

MEMENİN ANJİOSARKOMU (OLGU SUNUMU)

Dr. Fevziye KABUKÇUOĞLU (*), Dr. Banu ÇIKLA (**), Dr. Mehmet MİHMANLI (***)

ÖZET: Sağ memede iyi diferansiye anjiosarkom tanısı ile 4 yıl önce mastektomi ve protez ile rekonstrüksiyon uygulanan 20 yaşındaki kadın hastada memede nüks ve be-yinde metastaz saptandı. Protez ile birlikte kitle eksizyonu ve aksillar küretaj yapılan hastanın materyalindeki 8 cm çapındaki kitlenin histopatolojik tetkikinde orta de-rece diferansiye anjiosarkom tespit edildi. Oldukça seyrek rastlanması yanı sıra meme tümörleri içinde en malign tabiatlı olan bu tümörün klinik ve patolojik özellikleri yanısıra ayırıcı tanı özellikleri gözden geçirildi. Prognozu etkileyen faktörler tartışılarak tümör diferansiyasyonunun önemi üzerinde duruldu.

ANAHTAR KELİMELE: Anjiosarkom, meme.

SUMMARY: A 20 year-old woman who had undergone mastectomy and reconstruction with prothesis 4 years ago referred to our clinic with recurrence and intracranial metastasis. The mass was excised with the prothesis and axillary curettage was performed. With the histopathologic examination of the 8 cm mass, it was interpreted as intermediate grade angiosarcoma. Angiosarcoma of the breast is the most malignant of all breast tumors and it is rarely encountered. Clinical and pathological fea-tures and differential diagnosis of this tumor is reviewed. The importance of tumor differentiation in determining prognosis is emphasized.

KEY WORDS: Angiosarcoma, breast.

GİRİŞ

Memeni primer anjiosarkomu oldukça seyrek rastlanan klinik ve patolojik bir antidedir. Genellikle genç kadınlarda ağrısız ve hızla büyüyen bir kitle şeklinde fark edilir (1,2,3). Benign metastaz yapan hemanjiom, hemanjiyoendotelioma, hemanjoblastoma ve hemanjosarkom gibi terimlerle de ta-nımlanmış olmakla birlikte, malign tabiatını ve vasküler orji-

nini daha iyi tanımlayan anjiosarkom terimi tercih edilmekte-dir (3).

Bu çalışmada, memenin primer anjiosarkomu, bir olgu sunumu ile birlikte klinikopatolojik bulguları ve ayırıcı tanı özellikleri açısından tartışılmıştır.

OLGU

Sağ memede kızarıklık ve şişlik şikayetleri ile kliniğimize başvuran 20 yaşındaki kadın hastanın fizik muayenesinde; sağ memede üst iç ve dış kadranslara uyan bölgelerde deri-den kabarık morumsu iki adet nodulasyon oluşturan, yakla-şık 7 cm çapında fikse tümöral kitle palpe edildi. Aksiller

* Şişli Etfal Hastanesi Patoloji Labratuar, Başasistanı

** Şişli Etfal Hastanesi Patoloji Labrotuarı, Asistanı.

*** Şişli Etfal Hastanesi II. Cerrahi Kliniği, Başasistanı

bölgede büyüğü 1.5 cm çapında iki adet lenfadenomegali saptandı.

Hastaya 4 sene önce Almanya'da sağ memede iyi diferansiye anjiosarkom tanısı ile mastektomi yapılmış, 1.5 sene sonra da protez ile rekonstrüksiyon uygulanmış. Hastanın sol meme radyografik tetkikinde özellik saptanmamış. 2 sene önce baş ağrısı ve çift görme şikayetleri başlayan hasta Ankara'da baş vurduğu hastanede tetkik edilmiş ve sağ parietal intrakranial kitle tespit edilmiş. Kraniotomi ve subtotal tümör eksizyonu yapılan hastaya anjioblastik anjiomatöz menenjiom tanısı ile 1 sene radyoterapi uygulanmış. Hasta 3-4 aydır sağ memede deride kızarıklık ve yeniden kitle gelişimi fark etmiş.

Patoloji laboratuvarımıza gönderilen insizyonel biopsi materyalinin histopatolojik tetkikinde meme dokusunda malign tümör infiltrasyonu saptandı. Tümör birbirleri ile anastomoz yapan dar çaplı damarsal yarıklar şeklinde gelişim göstermekteydi. Bu yarıkları nukleolusları belirgin iri veziküller nükleuslu geniş sitoplazmalı atipik endotelial hücreler döşemektedir. Arada atipik mitozlar mevcuttu (Resim1). Bu bulgularla memede nüks anjiosarkom tanısına varıldı.

