

CASO CLINICO



- Paziente di 79 anni giunge in PS per fuoriuscita ematica spontanea ed abbondante da un'area apparentemente ulcerata localizzata al QSI della mammella sinistra.
- EO: Mammella sinistra di volume marcatamente aumentato rispetto alla controlaterale, cute tesa, con colorito violaceo.

Non masse solide alla palpazione.



CASO CLINICO



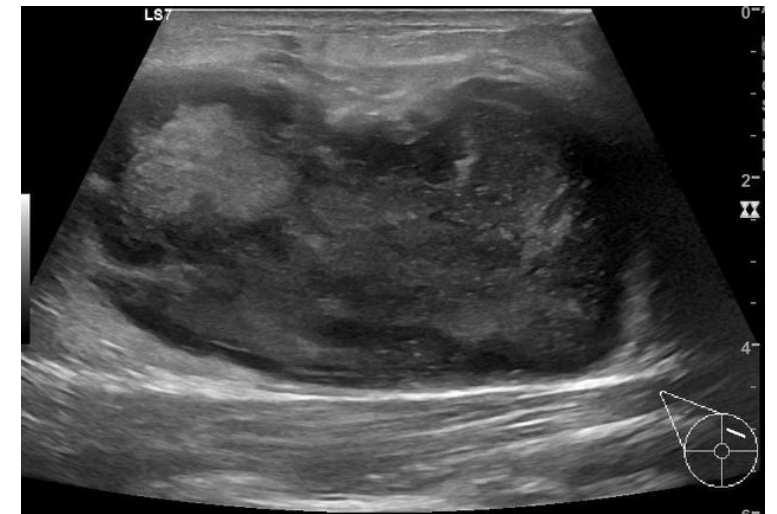
CARCINOMA INFIAMMATORIO?
MASTITE- ASCESSO?
ALTRO?



Carcinoma infiammatorio



Ascesso mammario



CASO CLINICO



US: voluminosa raccolta fluida non transonica per la presenza di materiale denso in sospensione.

Nel quadrante mediale della mammella, vegetante all'interno della area fluida, è presente formazione nodulare fortemente vascolarizzata di cm 4,5 circa.



CASO CLINICO



Referto Citologico (categorie diagnostiche sec. Linee Guida Europee)

C1 inadeguato

C2 benigno/negativo

C3 atipia/probabilmente benigno

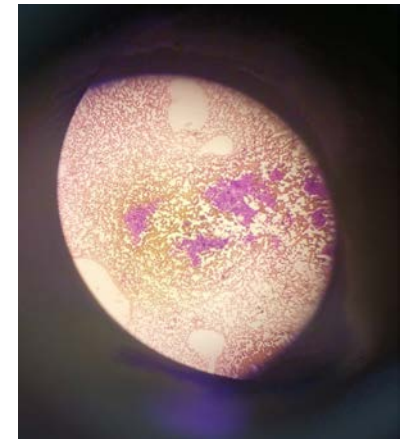
C4 sospetto di malignità

C5 maligno/positivo

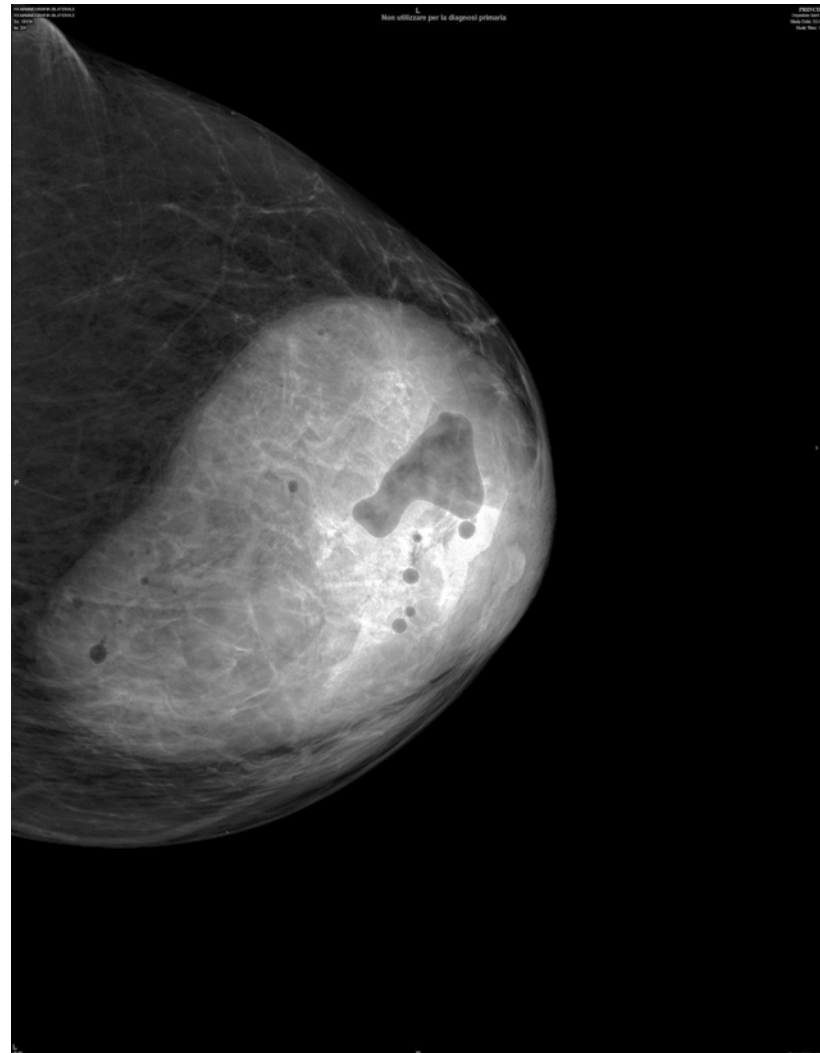
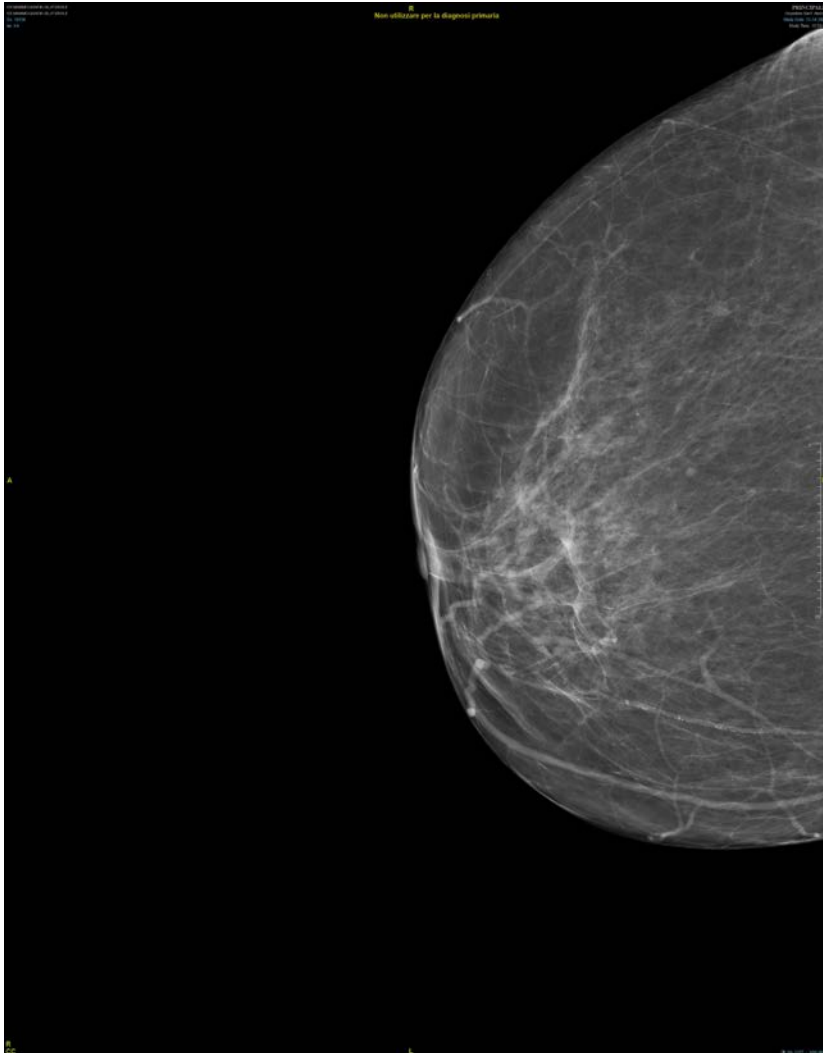
Attraverso il tragitto fistoloso si introduce ago cannula all'interno della mammella, da cui si aspira circa 1,2 l di materiale ematico di colorito brunastro.

Si procede ad ago aspirazione con ago sottile di formazione nodulare vegetante all'interno dell'area fluida.

Esame citologico estemporaneo:
lesione papillare, C4.



CASO CLINICO



A sinistra, formazione ovalare, a contorni netti (16 cm circa) nel cui contesto si apprezza un' area di minore densità verosimilmente in relazione al reperto solido visualizzato all'US.



