

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Травина М.Л.¹, Попов А.Г.², Муртазалиева А.А.¹

Цель исследования. Анализ диагностических задач и терапевтической специфичности, связанных с лечением изолированного первичного туберкулеза молочной железы.

Материалы и методы. Представлены данные о комплексном обследовании пациента с изолированным первичным туберкулезом, включая инструментальные и лабораторные методы исследования.

Результаты. Первичный туберкулез молочной железы был диагностирован у женщины 27 лет после периода лактации. При пункции у пациентки выявили многоядерные гигантские клетки (гигантские клетки Лангханса/клетки Пирогова-Лангханса). Было назначено специфическое лечение в течение 4 месяцев, которое привело к полной регрессии заболевания молочной железы.

Выводы. При отсутствии положительной клинической динамики при лечении воспаления в молочной железе в качестве дифференциальной диагностики необходимо исключить рак молочной железы и туберкулез. Отрицательные реакции на пробу Манту/ тест PPD и Диаскин-тест/ ДСТ возможны при условии первичной локализации туберкулеза в молочной железе. Специфическая химиотерапия эффективна при лечении туберкулеза молочной железы. Рекомендовано проведение скрининга на туберкулез среди лиц, находящихся в тесных контактах с пациентом.

Ключевые слова: туберкулез молочных желез, мастит, хроническое воспаление, маститоподобный рак молочных желез.

Контактный автор: Травина М.Л., Tvtmarina@yandex.ru

Для цитирования: Травина М.Л., Попов А.Г., Муртазалиева А.А. Клинический случай первичного туберкулеза молочной железы. REJR. 2016; 6 (3):123-127. DOI:10.21569/2222-7415-2016-6-3-123-127.

Статья получена: 22.06.2016

Статья принята: 06.07.2016

PRIMARY BREAST TUBERCULOSIS: A CASE STUDY

Travina M.L.¹, Popov A.G.², Murtazaliev A.A.¹

Purpose. The objective of the study was to analyze the diagnostic challenges and therapeutic specificity associated with treating isolated primary breast tuberculosis.

Materials and methods. Data of comprehensive physical examination including instrumental and laboratory examination methods in a patient with the isolated primary tuberculosis was presented.

Results. Primary breast tuberculosis was diagnosed in a 27 year-old woman after lactation. The patient was diagnosed when the puncture revealed multi-nucleated giant cells (Langhans' giant cells/Pirogov-Langhans cells). Administered specific treatment for a period of 4 months resulted in complete regression of the breast disease.

Conclusions. In case of absence of positive clinical dynamics in the treatment of breast inflammation differential diagnosis is required to exclude inflammatory breast cancer and tuberculosis. Negative reactions to Mantoux test/ PPD test and Diaskin-test/ DST can occur in the setting of the primary site of tuberculosis in breast. Targeting chemotherapy is effective in the treatment of breast tuberculosis. Screening for tuberculosis of patient's close contacts can be recommended.

1-Федеральное государственное автономное учреждение "Научный центр здоровья детей" Министерства здравоохранения Российской Федерации. г. Москва, Россия.
2-МЦ «МИР СЕМЬИ» г. Санкт-Петербург, Россия.

1-Scientific Center of Children's Health. Moscow, Russia.
2-Medical Centre "FAMILY WORLD". St. Petersburg, Russia.

Keywords: breast (mammary) tuberculosis, mastitis, chronic inflammation, inflammatory breast cancer.

Corresponding author: Travina M. L., Tvtmarina@yandex.ru.

For citation: Travina M. L., Popov A. G., Murtazaliev A. A. Primary breast tuberculosis: case study. REJR. 2016; 6 (3):123-127. DOI:10.21569/2222-7415-2016-6-3-123-127.

Received: 22.06.2016

Accepted: 06.07.2016

Первичный туберкулез молочной железы диагностирован у 27 летней женщины после периода лактации. Диагноз поставлен после обнаружения в пункционном материале многоядерной клетки Пирогова-Лангханса. Назначение специфического лечения в течение 4 месяцев привело к полному регрессу заболевания в молочной железе.

Введение.