Biopsi sonucunu takiben hastaya protez ile birlikte kitle eksizyonu ve yeniden küretaj uygulandı. 15x13x7 cm ölçülerinde üzerinde deri elipsi eksizyon materyali ve 6.5x5x2 cm ölçülerinde aksiller küretaj materyali laboratuvarımıza gönderildi. Deri üzerinde üst iç ve alt iç kadranslara uyan bölgede 5 cm uzunluğunda insizyon yeri ve bu alanda deriden kabarık, 2 cm çapında gri mor renkli lobule görünümü lezyon mevcuttu. Ayrıca üst dış kadranda 3 cm çapında benzer görünümde diğer bir lezyon görüldü. Piyesin alt yüzünde ise 12x11x3 cm ölçülerinde protez bulunuyordu. Kesit yapıldığında deriden başlayarak proteze kadar uzanan, 6x5x2.5 cm ölçülerinde, kahve renkte, süngersi kıvamda sınırları düzensiz tümöral gelişme izlendi. Aksiller küretaj materyalinde ise büyüğü 1.5 cm çapında 2 adet lenf bezi saptandı.

Materyalin parafin kesitlerinin incelenmesinde biopsi örneğindeki benzer görünümde malin tümör gelişimi izlendi. Yer yer oldukça iyi diferansiye damarsal yarıklar yanı sıra daha solid görünümü, atipisi belirgin alanlar ve papiller yapılar dikkatimizi çekti (Resim 2). Her büyük büyütme alanında (x400) 2-3 atipik mitoz mevcuttu. Lenf bezlerinin kesitlerinde ise sayıca artmış, germinal merkezleri belirgin folikül yapıları ve genişlemiş sinüzoidler şeklinde reaktif değişiklik-

ler izlendi. Hastanın devam eden tetkikleri esnasında sol frontoparietal bölgede 5 cm çapında kitle tespit edildi. Bu bölgeden alınan materyalin histopatolojik incelenmesinde de aynı özellikte tümör saptanarak anjiosarkom metastazı tanısına varıldı.

TARTIŞMA

Memede anjiosarkom ilk kez Schmidt tarafından 1887'de tarif edilmiştir. Borrmann ise 1907'de metastaz yapan hemanjiom adı altında ilk olguyu yayınlamıştır (4).

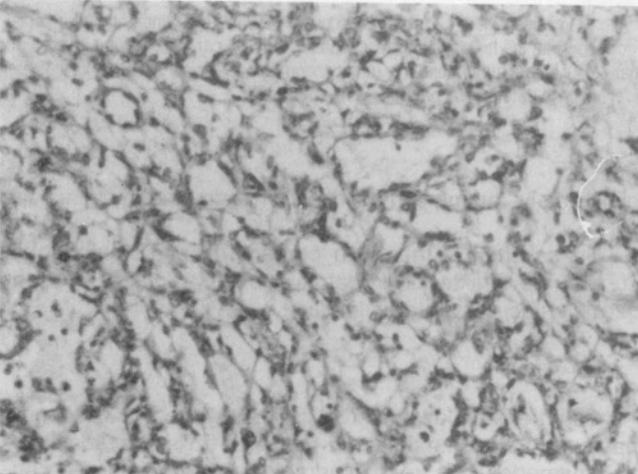
Memenin anjiosarkomu oldukça nadir görülmekte olup primer meme malignitelerinin % 0.05'inden azını oluşturmaktadır (3). Oldukça hızlı büyüyen ağrısız bir kitle ile ortaya çıkar. Deride mavimsi-kırmızımsı renk değişimi görülür. Kitlenin büyüklüğüne karşılık cilt retraksiyonu, aksiller lenf bezi büyümesi gibi klasik meme kanserini belirtirleri bulunmaz (5,6). Nüks nedeni ile incelediğimiz mastektomi materyalinde ilk dikkatimizi çeken deri yüzeyinde morumsu renkteki nodulasyonlardı. Altı cm çapındaki bir kitleye karşılık sadece iki adet reaktif nitelikte lenf bezi tespit edildi.

Anjiosarkomlar solid içi alanlar ve atipik endotelial hücrelerin kantitatif değerlendirilmesine göre iyi, orta ve az diferansiye olarak sınıflandırılabilir (7). Diğer bir sınıflamaya göre ise endotel hücre atipisi, hücre proliferasyonu, papiller ya da solid alanlar, mitoz ya da nekroz gibi histopatolojik özellikleri açısından Tip I, II ve III olarak üç gruba ayrılmaktadır (1).

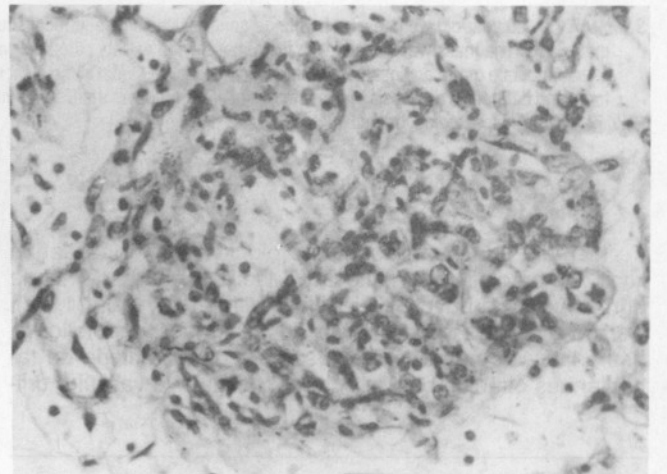
Olgumuzun ilk materyali Almanya'da iyi diferansiye anjiosarkom olarak değerlendirilmiştir. Laboratuvarımıza gönderilen nüks materyalinde ise iyi diferansiye alanlar yaygın olmakla birlikte, endotel hücre proliferasyonu, odaklar halinde solid ya da papiller yapılar ve atipik mitozlar da dikkat çekmekte ve orta derecede diferansiye ya da tip II grubunda bir anjiosarkom görünümünü almaktadır.

