

Haruldane haigusjuht: rinna primaarne osteosarkoom

Anne Reppo, Tiina Kuum, Sulev Ulp – TÜ Kliinikumi radioloogikliinik

68 aasta vanune naispatsient avastas palpeerimisel mais 2019 tihendi oma paremas rinnas. Mammogrammidel paremast rinnast kraniokaudaalsuunas (vt joonis 1A) ja mediolateraalsel pöikivõttel (vt joonis 1B) oli rinna lateraalses ülaosas nähtav 2,8 × 1,8 cm tihe lubistunud sõlm, mille perifeerias oli ebateravat, kohati kiirjat lubistumist (spikulaarsust, meenutas periostaalset nn *sunburst*'i reaktsiooni). Leiu täpsustamiseks soovitati teha ultraheliuuring, kuhu patsient isiklikel põhjustel ei saanud minna. Moodustis rinnas suurenes ja 4 kuud hiljem tehtud mammogrammidel (tomosünteesiuuring) (vt joonis 2A ja joonis 2B) oli lubistustega tuumor poole võrra suurenenud (5,4 × 4,3 cm)! Tehtud uuringute alusel järeldati, et tegu ei ole tüüpilise rinnakartsinoomiga, jäi kahtlus osteosarkoomi suhtes.

Pahaloomulise kasvaja staadiumi uuringul (kompuutertomograafia rindkerest, kõhukoopast ning vaagnast natiivis ja veenisises kontrasteerimise järel) tuli nähtavale 5 cm läbimõõduga lubistustega lobulaarne lisamass paremas rinnas (vt joonis 3A). Metastaase ei leitud.

Raviks tehti parema rinnanäärme sektooraalne reseksioon koos valvurlümfisõlmebiopsiaga.

Operatsioonil eemaldatud koe patohistoloogilise uuringu kokkuvõte: ekstraskelaalne osteosarkoom G1 (FNCLCC järgi skoor 2). Metaplastilise kartsinoomi välistamiseks kasutatud immuunmarkerid CKAE1/AE3, CK5/6 olid negatiivse leiuga. Lõikepiir oli puhas, valvurlümfisõlm kasvavavaba. Kasvaja staadium: pT1N0(sn).

ARUTELU

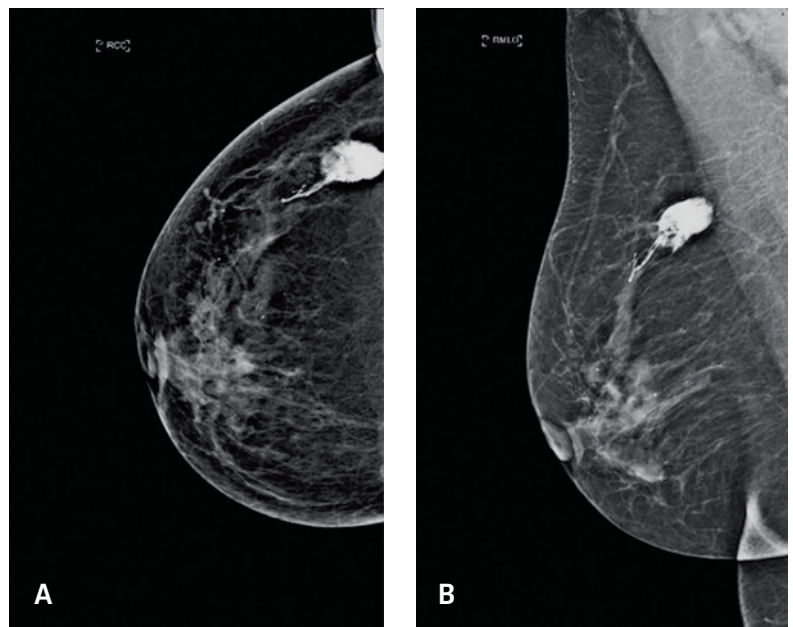
Ekstraskeletaalne osteosarkoom (ESOS) on harva esinev mesenhümaalne maliigne kasvaja. Lokalisatsioonilt esineb ESOS sagedamini jäsemete pehmetes kudedes ning retroperitoneaalsel. ESOSi esinemissagedus paikmete kaupa on järgmine: alajäsemetel esineb see 50–60%-l, ülajäsemetel 10–20%-l,

retroperitoneaalsel 10–15%-l, kehatüvel 10–15%-l juhtudest.