Туберкулез молочной железы как изолированная форма встречается крайне редко [1]. Ретроспективные исследования пациентов, прооперированных по поводу рака молочной железы (РМЖ), показали, что туберкулез молочных желез (МЖ) должен быть дифференциальным диагнозом [2]. Клиническая картина и неспецифическое течение не позволяют выявить специфические признаки течения туберкулеза МЖ, что зачастую принимается за симптомы РМЖ. Процесс туберкулеза в молочной железе чаще вторичный, хотя встречаются случаи и первичной формы. Впервые описание данной локализации датировано 1829 годом Этли Купером, как «scrofulous swelling in the bosom of young women» или «первичный туберкулезный очаг в груди молодых женщин». На сегодняшний день, по данным литературы, в эндемичных районах (таких как Индия и Восточная

Азия) частота туберкулеза МЖ составляет 4%, в странах Западной Европы – приблизительно 0,1% [3]. По отношению к РМЖ туберкулезное поражение составляет от 1:171 до 1:33 [4, 5]. Туберкулезный мастит составил от 0,13 до 1,6% всех заболеваний МЖ и до 3% всех хирургических вмешательств на МЖ. В структуре общей заболеваемости туберкулезом доля туберкулеза МЖ равна примерно 0,1% [6].

К первичной форме туберкулеза МЖ наиболее восприимчивы женщины репродуктивной возрастной группы от 21 до 40 лет, особенно в период лактации в связи с внутритротоковым инфицированием [7]. Вторичная форма туберкулеза молочной железы развивается вследствие гематогенной диссеминации (лёгкие, средостение), ретроградного распространения из лимфатических узлов подмышечной области и из прилежащих к молочной железе смежных структур: из грудины, ребер, плечевых суставов [8]. С одинаковой частотой туберкулезом поражается левая и правая молочная железа, реже, в 3% случаев, – обе одновременно. В 60% туберкулезный очаг располагается в верхних и нижних наружных секторах молочных желез, реже – центрально, с вовлечением сосково-ареолярного комплекса и внутренних секторов. В редких случаях отмечается тубер-

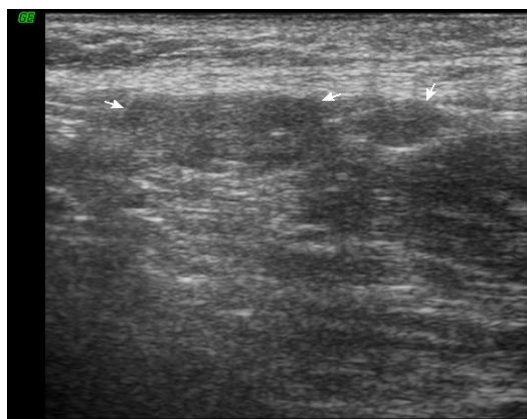


Рис.1,а.

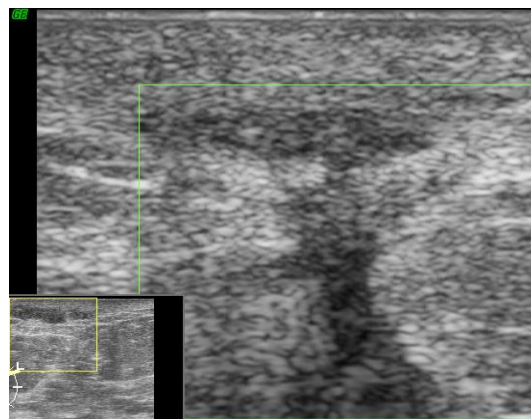


Рис.1,б.

Рис. 1. Ультразвуковое исследование правой молочной железы в верхне-наружном квадранте.

а - Плотная железистая ткань с нарушением архитектоники. Анехогенные образования с густым содержимым, с четкими контурами, без перифокального воспаления тканей, горизонтальная локализация полостей.

б - Свищевые ходы между полостями.

