grăsoasă (citosteatonecroza, lipogranulomul posttraumatic) este asociată în special cu traumatismul, dar poate să apară și după o biopsie pe sîn sau spontan, în lipsa oricărui factor agresiv. Elementul esențial în dezvoltarea acestei afecțiuni este distrucția locală a celulelor grase cu eliberare de lipide libere și cu un grad variabil de hemoragie. Printr-un proces de organizare și fibroză apare fixarea la țesuturile adiacente și la tegumente. Clinic și mamografic, masa tumorală se identifică uneori cu un carcinom, în special în prezența distorsiunii tisulare a îngroșării și a retracției cutanate.

5. Mastita subacută infecțioasă, neasociată cu sarcina este o afecțiune destul de frecvent întâlnită. Aspectul mamografic poate simula o tumoare malignă, în special o mastită carcinomatoasă, prin accentuarea densității radiografice a parenchimului mamar, cu îngroșare cutanată difuză, pe lângă tumefierea sînului și creșterea în volum a ganglionilor axilari.

6. Mastita plasmocitară apare de obicei la femeile în menopauză și se traduce printr-un proces inflamator aseptice consecutiv extravazării secrețiilor intracanaliculare în țesutul conjunctiv periductal. Zona interesată este infiltrată cu numeroase celule plasmocitare și eozinofile. Clinic, masa tumorală situată retroareolar, poate fi însoțită de retracție mamelonară și îngroșare cutanată. Mamografic se constată o tumoare difuză, omogenă, cu conturul slab delimitat, similară unei tumori maligne.

7. Cicatricele după biopsie, prin îngroșarea cutanată și prin distorsiunea parenchimului mamar, pot sugera pe mamografie un carcinom.

8. Ganglionii limfatici intramamari, benigni, situați uneori pe marginea laterală a marelui pectoral, de-a lungul arterei toracice laterale, pot fi proiectați radiografic în regiunea posterioară a sînului, în fața peretelui toracic. Ei nu trebuie confundați cu opacități tumorale maligne situate profund.

După cum se vede, există multiple posibilități ca tumori cu aspect malign, clinic sau mamografic, să fie de fapt leziuni benigne. De aceea,

nu se va executa niciodată operația radicală numai pe baza examenului radio-clinic, ci va fi precedată de o biopsie extemporanee.

b) *Carcinoame mamare cu aspecte mamografice fals negative*

Cancerul mamar se poate prezenta pe mamografie cu o varietate de aspecte:

— tipul clasic, cu densități spiculate, nu prezintă de obicei dificultăți diagnostice;

— tipul lobulat sau „în cocardă”, foarte sugestiv pentru cancer, mai ales dacă opacitatea nu este bine delimitată, și

— tipul bine conturat, care îmbracă aspectul tumorilor benigne.

Natura malignă a opacităților bine delimitate e sugerată de prezența semnelor indirecte de cancer: îngroșare sau refracție cutanată și refracție mamelonară. Aceste semne sînt prezente însă în evoluția tardivă a bolii. Alte semne indirecte ce pot fi întîlnite în absența opacității tumorale specifice includ: canale proeminente izolate, zone de densitate crescută asimetric, sau zone de distorsiune arhitecturală. Ele sînt mai greu de apreciat, dar un radiolog experimentat le va cunoaște semnificația și va recomanda biopsia sau o strictă supraveghere.

Un alt semn indirect foarte important îl constituie prezența microcalcificărilor care, fie punctiforme sau în formă de bastonașe fine, trebuie privite totdeauna cu suspiciune.

Dacă luăm drept etalon imaginile enumerate, s-ar părea că diagnosticul mamografic de cancer mamar este practic codificat, rolul radiologului limitîndu-se la identificarea și interpretarea semnelor radiologice de malignitate, evidente pe film. În realitate însă, aspectul stelat și lobulat se întîlnește în aproximativ 40% din carcinoame. În alte 20%, imaginile sînt incomplete dar pot fi recunoscute; în 20% imaginile au un aspect ambiguu sau suspect și, în fine, restul de 20% din carcinoame se pot manifesta printr-un singur semn indirect sau nu au nici un aspect semnificativ.