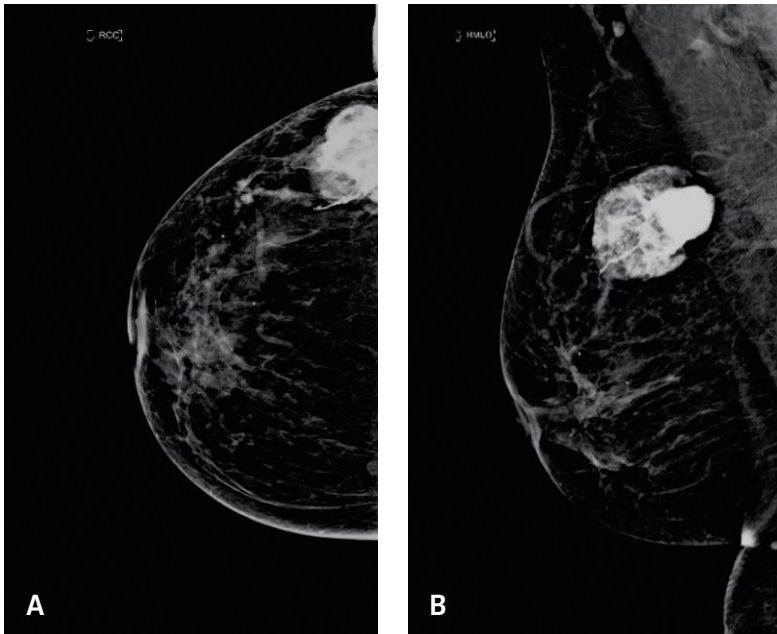
Primaarse ekstraskelaalse osteosarkoomi korral on oluline histopatoloogiliselt välistada tuumori luuline päritolu, kinnitada maliigse osteoidi esinemine ning epiteeliaalse komponendi puudumine uuritavas materjalis. Immuunhistokeemiliselt on vaja välistada sarkomatoidne või metaplastiline kartsinoom, mis on keratiinpositiivsed (1).

Rinna primaarset osteosarkoomi esineb väga harva: see moodustab vähem kui 0,1% kõigist rinna pahaloomulistest kasvajatest (2, 3, 4). Ingliskeelses erialakirjanduses avaldati esimene haigusjuhu kirjeldus 1982. aastal, kokku on juhte kirjeldatud sadakond (2). Haigestunute vanus jääb vahemikku 40–80 eluaastat.

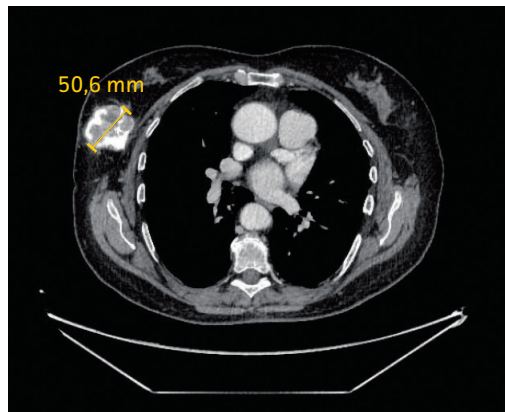
Mammograafial ilmestub rohkete lubistustega lisamass. Väiksemõõtmeline kolle võib simuleerida beniigset muutust –



Joonis 1. Mammogrammid paremast rinnast kraniokaudaal- (1A) ja mediolateraalsuunas (1B), rinna lateraalses ülaosas on 2,8 × 1,8 cm tihe lubistunud sõlm, mille perifeerias on ebateravat, kohati kiirjat lubistumist.



Joonis 2. Mammogrammid (tomosüntees) paremast rinnast kraniokaudaal- (2A) ja mediolateraalsuunas (2B) 4 kuud hiljem, tumori kiire suurenemine dünaamikas (5,4 × 4,3 cm).



Joonis 3. Rindkere kompuutertomograafiline uuring rinna kõrguselt veenisese kontrastainega, aksiaalne lõige. Paremas rinnas on 5 cm lobulaarne lubistustega tuumor.

lubistustega (popkornitaolised lubistused) fibroadenoomi. Iseloomulik on lisamassi kiire kasv (2).

Kompuutertomograafilisel uuringul võib tuumoril visualiseeruda pseudokapsel, on nähtav väljendunud lubistumine kolde keskosas, tumori struktuur on tihti heterogeenne hemorraagilis-nekrootiliste alade tõttu. Väga iseloomulik on spikulaarne (kiirjas) lubistumine tumori perifeerses osas (2).

Rinna primaarse osteosarkoomi puhul on sarnaselt sarkoomidega sagedased metastaasid ja lokaalsed retsiidivid. Esmane ja olulisim ravistrateegia on operatiivne: tumori laialdane eemaldamine, vajaduse korral tehakse hiljem re-resektioonid (1, 2).

Prognosis on halb, kui tumori avastamisel esinevad metastaasid. Sagedasem hematogeenne metastaseerumine on kopsudesse ning luudesse (1, 2, 4). Harva leitakse ajumetastaase.

Rinna primaarse osteosarkoomiga haigete 5 aasta elulemus on eri andmetel vaid 38% (1, 2). Väiksemamõõtmelise tumori (alla 5 cm) või selle pindmisema lokaliseerumise ja operatsioonpreparaadi histoloogilisel uuringul sedastatud puhaste resektioonijoonte korral on prognoos parem (1-4).

KIRJANDUS

1. Krishnamurthy A. Primary breast osteosarcoma: A diagnostic challenge Indian J Nucl Med 2015;30:39-41.
2. Bennett DL, Merenda G, Schnepf S, Lowdermilk MC. Primary breast osteosarcoma mimicking calcified fibroadenoma on screening digital breast tomosynthesis mammogram. Radiology Case Reports 2017;12:648-52.
3. Adem C, Reynolds C, Ingle JN, Nascimento AG. Primary breast sarcoma: clinicopathologic series from the Mayo Clinic and review of the literature. Br J Cancer 2004;91:237-41.
4. Murakami S, Isozaki H, Shou T, et al. Primary osteosarcoma of the breast. Pathol Int 2009;59:111-5.
5. Silver SA, Tavassoli FA. Primary osteogenic sarcoma of the breast: A clinicopathologic analysis of 50 cases. Am J Surg Pathol 1998;22:925-33.