

Papilární léze prsu: Diagnostická úskalí a přehled jednotek

Zuzana Slobodová

Ústav klinické a molekulární patologie, Lékařská fakulta Univerzity Palackého a Fakultní nemocnice Olomouc

SOUHRN

Papilární léze prsu představují morfologicky a biologicky různorodou skupinu jednotek, kam dle klasifikace WHO patří benigní intraduktální papilomy, papilomy s atypickou duktální hyperplazií, s duktálním či lobulárním karcinomem in situ, papilární duktální karcinom in situ, opouzdřený papilární karcinom s invazí nebo bez ní, solidní papilární karcinom a invazivní papilární karcinom. Správné zařazení jednotlivých lézí bývá obtížné zejména u core-cut biopsií, ale nejistotu může přinášet i vyhodnocení definitivních resekátů, především méně zkušeným patologům. Přehledový článek shrnuje základní histologické a imunohistochemické charakteristiky jednotlivých jednotek a upozorňuje na časté diagnostické pasty i užitečné orientační znaky. Ačkoliv genetické vyšetření nebývá pro diagnostiku nezbytné, recentní studie popisují méně či více specifické molekulární alterace napříč spektrem papilárních lézí. Tyto nálezy mohou v budoucnu přispět k zpřesnění klasifikace a hlubšímu porozumění biologii těchto nádorů.

Klíčová slova: papilární léze prsu – intraduktální papilom – opouzdřený papilární karcinom – solidní papilární karcinom

Papillary Breast Lesions: Diagnostic Challenges and Overview of Entities

SUMMARY

Papillary breast lesions represent a morphologically and biologically diverse group of entities that include benign intraductal papillomas, papillomas with atypical ductal hyperplasia, with ductal or lobular carcinoma in situ, papillary ductal carcinoma in situ, encapsulated papillary carcinoma (with or without invasion), solid papillary carcinoma, and invasive papillary carcinoma. Accurate classification is often challenging particularly in core needle biopsies, and even in excision specimens can pose difficulties, especially for less experienced pathologists. This review summarizes the essential histological and immunohistochemical features of each lesion and highlights key diagnostic pitfalls and helpful clues in their differential diagnosis. While genetic testing is not routinely required for diagnostic purposes, recent studies have identified more or less distinct molecular alterations across the spectrum of papillary lesions. These findings may support future refinements in classification and understanding of these tumors.

Keywords: papillary breast lesions – intraductal papilloma – encapsulated papillary carcinoma – solid papillary carcinoma

Cesk Patol 2025; 61(4): 177–188

Papilární léze prsu, označované také jako papilární neoplazie, představují rozsáhlou skupinu nálezů, jejichž společným rysem je přítomnost papil s fibrovaskulárním stromatem pokrytým epitelem a myoepiteliální vrstvou nebo bez ní (1). Podle klasifikace WHO jde o morfologicky různorodé jednotky s odlišnou prognózou i terapeutickým přístupem. Zatímco benigní papilomy se vyskytují poměrně často a menší léze obvykle nenesou zvýšené riziko maligního přechodu (2), papilární karcinomy jsou méně časté a vyžadují závažnější terapeutické řešení, i přesto, že většina z nich má příznivou prognózu.

Největší diagnostickou výzvou je rozlišení těchto lézí, zejména při přítomnosti low-grade jaderných atypií. Interindividuální shoda v hodnocení a rozlišení benigních lézí, duktálního karcinomu in situ (DCIS) a invazivního karcinomu je často nedostatečná při použití samotného barvení hematoxylinem a eozinem (3). K přesné klasifikaci léze je klíčové zohlednit klinické údaje, zejména lokalizaci (centrální vs. periferní), velikost, počet lézí a případně i ohraničenost, přítomnost mikrokalciфикаcí či vaskularizaci.

✉ Adresa pro korespondenci:

MUDr. Zuzana Slobodová, Ph.D.

Ústav klinické a molekulární patologie LF UP a FN Olomouc
Hněvotínská 3, 77900 Olomouc

tel.: 585 639 559

e-mail: zuzana.slobodova@fnol.cz

Zásadním krokem v diagnostickém procesu je posouzení morfologického vzhledu, tedy identifikace papilárního uspořádání, ohraničení léze a známek invaze. Dále je třeba podrobně analyzovat buněčné složení, typy buněčných populací a jejich rozmístění, výskyt atypií, jaderných abnormalit a mitotickou aktivitu. Rozpoznání konkrétních buněčných populací bývá někdy obtížné a ve většině případů je nezbytné doplnit vyšetření o imunohistochemii. Klíčové je ověření přítomnosti či absence myoepiteliální vrstvy. K tomuto účelu se ve většině laboratoří používá kombinace alespoň dvou protilátek ze skupiny myoepiteliálních markerů např. p40, p63, calponin, CD10 a SMA a bazálních cytokeratinů např. CK5, CK5/6, CK14, 34βE12. Současně je důležité vyšetření hormonálních receptorů – estrogenového (ER) a progesteronového (PR) (4-7).

Interpretace imunohistochemie musí vždy vycházet z morfologického kontextu a zohlednit distribuci a imunoreaktivitu protilátek u jednotlivých populací, nutno však myslet na možnost variability, která je u některých protilátek vysoká. U některých jednotek je vhodné doplnit i vyšetření neuroendokrinních markerů jako jsou synaptofysin, chromogranin a INSM1 (8). Vzhledem k možným falešně negativním či pozitivním výsledkům imunohistochemického barvení pro myoepiteliální markery se doporučuje používat jejich kombinace (9).

Pro interpretaci jehlových biopsií a zajištění mezioborové komunikace je vhodné kromě klasického popisu zařadit nález také do systému klasifikace B1–B5 podle evropských doporučení (tab. 1). Tato klasifikace odráží biologické chování léze a je spojena