Patoloji Bülteni 2000; 17(2): 115-117
Turkish Bulletin of Pathology 2000; 17(2) 115-117

Memenin Taşlı Yüzük Hücreli Karsinomu (Üç Olgu Sunumu)

Signet Ring Cell Carcinoma of the Breast (Report of Three Cases)

Özlem Canöz [1], Turhan Ökten [1]

[1] *Erciyes üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Kayseri*

Memenin pür taşlı yüzük hücreli (TYH) karsinomu oldukça nadir görülen bir) tümördür .Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesinde (EÜTF) 1989-1997 yılları arasında tanı almış ve pür TYH'li karsinom olarak değerlendirilmiş 3 vakayı literatür eşliğinde sunmayı amaçladık,

Anahtar Kelimeler: Meme, taşlı yüzük hücreli karsinom.

Pure signet ring carcinoma of breast is a tumor which is seen rather rare. We presented three cases which had been diagnosed as pure signet ring cell carcinoma in the Erciyes University Medical School, between 1989-1997 , and reviewe of the literature.

Key Words: Breast, signet ring carcinoma

Taşlı yüzük hücreli (TYH) karsinom, memenin seyrek görülen, özel bir tümörüdür. Çeşitli serilerde tüm meme tümörlerinin %2-4'ünü oluşturduğu bildirilmiştir.

Özellikle, memenin pür TYH'li karsinomu oldukça nadirdir, Yayınlarda, tümörde %20 den fazla TYH'si içeren vakalara TYH'li karsinom tanısı verilmesi gerektiği ve bu oranın %90 olduğu vakalarda pür TYH'li karsinomdan bahsedileceği vurgulanmaktadır [1,2].

TYH değişikliği duktal yada lobüler, insitu ya da invaziv olsun tüm karsinomlarda hücrenin agresif transformasyonunu yansıtır, Bu nedenle pür olduğunda spesifik bir varyant olarak kabul edilmesi gerektiği söylenmektedir [1].

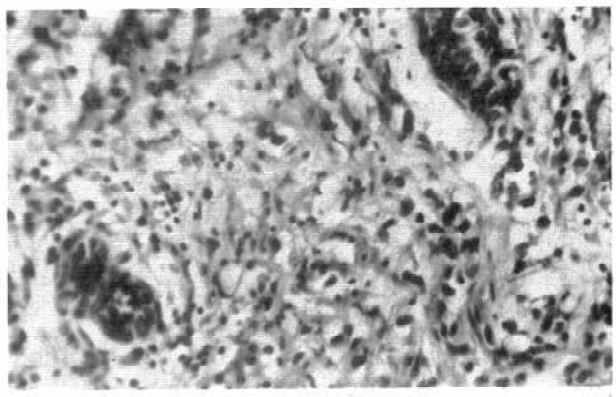
OLGU SUNUMU

1-) 36 yaşında kadın hasta, sol memede kitle şikayeti ile, 1989 yılında genel cerrahi bölümüne başvurmuş ve yapılan eksizyonel biyopsisi klıniğimize gönderilmiştir. Histolojik incelemede hemen tamamı TYH lerinden oluşan tümöral nitelikte dokular görüldü. Çoğunluğu tek tek infiltre olmuş, tümöral hücreler, periodic asit-schiff (PAS) ve müsin boyaları ile (+) sonuç verdi. Lobüler olduğunu düşündüren alanlar ve arada nonneoplastik duktuslar vardı (Resim-1). Yapılan immünohistokimyasal çalışmalarda östrojen ve progesteron ile +/+ sonuç elde edildi. Hasta o tarihten sonra üniversitemize birdaha başvurmamış olup, mastektomi spesmeni yoktur .

2-) 56 yaşında kadın hasta, 1996 Aralı k ayında, bir ay önce memesinde kitle farketmesi nedeniyle, üniversitemize başvurmuş olup, mamografide sağ meme üst-dış kadranda, düzensiz konturlu, mikrokalsifikasyonlar içeren kitle tespit edilmiştir.

Kitleden yapılan ince iğne aspirasyon sitolojisinde, nukleusları bir tarafa itilmiş, soluk yada şeffaf sitoplazmalı tümoral hücreler görüldü ve malign lezyon olarak rapor edildi.