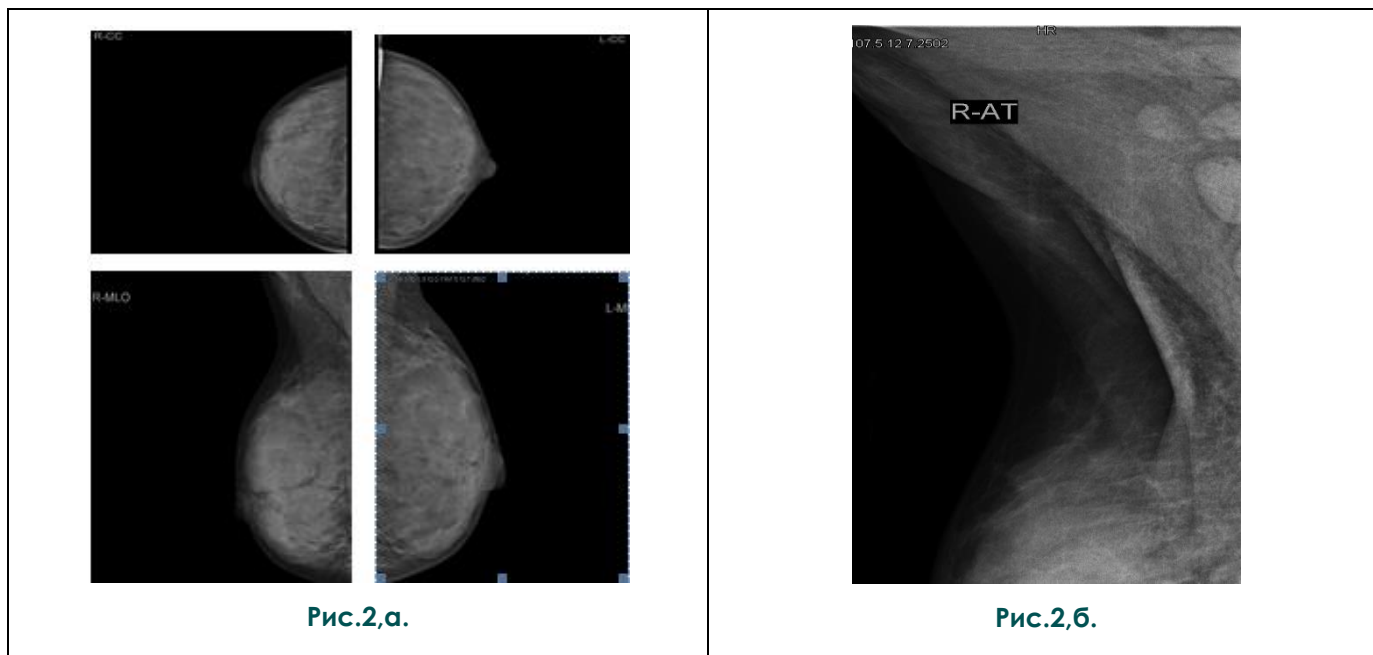


Рис. 2. Маммограмма.

а - Плотный железистый фон с двух сторон, во всех квадрантах. В правой молочной железе визуализируются участки контурированной отечности долей молочной железы, больше в верхне-наружных квадрантах. BI-RADS 0.

б - Визуализируются множественные, увеличенные лимфатические узлы.

кулезное поражение всей молочной железы [5].

Клинический случай.

Пациентка Б., 27 лет, в 2012 году обратилась с жалобами на уплотнение и хроническое воспаление в правой молочной железе в течение месяца. Из анамнеза – роды 6 месяцев назад. Беременность первая, самостоятельная. Лактация в течение 5 месяцев, купирована на фоне воспаления приемом агонистов дофаминовых рецепторов (каберголин). После прекращения лактации плотность, покраснение и болезненность правой МЖ не уменьшилась. В течение месяца получала антибиотики широкого спектра действия пенициллинового и цефалоспоринового ряда. Клиническая картина вялотекущего воспаления сохранялась без изменений. На данном этапе пациентка обратилась за диагностикой и лечением в маммологическое отделение «Научного Центра Здоровья Детей».