CASO CLINICO



Notizie Cliniche:

lesione papillare intracistica C4

MATERIALE ACCETTATO:

- A) Quadrante supero interno mammella Sinistra
- B) Linfonodi ascellari mammella sinistra
- C) Linfonodo sospetto ascellare sinistra: definitivo di esame intraoperatorio n° 466/21

DESCRIZIONE MACROSCOPICA:

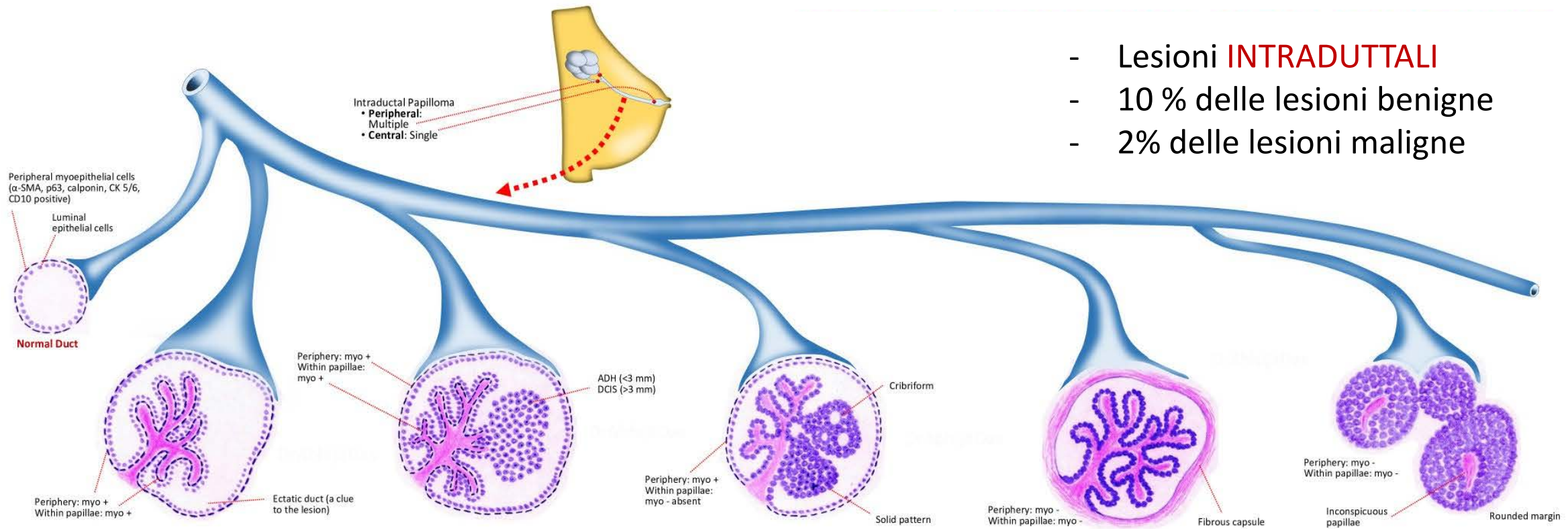
- A) Quadrante supero-interno della mammella sinistra delle dimensioni di cm 15x7x3 rivestito da losanga di cute delle dimensioni di cm 11x7 con presenza di tramite fistoloso delle dimensioni di cm 2x0.5 ed orientato mediante fili di repere indicanti i versanti "areolare, mediale e laterale". Al taglio per tutta la lunghezza del quadrante si osserva la presenza di dilatazione cistica repleta di materiale brunastro friabile riferibile a coaguli ematici, ed un inspessimento fibroso che contorna la dilatazione cistica. Si reperta neoformazione polipoide aggettante nel lume cistico delle dimensioni di cm 2x1 Si china in verde il MRP.
- B) Frammento di tessuto fibroadiposo delle dimensioni di cm 6x5x2, nel cui contesto si isolano alcuni linfonodi macroscopicamente sospetti per metastasi
- C) vedi E/466/21



«Carcinoma papillare solido intracistico»



LESIONI PAPILLARI



- Lesioni **INTRADUTTALI**
- 10 % delle lesioni benigne
- 2% delle lesioni maligne

Features	Intraductal Papilloma	Papilloma with ADH or DCIS	Intraductal Papillary Carcinoma / Papillary DCIS	Encapsulated Papillary Carcinoma / Intracystic Papillary Carcinoma	Solid Papillary Carcinoma
Number of lesions	Central: single Peripheral: multiple	Central: single Peripheral: multiple	Multiple	Single	Single or multiple
Papillae	Arborescent structure of fibrovascular cores; usually broad fronds	Arborescent structure of fibrovascular cores; usually broad fronds	Arborescent structure of fibrovascular cores; usually slender fronds	Arborescent structure of fibrovascular cores; usually slender fronds; surrounded by fibrous capsule	Multiple circumscribed solid mass in contiguous geographic pattern; inconspicuous delicate fibrovascular septa
Myoepithelial cells	<ul style="list-style-type: none"> • Present • Present 	<ul style="list-style-type: none"> • Present • Present (note: absent or attenuated in areas of ADH or DCIS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Absent • Present 	<ul style="list-style-type: none"> • Absent • Absent 	<ul style="list-style-type: none"> • Absent in solid proliferation • Absent in outer rim of nodules
Epithelial cells	<ul style="list-style-type: none"> • Non-neoplastic • Apocrine change common, may have foci of UDH, squamous metaplasia (if infarction due to needling or torsion of fronds) • OTHERS: stromal fibrosis often obscure papillary structure, k/a sclerosing papilloma (a variant of ductal adenoma) 	<ul style="list-style-type: none"> • Papilloma along with focal proliferation (ADH if <3 mm; DCIS if >3 mm) of monotonous cells with cyto-architectural features of low grade ductal neoplasia • Atypical epithelium (ADH, DCIS area) <ul style="list-style-type: none"> > HMWCK negative > ER positive 	<ul style="list-style-type: none"> • Single population of neoplastic cells • May form micropapillary, cribriform or solid structures • Atypical epithelium <ul style="list-style-type: none"> > HMWCK negative > ER positive • OTHERS: mammography shows microcalcification 	<ul style="list-style-type: none"> • Low to intermediate grade monotonous neoplastic cells • OTHERS: cribriform & solid patterns may be present 	<ul style="list-style-type: none"> • Cyto-architectural features of low nuclear grade • Neuroendocrine differentiation common • Mucin production (both intra & extracellular) can be seen

LESIONI PAPILLARI



CATEGORIA DIAGNOSTICA: B3

B3

(lesion of uncertain malignant potential)

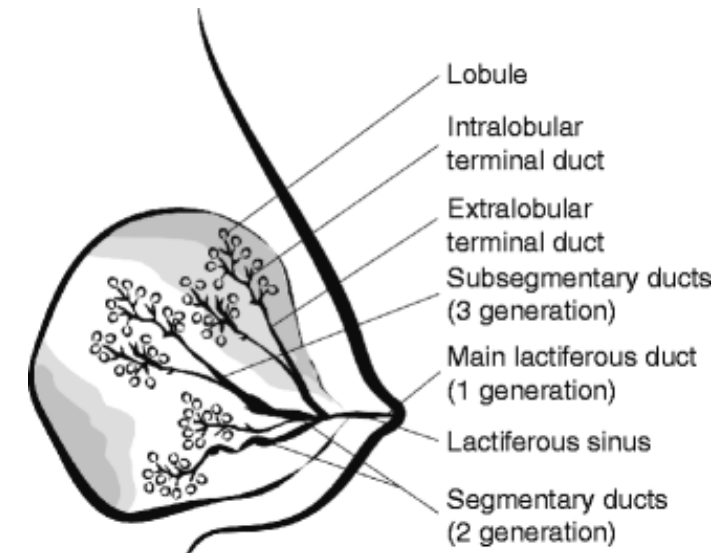
- atypical ductal hyperplasia (adh)
- lobular neoplasia (alh and clis)
- papillary lesion
- radial scar/complex sclerosing lesion
- fibroepithelial lesion
- mucocele-like lesion

- B1 tessuto normale/non diagnostico
- B2 lesioni benigne
- B3 lesioni ad incerto potenziale di malignità
- B4 lesioni sospette
- B5 lesioni maligne



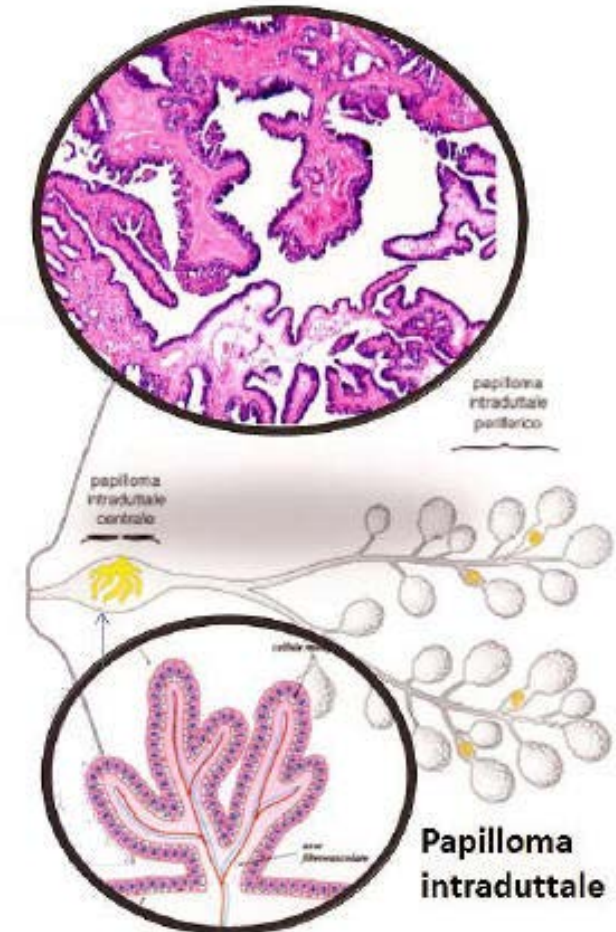
PAPILLOMA SOLITARIO

- «Centrale» : Origine nei dotti retroareolari maggiori
- Prima causa di secrezione patologica dal capezzolo (unilaterale, monorifiziale, sieroematica/sierosa/limpida)
- Età peri menopausale
- Generalmente non palpabile / massa retroareolare
- Rischio relativo di cancro mammario maggiore (1,5 – 2 x) rispetto alla popolazione sana (rischio di 0-16% nelle forme senza atipia, 25-30% in caso di atipie cellulari)