Bunun üzerine yapılan eksizyonel biyopsi ve sonrasındaki mastektomi materyalinin incelenmesi sonucu, üst-iç ve üst-dış kadranlar arasında yerleşmiş 4,3x3,5x3 cm ölçülerinde kirli beyaz renkli, sert kıvamlı tümöral yapıgörüldü. Tümörün rnikroskobik incelemesinde bağ doku stromayı infiltre etmiş tümöral hücrelerin %90'dan fazlasının TYH tipinde olduğu dikkati çekti. Tümörün solid insitu duktal komponenti vardı ve arada nonneoplastik duktus ve lobüller görülüyordu (Resim-2). Yer yer kalsifikasyon alanları izlendi. Tümör hücrelerinin sitoplazmasında, müsin boyası ile (+) boyanan bir materyalle dolu idi. Tümöral hücreler, östrojen ve prog-



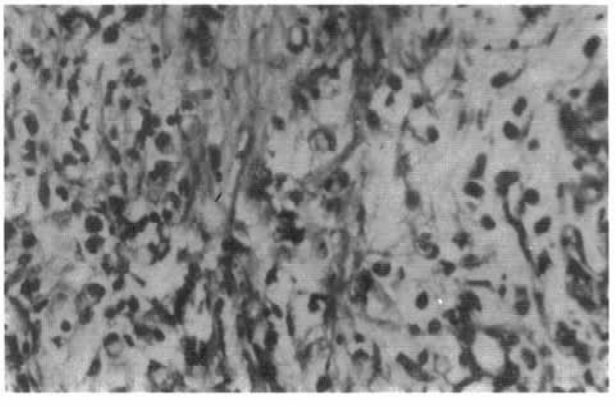
Resim 1: Olgu 1 'de neoplastik olmayan duktuslar arasında tümöral hücreler görülüyor, (HE, x100)

esteron reseptör antijeni ile +/+ boyandı. Lenf bezlerinin incelenmesinde 24 adet lenf bezinin ikisi metastatik, 22'si reaktif özellikteydi.

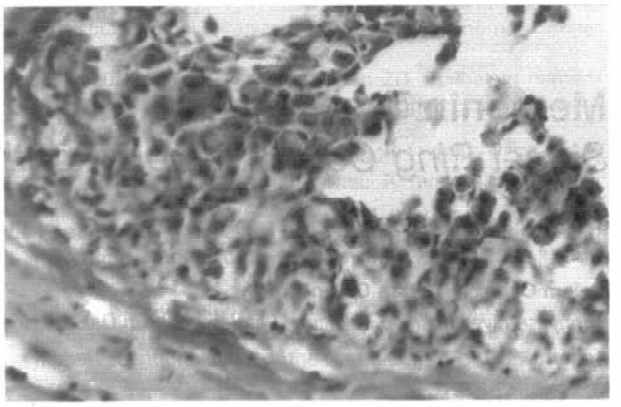
3-) 38 yaşında kadın hasta, gebeliği sırasında hızla büyüme gösteren kitle şikayeti nedeniyle, 1997 yılı Şubat ayında hastahanemize başvurmuştur.

Yapılan muayenesinde 10 cm çapında kitle tespit edilmesi üzerine açık biyopsi uygulanmıştır. Biyopsinin mikroskobik incelemesinde bağ doku stromada tek tek infiltre olmuş sitoplazmanın bir tarafında yerleşmiş atipik nükleuslu soluk eozinofilik sitoplazma: TYH tipinde hücreler görüldü. Tümörün %90'dan fazlası tarif edilen nitelikte tipik TYH görünümünde idi. Bu bulgularla TYH'li karsinom tanısı alan hastaya kitlesinin oldukça büyük olması ve gebelikte büyüme hikayesi nedeniyle öncelikle bilateral ooferektomi ve ardından üç kür kemoterapi uygulandı. Daha sonra sol modifiye mastektomi yapıldı.Spesmenin patolojik incelemesinde tümörden ve her dört kadrandan hazırlanan kesitlerde aynı görünüm vardı. Tüm bu sahalarda, bağ doku stromada diffuz ve düzensiz dağılım gösteren, tek tek duran, pleomorfik koyu nüveli, asidofilik sitoplazmalı hücreler görüldü. Bazı sahalarda nükleer atipi çok belirgindi (Resim 3). Yapılan müsin boyasında bu hücrelerin sitoplazmasında müsin (+) materyal dikkati çekti. Lobül yapıları korunmuş olmakla birlikte, asiniler içinde, müsin (+) tümöral hücreler görüldü. Kalsifikasyon alanları vardı. İnsizyonel biyopsisinde olduğu gibi çoğunluğu TYH lerinden oluşan tümöre yine TYH'li karsinom tanısı verildi. Yapılan immünohistokimyasal çalışmalarda tümör hücreleri östrojen ve progesteron reseptörü ile (-) sonuç verdi. Çıkarılan 11 adet lenf bezinin tamamı metastatikti. Lenf bezlerinden birinin dışındaki yağ dokuda vasküler invazyon dikkati çekti.

Bu operasyondan 5 ay sonraki takiplerinde sağ memesinde de kitle tespit edildi. Basit mastektomi uygulandı. Makroskobik olarak areolanın altına uyan sahada 11x2,5 cm ölçülerinde tümör görüldü. Tümör hastanın sol memesindeki önceki tümörüyle aynı



Resim 3: Tümöral hücrelerde belirgin nükleer atipi, (HE, x100.



Resim 2: Olgu 2'de taşlı yüzük hücreli karsinomun intraduktal komponenti görülüyor (HE, x200)

görünümde idi. Yine östrojen ve progesteron reseptörleri (-) bulundu.