При первичном осмотре выявлено: общее состояние пациентки удовлетворительное, гипертермия не выявлена, отмечается болезненное плотное образование на границе наружных квадрантов правой молочной железы. МЖ умеренно отечна, с проявлением симптома «лимонной корки» в верхне-наружном квадранте. Слева МЖ развита правильно, без патологических изменений. Справа и слева при пальпации во внутренних квадрантах определяются округлые образования с четкими контурами, безболезненные. В аксиллярных зонах определяются лимфатические узлы, справа - резко увеличен-

ные до 2-4 см, множественные, подвижные, слева до 1,0 см, подвижные. Патологических выделений из сосков не выявлено. При проведении ультразвукового исследования в молочной железе отмечается преобладание железистой ткани, справа в верхне-наружном квадранте - с выраженной отечностью. Визуализируются анэхогенные участки с густым содержанием до 3 см, соединенные между собой свищевыми ходами (Рис. 1). Выявлены гипоехогенные образования в нижне-внутреннем квадранте с двух сторон с четкими контурами. При исследовании аксиллярной области выявлены лимфатические узлы с двух сторон: справа резко увеличены, размером до 2,0x1,1 см, с нарушением структуры за счет расширения корковой зоны, слева лимфатические узлы структурные, реактивные, не увеличенные.

Проведена цифровая маммография: плотная железистая ткань с двух сторон. Справа визуализируются очаги локальной плотности с контурированием наружных долей (Рис. 2 (а)). В аксиллярных зонах - увеличенные лимфатические узлы (Рис. 2 (б)).

Маммограмма не дала полную картину заболевания из-за высокой плотности тканей железы. В связи с этим проведена магнитно-резонансная томография молочных желез с внутривенным контрастированием.

По результатам МРТ с контрастированием с двух сторон во внутренних квадрантах определяются округлые образования с четкими ров-



Рис. 3. МРТ.

Молочная железа с контрастированием до и после лечения.

ными контурами, однородной структурой, с гипоинтенсивным МР-сигналом (фиброаденомы). В правой молочной железе определяются множественные округлые образования с четкими контурами, однородной структурой и гиперинтенсивным сигналом, не накапливающие контрастное вещество. Большая часть правой молочной железы с явлениями выраженного отека.

После проведенного лечения отмечается выраженная положительная динамика в виде отсутствия патологического накопления контрастного вещества, что свидетельствует об исчезновении воспаления в правой молочной железе (Рис. 3). Заключение: фиброаденоматоз с двух сторон. Воспалительные изменения правой молочной железы.

Учитывая отсутствие положительной динамики от проведения длительной антибактериальной терапии для выявления причины неспецифического воспаления, проведена трепан биопсия изменённых тканей МЖ и лимфатических узлов справа. Дополнительно под контролем УЗИ проведена лечебно-диагностическая пункция выявленных жидкостных образований. Материал отправлен на гистологическое и микробиологическое исследование. В пунктате лимфатического узла справа – зрелая гиперплазия, мелкие скопления нейтрофилов. В пунктате железы – картина гноя с выраженной размоткой хроматина, ядер, единичные клетки типа Пирогова-Лангханса и эпителиоидные клетки (Рис. 4) [9]. При неоднократных микробиологических исследованиях, на фоне смены групп антибактериальных пре-

паратов, рост патологических возбудителей не выявлен.

Опираясь на клиническую картину и результаты углубленного исследования, а также отсутствие эффекта от применения антибактериальной терапии (пенициллиновый и цефалоспориновый ряд) с учетом цитологического исследования (клетки Пирогова-Ланганса), выставлен диагноз: туберкулез правой молочной железы. Абсцедирующий тип. Фиброаденомы с двух сторон.

Больная Б. направлена в специализированное учреждение для подтверждения диагноза и назначения специфического лечения. После пересмотра исследований диагноз был подтвержден: туберкулез молочной железы справа. Активная фаза. МБТ abs. Начата противотуберкулезная химиотерапия. После прохождения первого курса лечения пациентка была проконсультирована в противотуберкулезной больнице, проведена биопсия очагов в правой молочной железе. При гистохимическом исследовании пунктата микобактерий туберкулеза не обнаружено. Наблюдалась положительная динамика. Проведено два курса химиотерапии.

Контрольное исследование МЖ проведено после завершения химиотерапии, МЖ симметрично мягкие, деформации кожных покровов не выявлено, при УЗИ определялась железистая ткань, без признаков отека и деструкции, наблюдаемые фиброаденомы без динамики. Лимфатические узлы структурные с двух сторон, справа до 1,3x0,6 см.

Обсуждение.