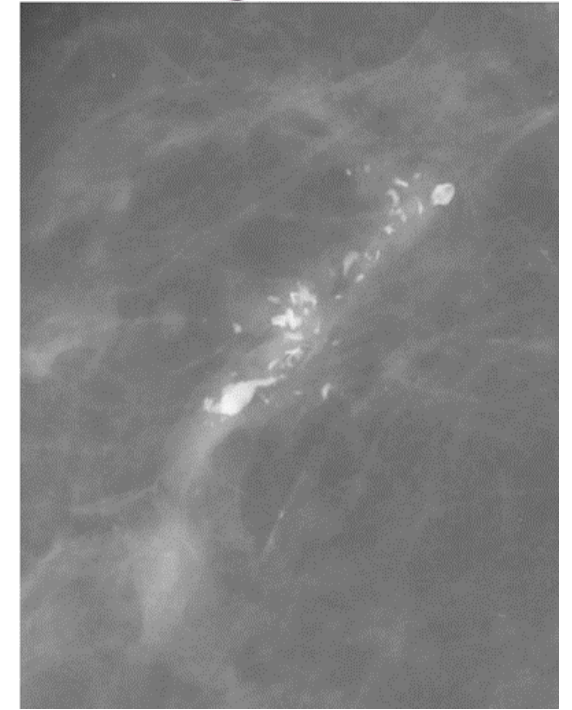
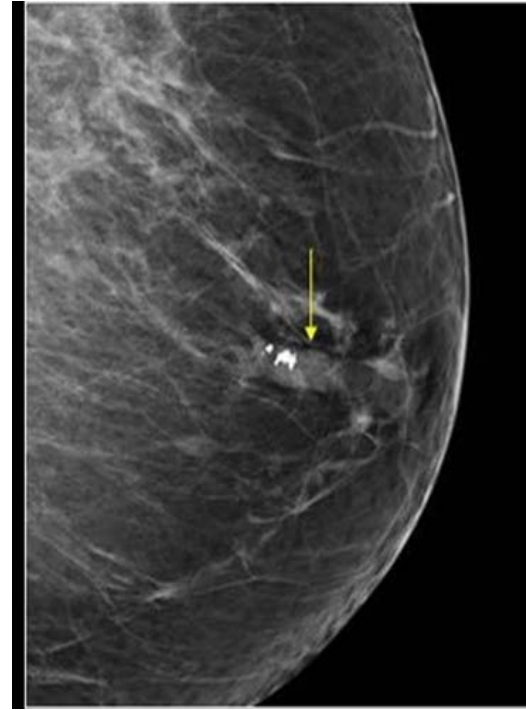
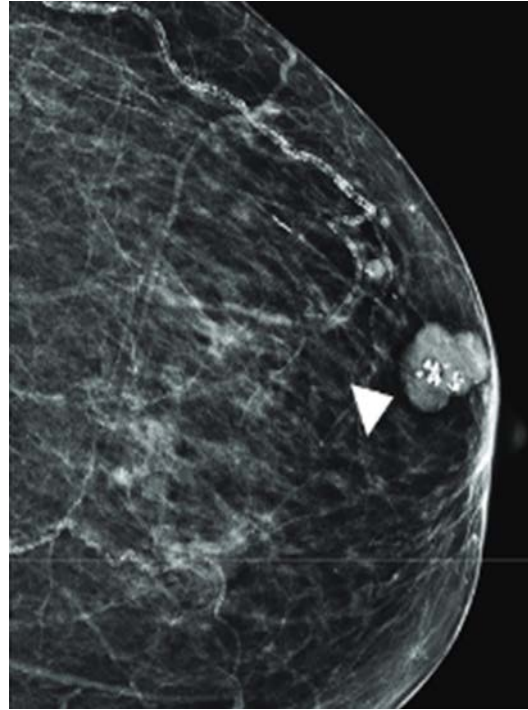
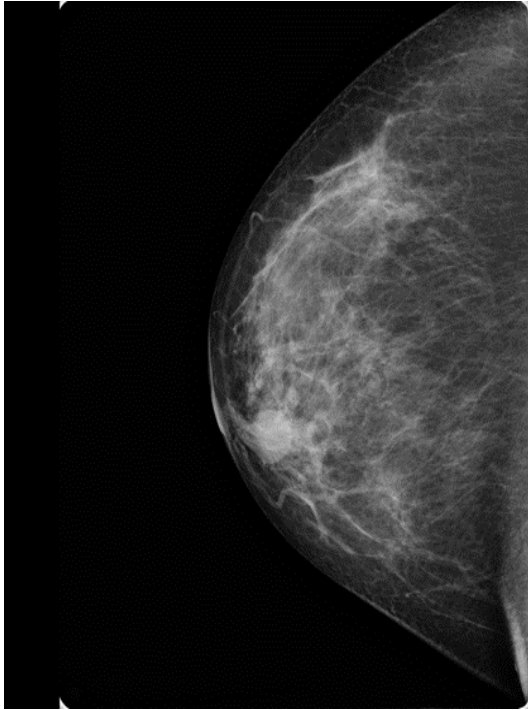


PAPILLOMI MULTIPLI

- Periferici -> origine nei dotti terminali
- Clinicamente occulti nella maggior parte dei casi; nel 20% secrezione monolaterale
- Più comune in donne giovani
- “Lesione precancerosa” -> Rischio potenziale di malignità: 32-76%.
- Tendenza alla recidiva dopo asportazione chirurgica



MAMMOGRAFIA



- Massa retroareolare tonda/ovale con margini più frequentemente definiti (raramente spiculati)
- Calcificazioni grossolane/curvilinee, isolate o associate ad una massa. Microcalcificazioni nel contesto di un papilloma possono suggerire la presenza di CDIS.
- Singolo dotto dilatato come segno indiretto

NB. Papilloma con atipie: Aspetto talvolta identico a quello dei papillomi benigni.



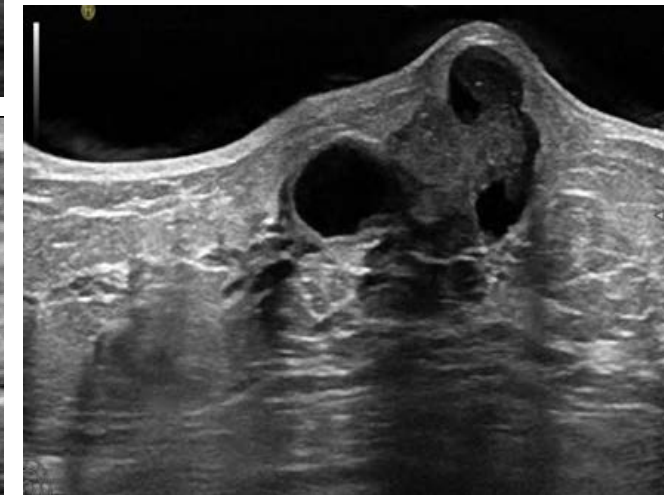
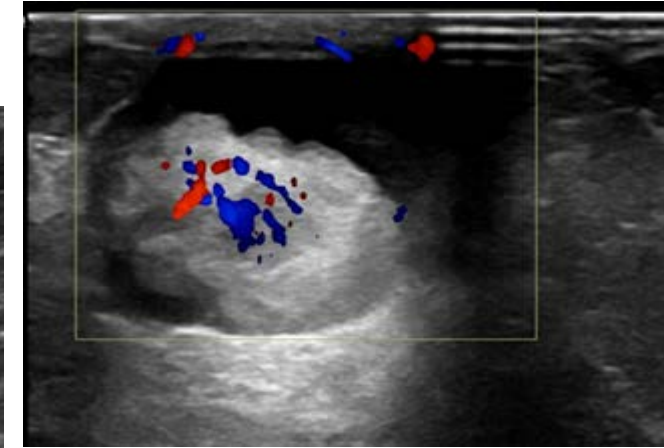
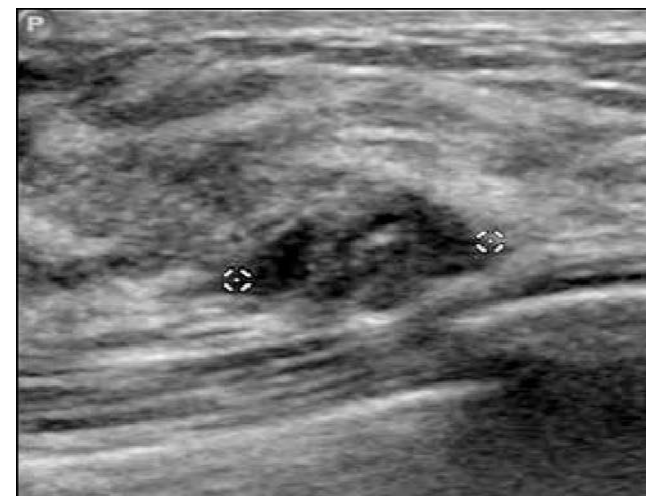
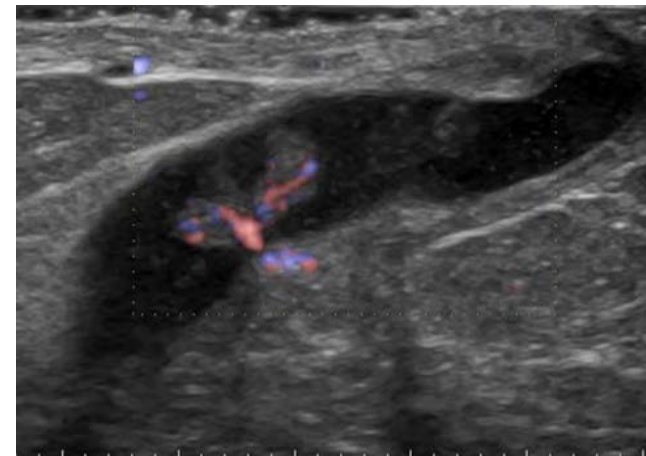
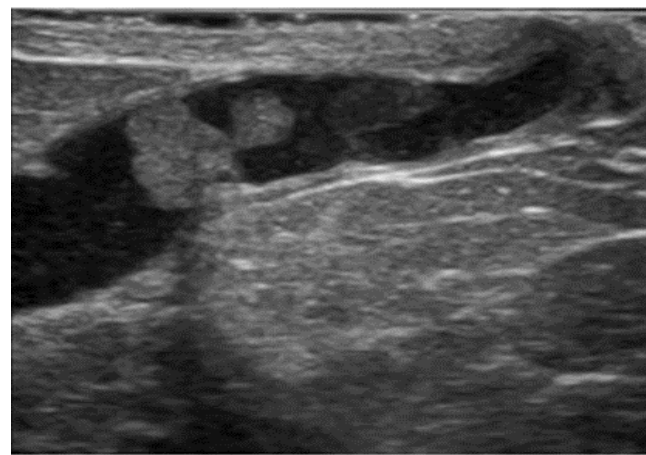
ECOGRAFIA