TARTIŞMA

TYH'leri ilk defa 1941'de Saphir [2] tarafından müsinöz karsinomun bir varyantı olarak tanımlanmıştır. Daha sonraki tarihlerde Mc Divitt ve arkadaşları [3] da bu tömörü aynı kategoriye almışlardır. Aynı periyod boyunca Foot ve Stewart [2] lobüler karsinomda TYH'lerini tanımlamışlardır. 1976'da Steinbrecher ve Silverberg [2] özel bir klinikopatolojik antite olarak TYH'li karsinomu tanımlamışlardır. Onların kriterlerine göre bu tümörler %20' nin üzerinde, sitoplazmasında PAS ve müsin+materyal, bulunan TYH'leri içeriyordu. Daha sonraki yıllarda yapılan çeşitli çalışmalar TYH'li karsinomun lobüler histogenezini ve kolloid karsinom ile karşılaştırıldığında agresif klinik gidişini desteklemiştir [1,2,4,5,6]. TYH'li karsinomların büyük çoğunluğunun lobüler gelişim paterninde olmasına rağmen tipik invaziv duktal karsinomlarda, dağınık halde THY' lerinden oluşabilmesi THY'li karsinomların TYH'lerinden oluşabilmesi TYH'li karsinomların duktal paternde de olabileceğini göstermektedir [1,7,8,9]. Bizim vakalarımızdan birinci ve üçüncü vakalarda lobüler karsinomu düşündüren alanlar olmasına karşın ikinci vakada solid insitu duktal sahalar vardı.

Literatürde yaş ortalaması 50 olarak bildirilmiştir [1]. Bizim vakalarımızda ise yaş ortalaması 43 tür. Bir seride 11 vakanın 10'unda östrojen reseptörleri (+) bulunmuştur [6]. Bizim çalışmamızda da üç vakanın ikisinde östrojen ve progesteron reseptörleri (+) bulundu. Östrojen ve progesteron reseptörlerinin (-) olduğu üçüncü vaka yaklaşık 10 ay sonra nüks göstermiş olup, bu bulgu TYH'li karsinomda reseptör (-) vakaların daha kötü prognoz gösterdiğini vurgulayan çalışmalarla uygunluk göstermekteydi [9].

Çalışmamızdaki üç vakanın ortak özelliği %90'dan fazlasının TYH'lerinden oluşmasıydı. Pür TYH'li karsinom son derece nadirdir [1,2,10]. Bir çalışmada 1050 meme karsinomundan ikisinde (%0,19) pür TYH'li karsinom

belirlenmiştir[11]. Son derece nadir görülen agresif klinik gidiş gösteren ve kendine has mikroskobik görünümü olan bu tümör, ister lobüler ister duktal orjinli olsun meme tümörlerinin spesifik bir tipidir ve başlangıcından itibaren radikal tedavi metodları uygulanmalı, gerektiğinde radyoterapi ve kemoterapi eklenmeli ve itinalı bir şekilde takip edilmelidir. "

KAYNAKLAR

1. Tavassoli FI. Infiltrating carcinomas. common and ramiliar special types in: Pathology or thc Breast. East Norwalk: Appleton & Lange. 1992: 327-330.
2. Merino M, LiVolsi V. Signet ring carcinoma of the male breast: clinicopathologic analysis of 24 cases. Cancer 1981; 48: 1830-1837.
3. Mc Divitt RW, Stewart FW, Berg JW. Tumors of the breast. In: Atlas of tumor pathology. Washington, DC: Armed Forces Institude of Pathology. 1968; 2: 55-57.
4. Hull M, Seo S, Battesby Jet all. Signet ring carcinoma of the breast: a clinico pathologic study of 24 cases. Am J Clin Pathol. 1980; 73: 3-35.
5. Frost AR, Terahata S, Yeh IT, Siegel RS et all. The significance of signet ring cells in the infiltrating lobular carcinoma of the breast. Arch Pathol Lab Med 1995: 119: 64-68.
6. Eltorky M, Hall JC, Osbone PT, el Zeky F. Signet ring cell variant or invazive lobuler carcinoma of the breast. A clinicopathologic study or 11 cases. Arch Pathol Lab Med. 1994; 118: 245-248.
7. Harris M. Wells S. Vasudev KS. Primary signet ring cell carcinoma of the breast. Histopathology. 1978; 2: 171-176.
8. Al-Hariri JA. Primary signet ring cell carcinoma of the breast. Virchows Arch (A). 1980; 338: 1(}5-111.
9. Ficher ER, Brown R. Intraductal signet ring cell carcinoma. A hitherto undescribed form of in traductal carcinoma of the breast. Cancer. 1985; 55: 2533-2537
10. Azzopardi JG: Problems in Breast Pathology. Philadephia: WB Saunders, 1979; 305.
11. Page DL, Anderson TJ: Diagnoslic Histopathology of the Breast. New York: Chuchill Livingstone, 1987; 198-205.