Meme anjiosarkomu ile birlikte menenjiom gelişimi çok seyrek olarak rastlanabilmektedir ve hormonal stimulas-yona bağlı olduğu düşünülmektedir (8,9). Hastanın 2 sene sonra parietal bölgede anjiomatöz menenjiom tanısı konan lezyonun lamalarını elde edememekle birlikte, damarsal özellikte olması nedeni ile anjiosarkom metastazı olduğunu düşünmekteyiz. Frontotemporal bölgeden alınan biopsi materyali de memedeki tümörle aynı özellikleri göstermektedir.

Anjiosarkom, meme maligniteleri içinde en kötü progno-



Resim 1: Meme anjiosarkomunda birbirleri ile anastomoz yapan dar çaplı damarsal yarıklar (HE x 310)



Resim 2: İyi diferansiye alanlar arasında daha solid ve atipisi belirgin alanlar (HE x 500).

za sahip olanıdır. Tümörün prognozunu belirleyen en önemli faktörler tümörün diferansiyasyonu ve teşhis esnasındaki tümörün çapıdır (6). Steingaszner (4)'in çalışmasında çapı 3 cm'nin üzerinde, mitoz sayısı yüksek ve tedavi için gecikilen olguların kötü prognozlu oldukları saptanmıştır. Bununla birlikte 1.5 cm çapındaki anjiosarkomların da metastaz yapabildiği bu nedenle tümör çapının önemli olmakla birlikte çok güvenilir olmadığı belirtilmiştir (8). Rosen (10)'in çalışmasında Tip I anjiosarkomların nispeten iyi seyir gösterdiği ve en iyi prognoz tayin edici faktörün tümörün histolojik tipi olduğu ileri sürülmüştür.

Olgumuzda primer tümörün çapı bilinmemektedir. Almanya'dan kendisine verilen epikrizde iyi diferansiye olduğu dışında bilgi verilmemiştir. Hastada 2 sene sonra beyinde metastaz, 4 sene sonra memede nüks ve beyinde ikinci bir metastaz meydana gelmiştir ve halen hastanın genel durumu kötüdür.

Anjiosarkomun ayırıcı tanısında yine memede seyrek rastlanan hemanjiom ve anjiolipom ele alınmalıdır. Hemanjiom ve anjiolipom iyi sınırlı lezyonlar olup atipi, mitoz ve nekroz içermez. Anjiolipomda ise tipik hyalin mikrotrombüsler ayırıcı tanıda yardımcıdır (1,2).

Anjiosarkom malign tabiatına rağmen histopatolojik olarak selim görünümde olup hemanjiomdan ayırt edilemez. En kötü diferansiye lezyonda bile periferde benign gö-

rünümlü alanlar bulunabilir ve yanlış tanıya neden olabilir. Bundan dolayı iyi örnekleme ve biopsi materyalindeki dokuların tamamının takibi önemlidir (2,3).

KAYNAKLAR

1. Donnell RM, Rosen PP, Lieberman PM, et al.: Angiosarcoma and other vascular tumors of the breast: Pathologic analysis as guide to prognosis. *Am J Surg Pathol* 1981, 5:629-642
2. Enzinger FM, Wess SW. Malignant vascular tumors. In: *Soft Tissue Tumors*. 3rd ed. St Louis, Mosby, 1995:641-677
3. Tavassoli FA. Vascular lesions. In *Pathology of the breast*. 1st ed. Connecticut: Appleton Lange, 1992:483-516
4. Steingaszner LC, Enzinger FM, Taylor FB. Hemangiosarcoma of the breast. *Cancer* 1965, 18:352-361.
5. Chen KTK, Kirkegaard DD, Bocian JJ, Angiosarcoma of the breast, *Cancer* 1980, 46:368-371.
6. Hunter TB, Martin PC, Dietzen CD, Tyler LT. Angiosarcoma of the breast, Two case reports and a review of the literature. *Cancer* 1985, 56:2099-2106.
7. Merino M, Carter D, Berman M, Angiosarcoma of the breast: A clinicopathologic study. *Am J Surg Pathol* 1983; 7: 53-60.
8. Brentani MM, Oshima CTF, Nagai MA, Lemos LB, Goes JCS, Steroid receptors in breast angiosarcoma. *Cancer* 1983, 51:2105-2111.
9. Khoshim M, Sadi S, Ajarim D, Jamjoom ZA. Bilateral angiosarcoma of the breast. A case report, *Jpn J Surg* 1991, 21:693-695.
10. Rosen PP, Kimmel M, Ernsberger D. Mammary angiosarcoma. The prognostic significance of tumor differentiation. *Cancer* 1988; 62:2145-2151.