3 possibili pattern:

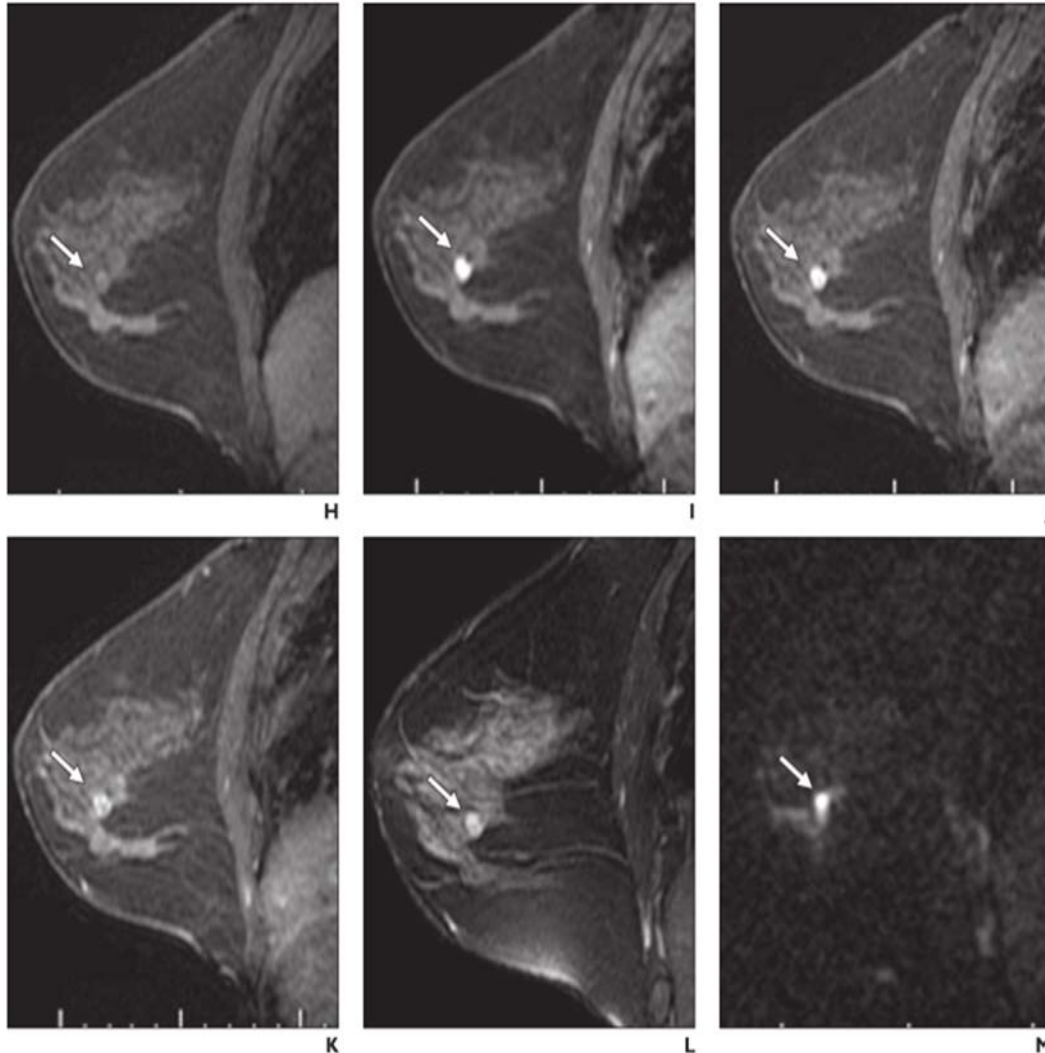
- a. Lesione intraduttale, con o senza dilatazione duttale
- b. Lesione intracistica
- c. Lesione prevalentemente solida

Per lesioni molto piccole: ectasia focale duttale come unico segno indiretto (Un unico dotto dilatato, anche in assenza di una lesione intraduttale, è altamente suggestivo per papilloma intraduttale in caso di secrezione ematica dal capezzolo)

Caratteristico pattern di vascolarizzazione all'esame con color-doppler



RISONANZA MAGNETICA



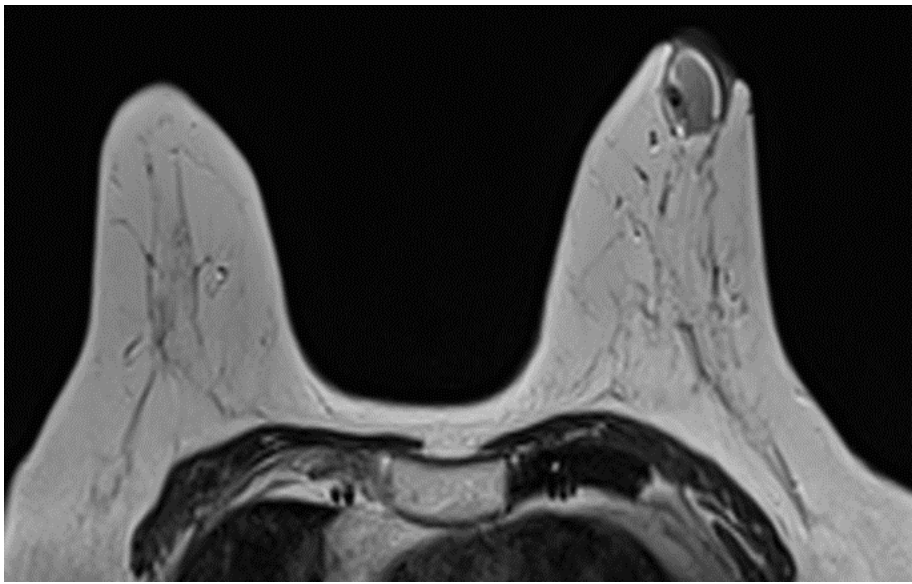
Caratteristiche del segnale:

- T1 pre-mdc: ipo o isointenso rispetto al tessuto ghiandolare mammario
- T1 C+: enhancement variabile.

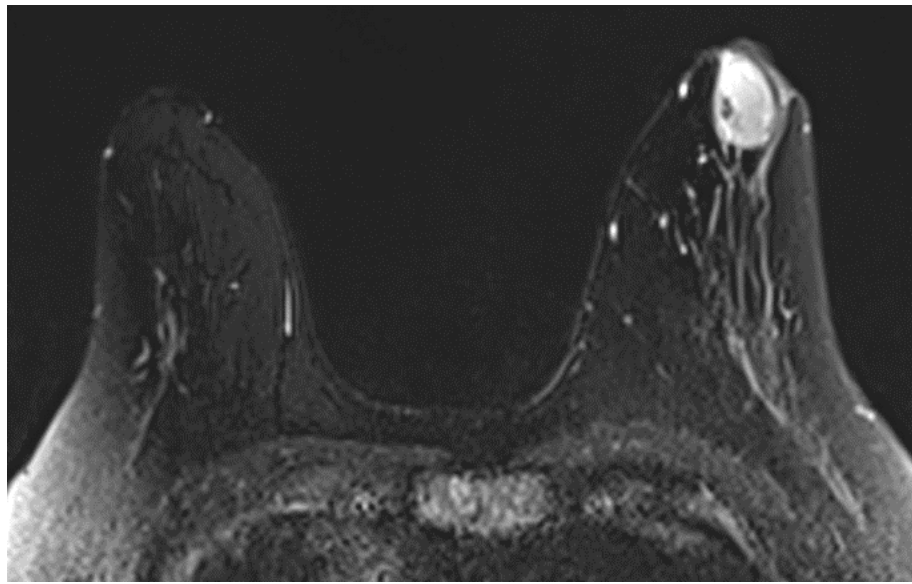
N.B: Molti papillomi sono caratterizzati da un rapido wash-in e wash-out che simula lesioni maligne.