При длительном воспалительном процессе

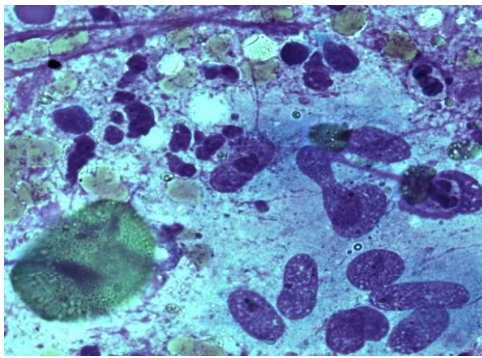


Рис.4.

Рис. 4. Гистограмма.

Цитологическое исследование пунктата молочной железы. Гигантская клетка типа Пирогова-Лангханса, картина гноя с выраженной размоткой хроматина.

в МЖ, на фоне приема антибактериальной терапии, без положительной клинической динамики, рекомендуется замена антибактериального препарата. В случае отсутствия улучшений состояния пациента требуется более углубленное исследование с включением в дифференциальную диагностику не только онкологической патологии, но и туберкулеза МЖ. Одним из этапов дообследования пациента является проведение дополнительных исследований для исключения онкопатологии: маммография, МРТ с контрастом, трепан-биопсия с гистохимическим исследованием материала. При исключении маститоподобного рака МЖ необходимо исключить наличие туберкулезного процесса: проведение рентгенографии органов грудной клетки, Диаскинтест и/или проба Манту. При отрицательных результатах дополнительных исследований - повторная трепан-биопсия из очагов

плотности МЖ и лимфоузлов.

Несмотря на использование комплекса современных диагностических методов, решающее значение для диагностики туберкулеза имеют положительные находки при посеве материала пунктата или биоптата: обнаружение микобактерий туберкулеза, туберкулезных гранул или гигантских клеток Пирогова-Лангханса.

Одним из симптомов туберкулезного процесса может являться наличие неоднократных отрицательных результатов бактериального посева функционального отделяемого из очага.

Основным видом лечения туберкулеза МЖ является назначение специфических химиопрепаратов, хирургическое лечение (секторальная резекция) при наличии положительной клинической динамики не показано.

Выводы

1. При отсутствии положительной клинической динамики в лечении воспалительного процесса в МЖ необходима дифференциальная диагностика процесса для исключения маститоподобного рака и туберкулезного процесса.
2. Первичный очаг туберкулезного процесса в молочной железе может протекать при отрицательных специфических реакциях (проба Манту и Диаскинтест).
3. При туберкулезе МЖ эффективно проведение специфической химиотерапии.
4. Может быть рекомендовано обследование на туберкулез ближайшего окружения пациента.

Источник финансирования и конфликт интересов.

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие финансовой поддержки исследования и конфликта интересов, о которых необходимо сообщить.

References:

1. Hiremath B.V., Subramaniam N. Primary breast tuberculosis: diagnostic and therapeutic dilemmas. *Breast Dis.* 2015; 35 (3): 187-93.
2. Mjid M., Toujani S., Amraoui J., Habibeche S., Salah N. B., Ouahchi Y., Sfar E., Louzir B., Mhiri N., Cherif J., Beji M. A rare cause of a tumoral swelling of the breast: Breast tuberculosis. *Tunis Med.* 2015; 93 (6): 398-9.
3. Tewari M., Shukla H. S. Breast tuberculosis: diagnosis, clinical features & management. *Indian Journal of Medical Research.* 2005; 122 (2): 103.
4. Khodabakhshi B., Mehravar F. Breast tuberculosis in north-east Iran: review of 22 cases. *BMC Womens Health.* 2014; 31(14): 72.
5. Afridi S. P. Spectrum of breast tuberculosis. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2009; 19 (3): 158-61.
6. Sabageh D., Amao E.A., Ayo-Aderibigbe A.A., Sabageh A.O. Tuberculous mastitis simulating carcinoma of the breast in a young Nigerian woman: a case report. *Pan Afr Med J.* 2015; 15 (21): 125.
7. Kakkar S. Tuberculosis of the breast. *Acta cytologica.* 2000; 44 (3): 292-296.
8. Fadaei-Araghi M. Breast tuberculosis: report of eight cases. *Arch Iran Med.* 2008; 11 (4): 463-465.
9. Pal P.L., Patra S.K., Ray S. An unusual cause of breast lump: isolated tuberculosis of the breast. *Am J Trop Med Hyg.* 2014; 90 (5): 788-9.