

MEMENİN LİPİD SEKRETE EDEN KARSİNOMU (BİR OLGUDA IŞIK, ELEKTRON MİKROSKOPİK VE İMMÜNOHİSTOKİMYASAL ÖZELLİKLER)

BİLGİN B (*), İLHAN R (*), DEMİRYONT M (*), DİNÇER M (**), TUZLALI S (*), İPLİKÇİ A (*), PETORAK İ (***)

ÖZET: Memenin lipid sekrete eden karsinomu ilk olarak 1963 yılında Aboumrad tarafından tanımlanan, değişik serilerde %1-1.6 oranlarında görülen bir tümördür. Tümörün en büyük özelliği sitoplazmaları lipid vakuolleri ile dolu hücrelerden oluşmasıdır. Bu taniyi almış başvurduğunda 35 yaşında olan ve 3.5 aylık gebelik hikayesi bulunan, 30 aylık izleme sonucu yaygın tümör nedeni ile kaybedilen bir olgu sunulmuştur.

ANAHTAR KELİMELE: Meme, lipid sekrete eden karsinom.

SUMMARY: Lipid secreting carcinoma (Case report-light, electron microscopic and immunohistochemical findings). Lipid secreting carcinoma was first described by Aboumrad in 1963. This rare tumor has an incidence between 1-1.6% in various studies. The characteristic feature is the diffusely distributed cytoplasmic lipid vacuoles. We present a 35 years old woman with a history of 3.5 month pregnancy at the time of diagnosis, who was lost after 30 months follow up with disseminated tumor metastases.

KEY WORDS: Breast, lipid secreting carcinoma.

GİRİŞ

Ender görülen bir tümör olan lipid sekrete eden karsinom sıklığı değişik serilerde %1-1.6 arasında değişmektedir (1,2). Tümör çapı 1-15 cm arasında olabilir. Bu tümörlerde yaş 33-81 gibi çok geniş bir aralıkta verilmekle birlikte literatürde 10 yaşında bir olgu da bildirilmiştir (2,3). Lipid meme tümörlerinin çoğunda ve tümör dışı birçok durumda görülebilir (1); bu tip karsinomlarda ise %80-100 hücrede nötral lipid saptanır (2). İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'nda ilk olarak bu taniyi alan 35 yaşındaki kadın olgumuz çeşitli özellikleri ile sunulmaktadır.

OLGU

3.5 aylık gebelik öyküsü bulunan 35 yaşında kadın, 1990 yılında sağ meme ve koltuk altındaki şişlik nedeni ile cerrahi kliniğine başvurmuştur. Frozen yöntemini takiben modifiye radikal mastektomi ve aksiller küraj uygulanmıştır.

Makroskopik Bulgular:

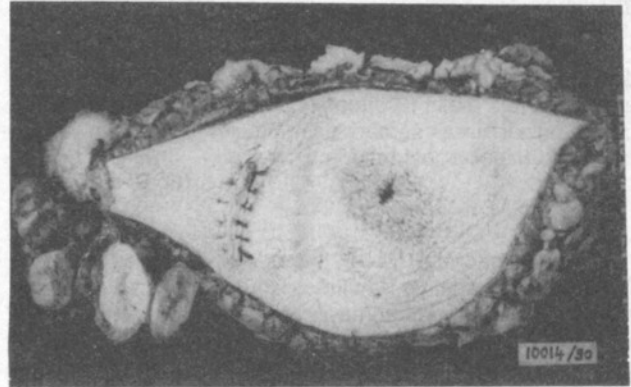
Makroskopik piyesinde (Resim 1) meme başının çekilmiş olduğu, sağ dişte 5 cm çapında tümöral yapının yer aldığı ve aksiller lenf ganglionlarının büyük ve sert kıvamda olduğu dikkati çekmiştir.

Mikroskopik Bulgular

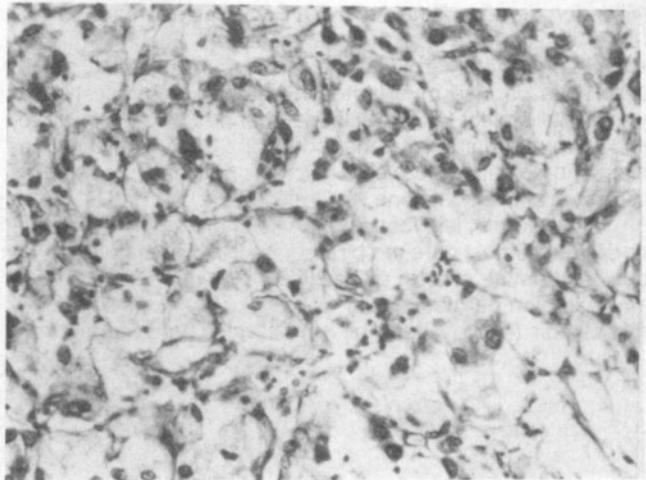
Sitoplazmaları geniş, vakuollü belirgin pleomorfizm içeren hücrelerden oluşan diffüz infiltrasyon (Resim 2,3), 25 adet lenf ganglionunun tümünde de benzer tümör yapısı görülmüştür. Frozen kesitlere uygulanan yağ boyasında (Scharlach R) stoplazmalarda turuncu-kırmızı renkte boyanma gözlenmiştir. PAs boyasında yer yer zayıf pozitivite saptanmıştır. Musikarmen ile boyanma görülmemiştir.

İmmünohistokimyasal İnceleme:

Olgumuzda immünohistokimyasal olarak östrojen reseptörü, P53 ve nm23-anti metastatik gen proteini varlığı araştırılmıştır. Tümünde mikrodalga ısınlama, %30'lük H₂O₂, non-spesifik blok çözeltisi, biotinli sekonder antikor, streptavidin



Resim 1 : Mastektomi piyesi, içeriye çekilmiş meme başı, insizyon izi ve metastatik lenf ganglionları.



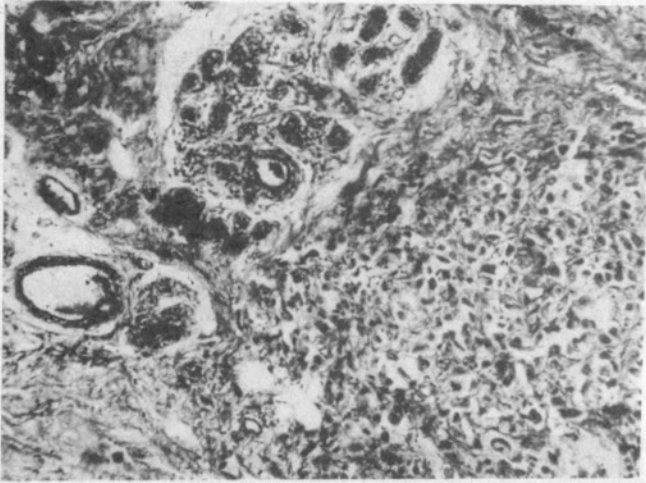
Resim 2 : Geniş vakuollü sitoplazmalı tümöral hücreler (Prot. No: 10014/90, HEx310).

peroksidaz ve AEC kromojeni kullanıldığı boyama işleminde primer antikor olarak monoklonal mouse antihuman estrogen, receptor clone ID5 (DAKO M7047, 1/20 dilüsyon 60' oda sıcaklığında inkübasyon), monoklonal mouse antihuman P53 protein clone DO-7 (Novocastra Lab., 1/50 dilüsyon 60' oda sic. inküb.) ve monoklonal NCL-nm23 (Novocastra 1/

* İst. Üniv. İst. Tıp Fak. Patoloji ABD

** İst. Üniv. Onkoloji Enst.

*** İst. Üniv. İst. Tıp Fak. Histoloji ve Embriyoloji ABD
IX. Ulusal Patoloji Kongresi'nde (Çeşme-1990) poster olarak sunulmuştur.



Resim 3: Tümöral alana komşu asiner ve duktal yapılar (HEX125).

100 dilüsyon 60' oda sic. inküb.) kullanılmıştır. Östrojen ve P53 negatif, nm23 ile yer yer sitoplazmik pozitivite saptanmıştır.

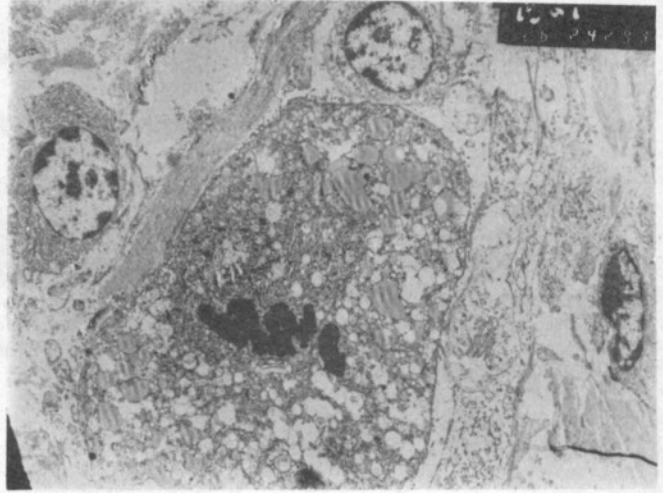
Elektron Mikroskopik İnceleme:

Hücre sitoplazmalarında irili ufaklı çok sayıda lipid vakuölü (Resim 4), Golgi kompleksi ve Endoplazmik retikulum saptanmıştır.

Olgu patolojik ve onkolojik inceleme sonucunda T3N2M1 (supraklaviküler metastaz) olarak değerlendirilmiş ve medikal abortus uygulanmıştır. Operasyon sonrası 6 kür kemoterapi ve radyoterapi alan hastada 9 ay sonra karşı taraf aksillada bir süre sonra da kemik over ve meningeal metastazlar ortaya çıkmıştır. Sistemik ve intratekal metotreksatin yanısıra total kranyum ışınlaması uygulanmış ancak ilk gelişten 30 ay sonra hasta nörolojik koma ile kaybedilmiştir.

TARTIŞMA

Memedeki epitelial hücreler çeşitli durumlarda glikojen, protein ve lipid yapabilme yeteneğine sahiptir (4). Lipid ise plazma hücreli mastit, yağ nekrozu, gebelik, laktasyon ve çeşitli meme kansinomlarında görülür (1). Lipid sekrete eden kansinom tanısı için tümör hücrelerinin % 80'den fazlasının lipid içermesi gerekmektedir (2). Lipidin dejeneratif değişiklik sonucu değil de, sekresyon ürünü olduğunu gösteren bazı bulgular vardır. Bunlar, lipidin mitozdaki hücrelerde (Resim 4) ve metastazlardaki varlığı, ultrastrüktürel düzeyde sitoplazmalarda bol Golgi cisimcığının ve Endoplazmik retikulumun bulunmasıdır (2,5,6). Olgumuzda tüm bu özellikler saptan-



Resim 4: Mitoza geçmekte olan bir hücrede stoplazmik lipid vakuöleri (X7000).

mıştır. Östrojen ve progesteron reseptörleri olgumuzda olduğu gibi birçok çalışmada negatif bulunmuştur (5,7). Prognoz agresif olduğu yönünde çeşitli yayınlar mevcuttur (1,6). Olgumuzun bir ilginç özelliği de gebelik öyküsü ile başvurusudur. Gebelikte de lipid sekresyonu olduğunu bilinmesi (1,7), olgumuzda görülen tümörün hücre özelliğinin buna bağlı olduğunu düşündürebilir. Ancak gebelikte görülen tümörlerin özel bir histolojik tipe sahip olmadığı belirtilmiştir (7). Gebelik ile birlikte görülen meme kansinomları memedeki fizyolojik değişiklikler nedeni ile kolayca gizlenebilir (7). Sonuç olarak memede ender görülen böyle bir antitenin varlığına dikkat çekilerek çeşitli özellikleri sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Aboumrads MH, Horn RC, Fine G: Lipid secreting mammary carcinoma. Cancer 1963; 16: 521-525.
2. Tavassoli FA: Infiltrating carcinoma special types. In: Pathology of the breast Norwalk, Connecticut: Appleton-Lange, 1992: 381-384.
3. Balık E, Taneli C, Çetinkuşun S ve ark.: Lipid secreting breast carcinoma in childhood: a case report Eur. J. Pediatr. Surg. 1993; 3: 48-49.
4. Van Bogaert LJJ, Maldague P: Histologic variants of lipid secreting carcinoma. Virchows Arch. A. Path. Anat. Histol. 1977; 375: 345-353.
5. Kurebayashi J, Izuo M, Ishida T, Kurosuni M, Kawai T: Two cases of lipid secreting carcinoma of the breast. Case report with an Electron microscopic study. Jpn. J. Clin. Oncol. 1988; 18: 249-254.
6. Ahmet A: Atlas of the ultrastructure of human breast diseases. Edunburgh, Londno, New York. Churchill Livingstone. 1978: 178.
7. Rosen PP, Oberman HA: Tumors of the mammary gland. Atlas of tumor pathology. Washington DC Armed Forces Institute of Pathology. 1993: 242-243.
8. Ramos CV, Taylor HB: Lipid rich carcinoma of the breast. Cancer 1974; 33: 812-819.