- DWI/ADC: alto DWI, bassi valori ADC
- T2/STIR: iperintenso rispetto al parenchima ghiandolare

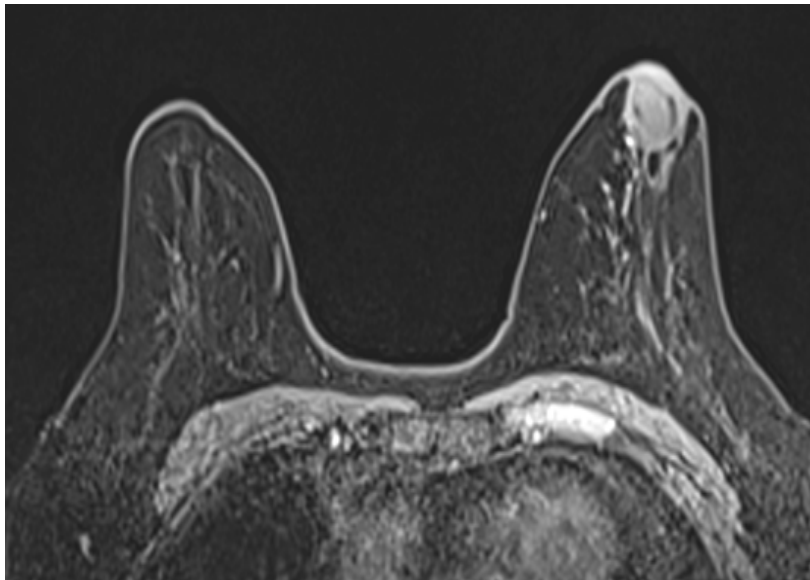




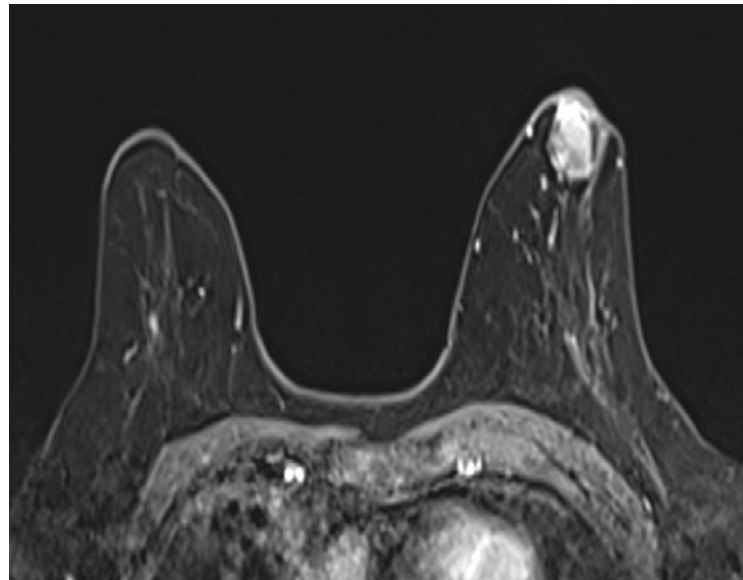
T2



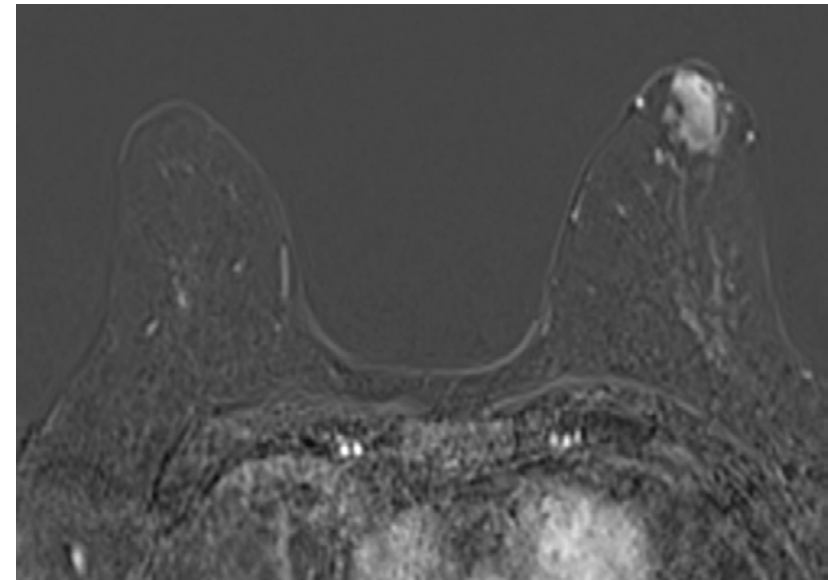
STIR



T1 pre-mdc



T1 Post-mdc



DUTTOGALATTOGRAFIA

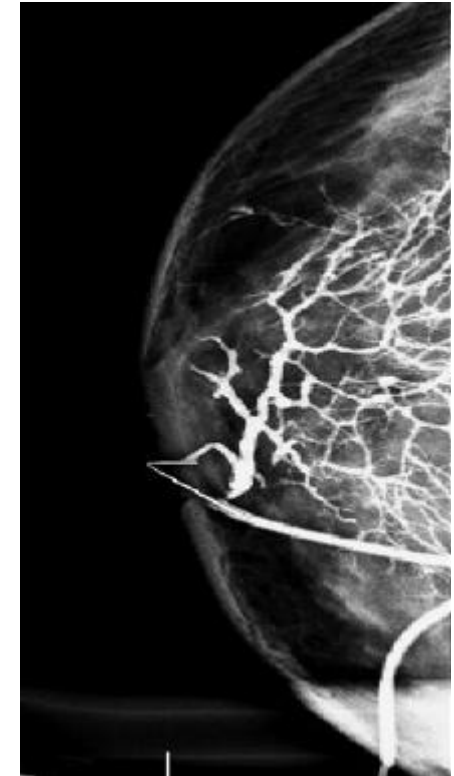


Indicazione: secrezione patologica, qualora la tecnica mammografica o ultrasonografica falliscano.

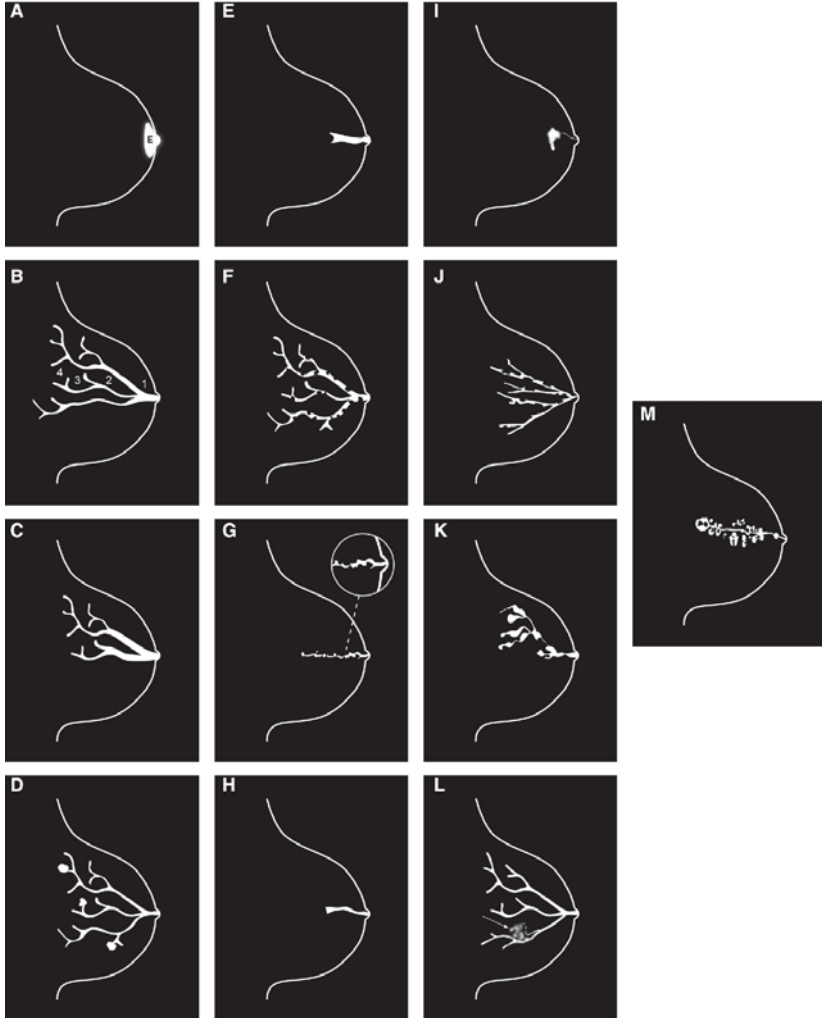
L'identificazione del dotto che presenta la lesione è utile per un'escissione chirurgica mirata.