Cauza majoră a neevidențierii unei tumori pe mamografie rămîne densitatea crescută a glandei mamare. În sinul transparent de menopauză, dimensiunea la care poate fi detectat un carcinom invaziv este de 5 mm, în timp ce cancerele din sinii denși pot crește pînă la 20 sau chiar 30 mm și să rămîină totuși oculte mamografic, dacă se dezvoltă în țesut dens fibroglandular (Holland și colab. 1983). Diferența de densitate dintre stroma fibroasă produsă de masa tumorală și țesutul fibroglandular adiacent poate fi insuficientă pentru a deveni evidentă radiografic.

În special tumorile de tip invaziv difuz, cu masă slab delimitată, cum este carcinomul lobular invaziv, ridică probleme deosebite: aceste tumori sînt însoțite cel mai frecvent de un țesut fibros lax care conține relativ puține fibre de colagen matur și mai multă reticulină. Iar acest tip de stromă fibroasă tumorală nu provoacă nici o modificare în den-

sitatea radiografică, sau determină o modificare prea redusă pentru a putea fi specifică pe mamografie.

Din acest motiv, carcinomul lobular invaziv poate fi pierdut pe mamografie, el fiind recunoscut numai dacă apar calcificări, sau pe baza altor semne indirecte ca refracția mamelonară sau printr-o densitate crescută, fenomene care apar mai ales în stadii avansate ale dezvoltării tumorale.

Este de asemenea bine cunoscut faptul că unele tumori maligne se pot prezenta mamografic ca tumori rotunde, cu contururi regulate, fără microcalcificări și fără modificări ale planului cutanat. Pentru diferențierea lor de chiste sau de fibroadenoame, puncția aspiratoare este extrem de valoroasă. Aceste opacități cu aspect fals negativ pot corespunde carcinoamelor ductal invazive, dar mai frecvent ele traduc tipuri histologice particulare: medular, coloidal sau chiar o localizare mamară a unui limfom ori a unei metastaze (Pellier, 1983).

Pe majoritatea statisticilor bine documentate, acuratețea mamografiei în demonstrarea leziunilor maligne variază între 68—94%, cu o medie de 80—85%. O rată medie fals negativă de 20% înseamnă că una din cinci femei cu cancer mamar nu va avea o evidență mamografică a tumorii. Iar amânarea biopsiei pe baza aspectului mamografic negativ va atrage după ea o amânare a tratamentului, cu toate consecințele cunoscute.

Clinicianul trebuie să cunoască limitele mamografiei în special la femeile tinere, unde rata aspectelor fals negative e atât de ridicată încât mamografia nu poate fi utilizată ca substituent al biopsiei.

Ca investigație de rutină, mamografia se utilizează la toate pacientele cu simptome mamare, fie că există sau nu o tumoare palpabilă. Rezultatul mamografiei e totdeauna evaluat împreună de către radiolog și chirurg. La pacientele cu tumori maligne incipiente unde se decide un tratament conservator, importanța mamografiei constă în evaluarea întregului sin pentru evidențierea unor focare tumorale nepalpabile (carcinom plurifocal). După operație, indiferent de tipul acesteia, mamografia execută periodic asigură controlul sinului opus.

Evaluarea mamografică a tumorilor palpabile are o importanță practică: dacă mamografia arată că tumoarea nu e malignă, excizia se face în anestezie locală. Acest procedeu are un dublu avantaj; pe de o parte, multe paciente sînt cruțate de ștressul psihic al deciziei unei posibile mastectomii și, pe de alta, programul în sala de operație poate fi mai precis stabilit și respectat.

Bibliografie

1. Holland R., Hendriks J.: Cancer (1989), 52, 10, 1810; 2. Pellier D.: Bordeaux Médical (1983), 18, 9, 893