Tecnica di indagine:

- Individuazione sbocco orifiziale
- Microcannula metallica 27-30 G
- Iniezione 1 cc mdc iodato
- Radiogrammi: CC e MLO.
- Complicanze : flogistiche (rare). Controindicata in caso di mastite, ascesso mammario, allergia al mdc.
- Fallimento (15% dei casi): per dotto non incannulabile o stravasi iatrogeni.



GICS: GALACTOGRAM IMAGE CLASSIFICATION SYSTEM

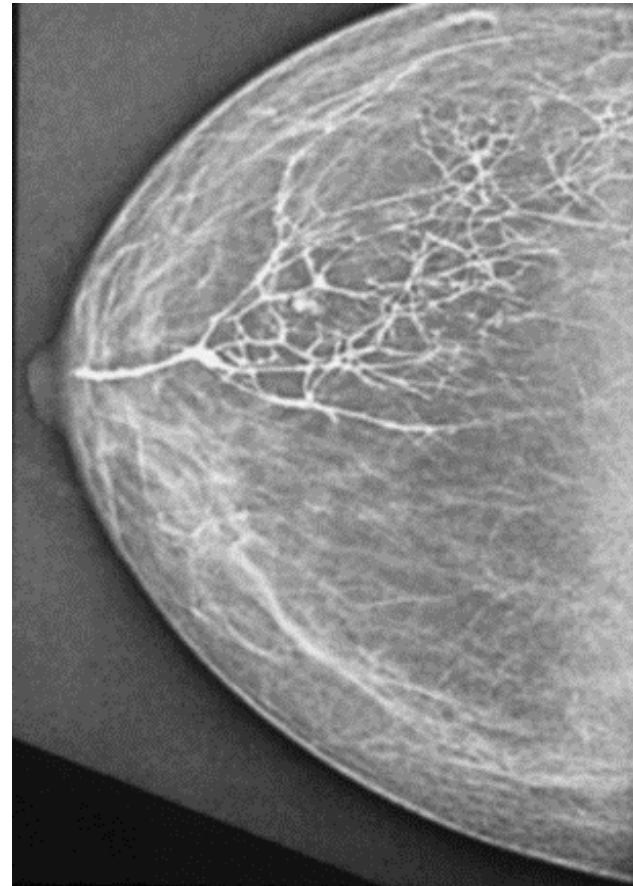


L'applicazione della classificazione GICS consente una miglior differenziazione della patologia maligna in base all'analisi morfologica.

- GICS 0: valutazione incompleta
- GICS 1: galattogramma normale
- GICS 2: benigno
- GICS 3: probabilmente benigno
- GICS 4: sospetto di malignità
- GICS 5: altamente suggestivo di malignità



GICS: GALACTOGRAM IMAGE CLASSIFICATION SYSTEM

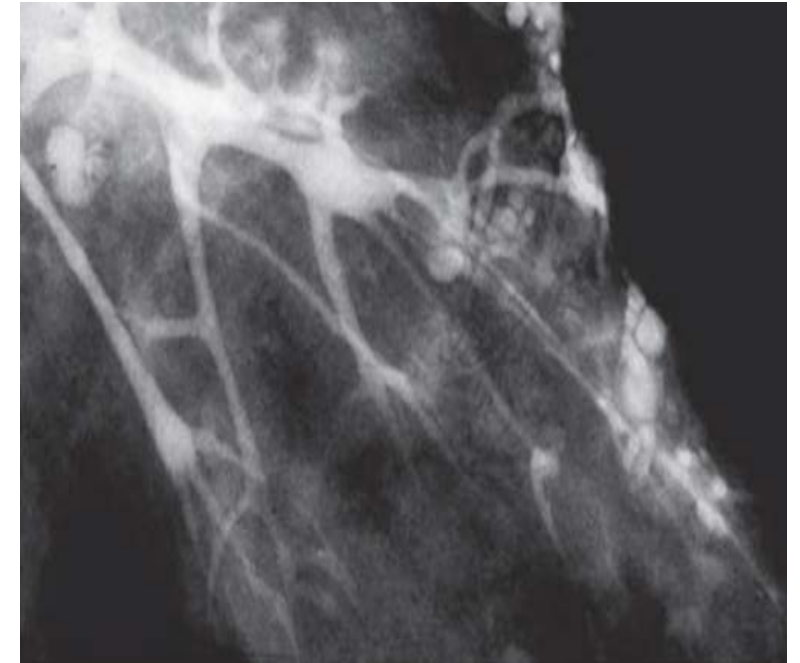


GICS 1: Galattogramma normale o negativo per malignità.

Ramificazione uniforme, calibro duttale che si riduce progressivamente dal condotto principale (<3 millimetri) alla ramificazione terminale.



GICS: GALACTOGRAM IMAGE CLASSIFICATION SYSTEM



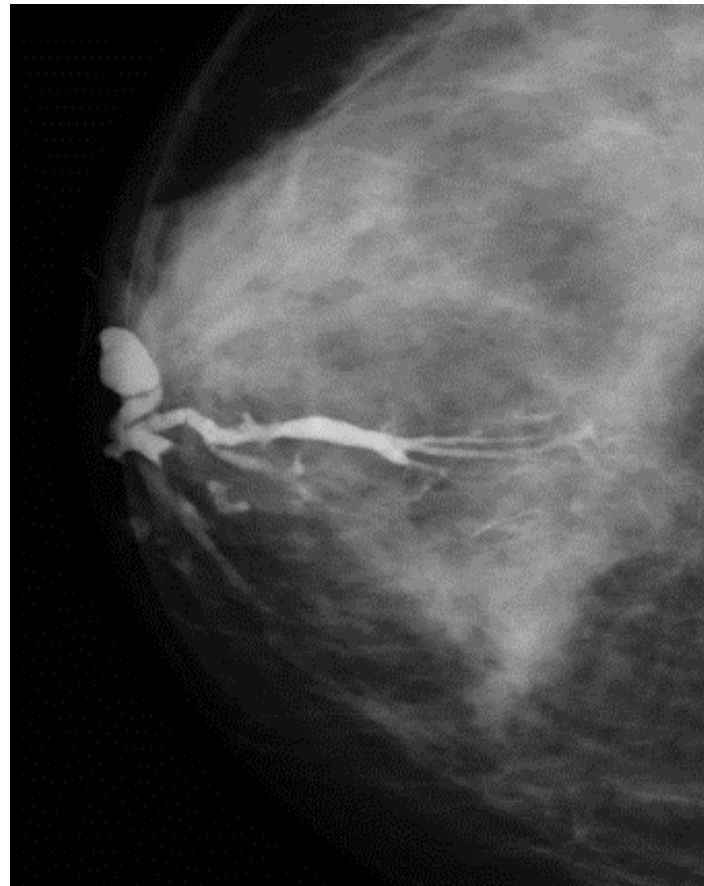
GICS 2: Ritrovamento benigno.

- Ectasia duttale: aumento del calibro del sistema duttale ($>3\text{mm}$), senza difetti di riempimento duttali.
- Modificazione fibrocistica: sistema duttale normale, con passaggio del mezzo di contrasto tra i dotti e le cisti.

Raccomandazione: follow-up a breve termine, galattografia a 3 o 6 mesi.



GICS: GALACTOGRAM IMAGE CLASSIFICATION SYSTEM



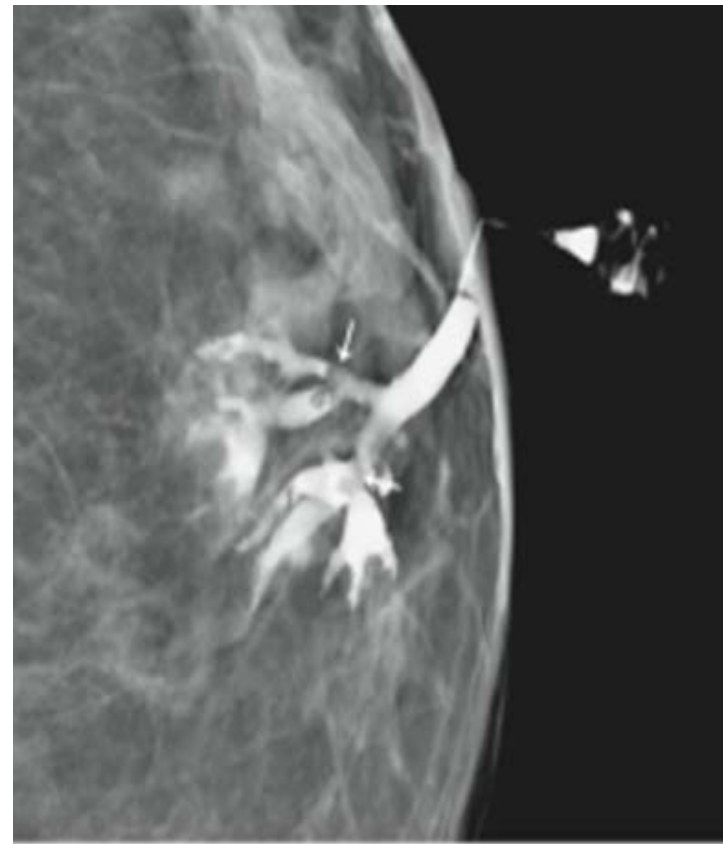
GICS 3: probabile ritrovamento benigno.

Macrodifetto di riempimento con associata ectasia del dotto o completa ostruzione dello stesso (stop duttale concavo).

Raccomandazione: escissione.



GICS: GALACTOGRAM IMAGE CLASSIFICATION SYSTEM



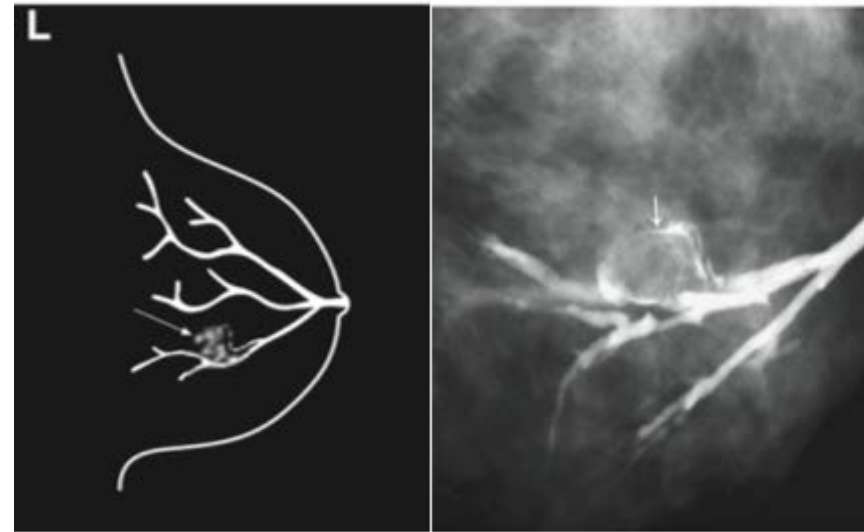
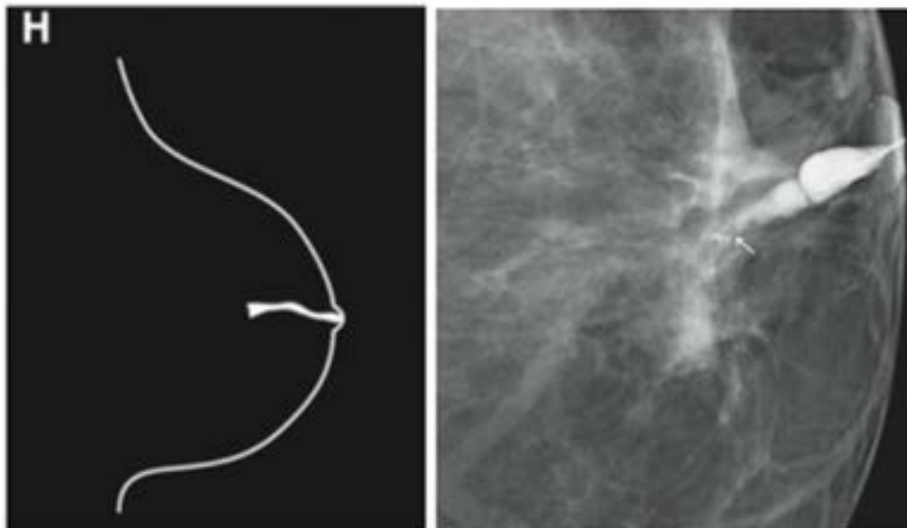
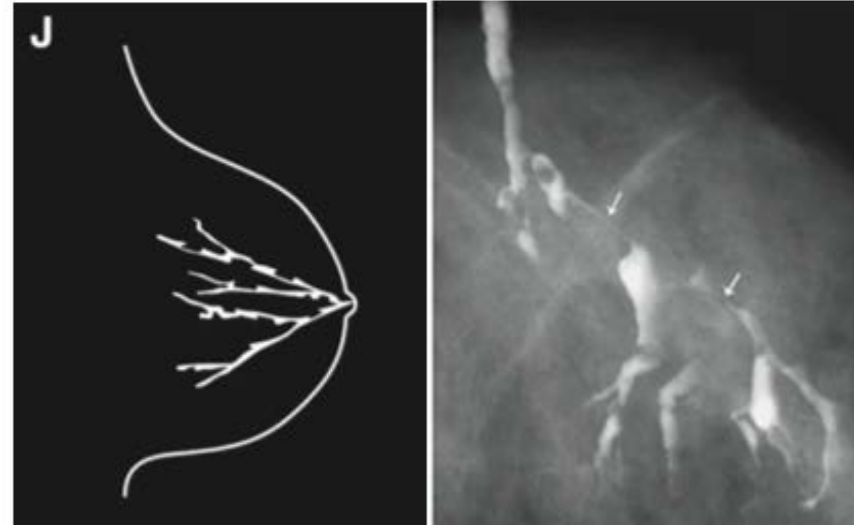
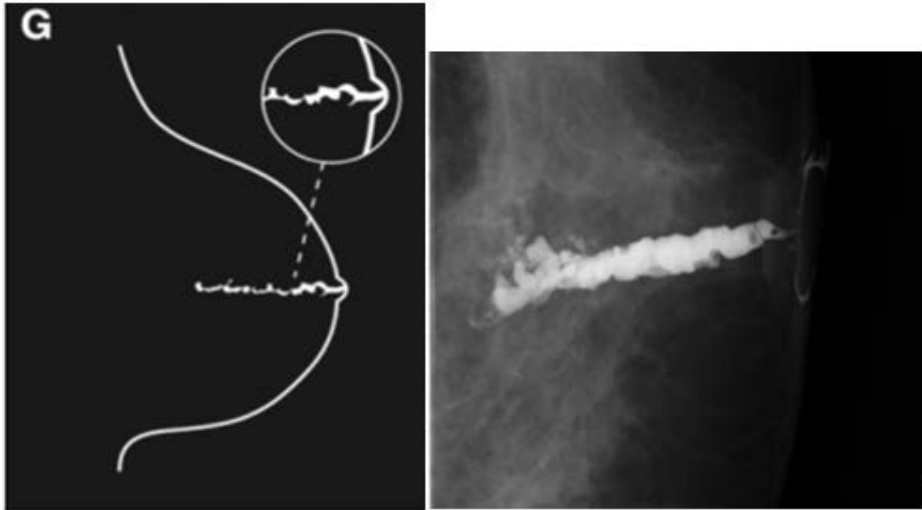
GICS 4: sospetto di malignità.

Multipli macrodifetti di riempimento con ectasia duttale.

La posizione più comune è nei dotti segmentali e subsegmentali.

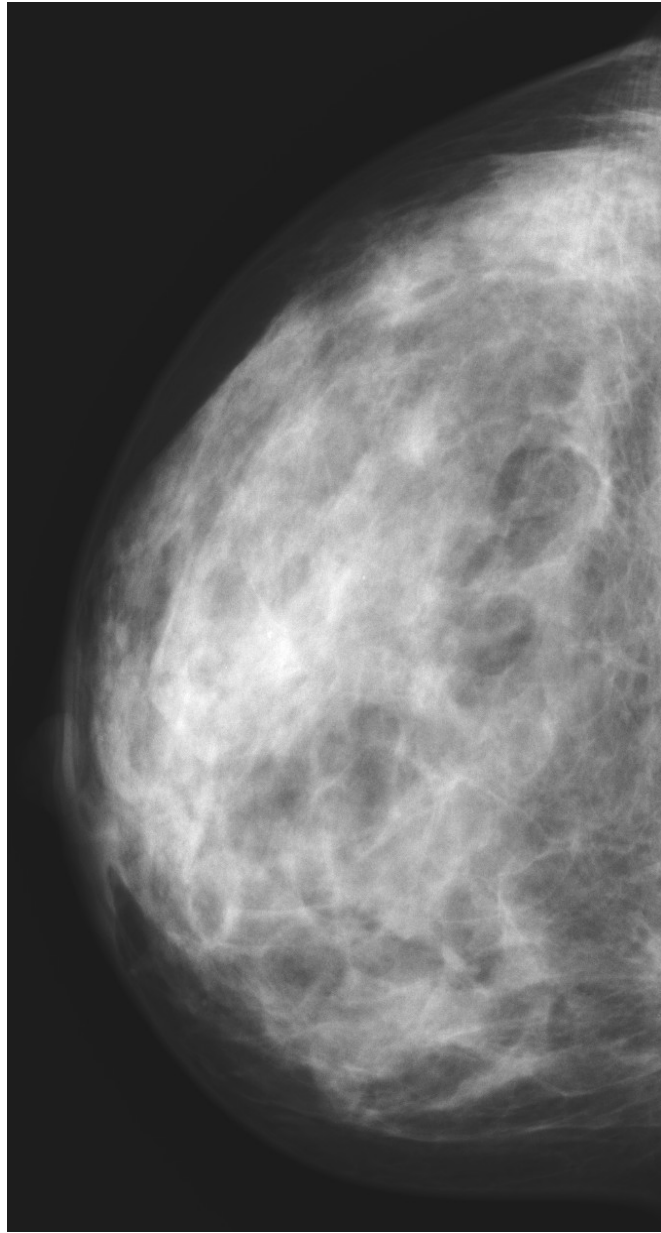
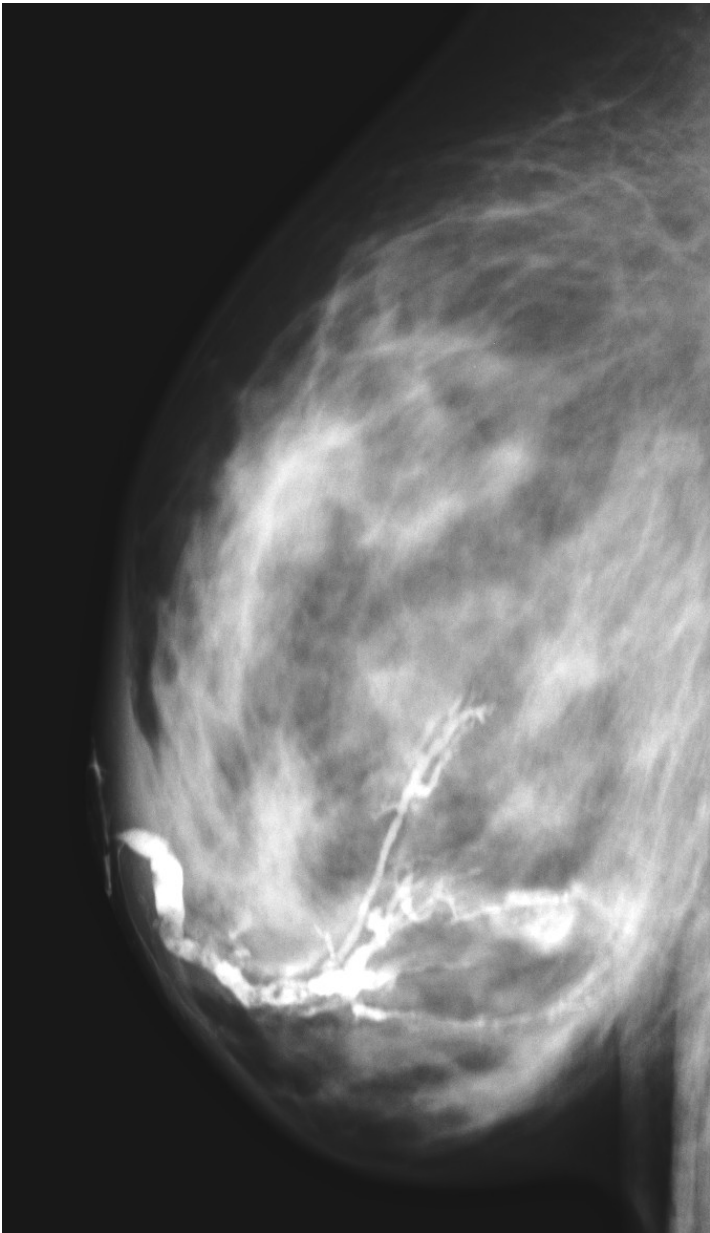


GICS: GALACTOGRAM IMAGE CLASSIFICATION SYSTEM

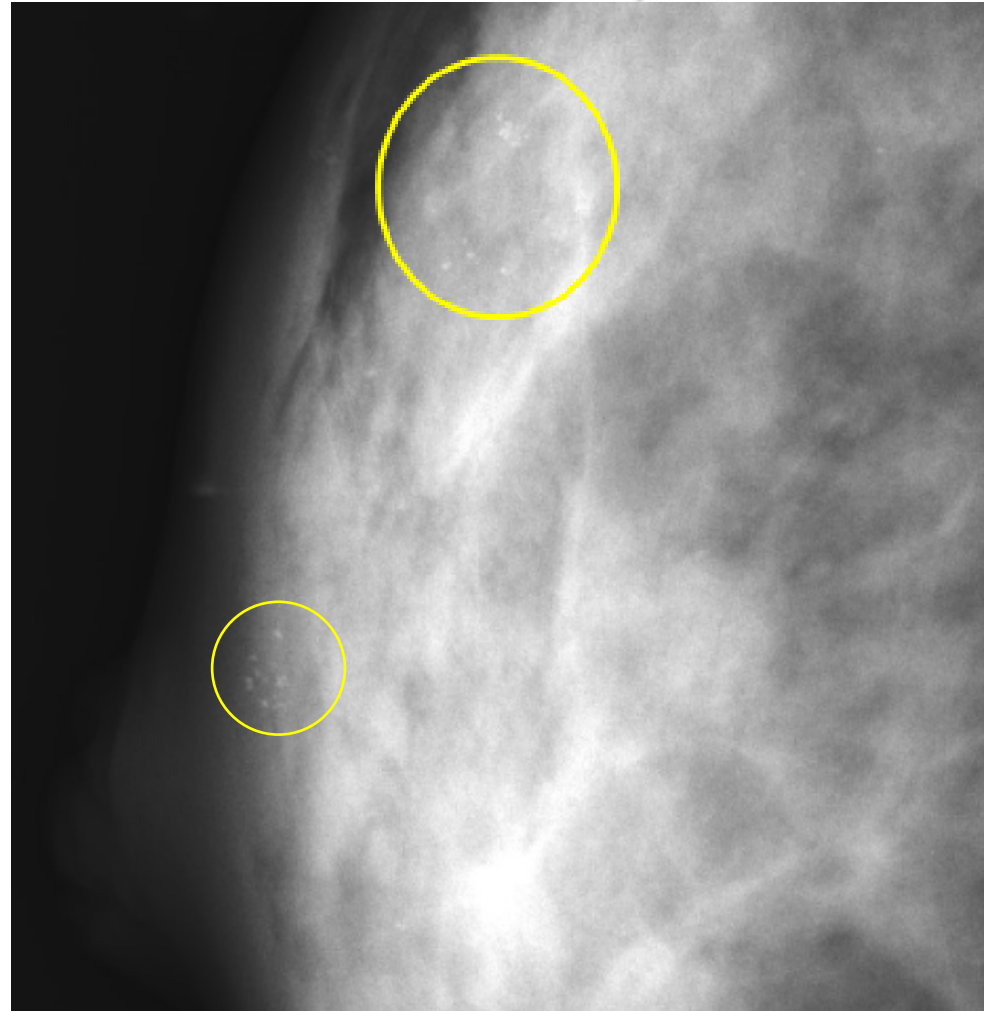


GICS 5: altamente suggestivo di malignità.





2012



2013



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

CARCINOMA PAPILLARE



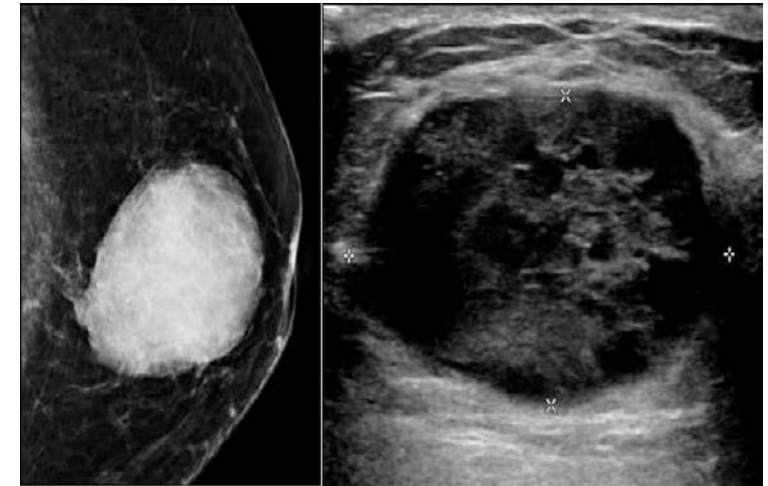
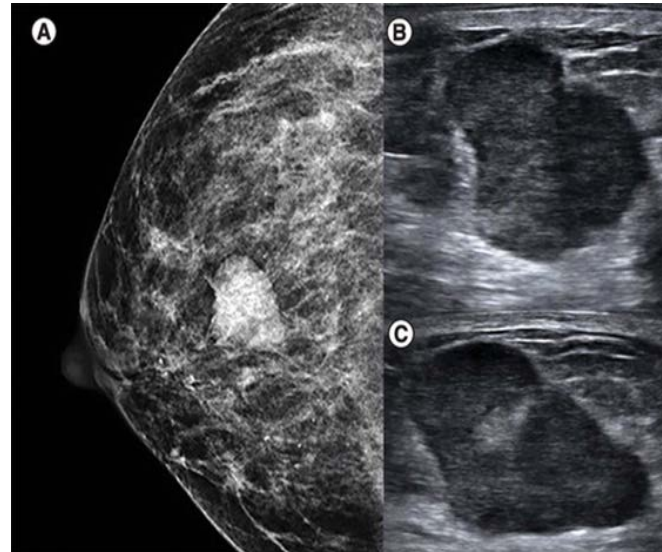
- 2% di tutti i cancri della mammella
- Età post menopausale (età media 65 anni)

Forme non invasive: carcinoma duttale papillare in situ, carcinoma papillare solido, carcinoma papillare incapsulato

Forme invasive: carcinoma papillare invasivo.

Tasso di crescita lento -> buona prognosi.

- Massa palpabile, spesso di grandi dimensioni, talvolta associata ad eritema / ulcerazione della cute
- Secrezione sierosa-ematica / retrazione del capezzolo
- **Tendenza al sanguinamento intralesionale**



MANAGEMENT



- ESAME CITOLOGICO sul secreto
- ECOGRAFIA/MAMMOGRAFIA
- FNAC su formazione papillomatosa/materiale intraduttale o CORE BIOPSY (per lesioni di dimensioni maggiori)
- DUTTOGALATTOGRAFIA (se US/RX negativa)
- RMM
- DUTTOGALATTOFORECTOMIA





**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE**