

MEME'NİN SEKRETUAR KARSİNOMU, NADİR BİR HİSTOPATOLOJİK VARYANT

¹ Dr. Işın PAK, ²Dr. Fügen VARDAR, ³Dr. Ersin ÖZDEMİR

ÖZET

Meme'nin malign tümörleri içerisinde "Sekretuar Karsinom" belirli karakteristik patolojik görünüme sahip, nadir görülen, prognoz ve tedavi seçiminde tartışmalı görüşler içeren bir tümör olması açısından, bir vaka nedeniyle literatür ışığı altında tekrar gözden geçirilmiş ve ayırıcı tanı yönünden tartışılmıştır.

GİRİŞ

İlk kez 1966 yılında, Mc. Divitt ve Stewart; "Juvenil Karsinoma" başlığı altında, çocuklarda ve adölesan genç kızlarda görülen, farklı morfolojik ve biyolojik özelliğe sahip, nadir ve meme karsinomu varyantı tanımlamışlardır. 1980 yılında Tavasoli ve arkadaşları; aynı histomorfolojik özelliklere sahip tümörün yapının çok nadir olarak adöltlerde de olduğunu saptamışlar ve "Juvenil Karsinom" yerine "Sekretuar Karsinom" terimini önermişlerdir (1).

Sekretuar karsinomlar gros olarak, genellikle iyi sınırlı, mikroskobik olarak ise stroma içerisine fokal, irregüler infiltrasyon gösteren düzensiz sınırlı tümörlerdir. Nekroz yoktur, mitoz yok veya azdır. Histomorfolojik olarak; solid, mikrokistik ve duktal olmak üzere üç farklı paterne sahiptir. Bu farklı paternler aynı tümörde birarada bulunabildikleri gibi, bu paternlerin rölatif dağılımları bir tümörden diğerine belirgin farklılıklar gösterebilir. tümörün orta kısmında daha yoğun olmak üzere izlenen fibrozis, hücre kümeleri etrafında belirgin fibröz septalar oluşturur. Morfolojik bir belirleyici olarak; tümör hücrelerinin çoğu vakuollüdür. İntrasellüler luminalar ve intersellüler aralıklarda olduğu gibi sitoplazmaları içerisinde sekretuar materyal bulunur (2). Histokimyasal ola-

SUMMARY

A case of Sekretory Carcinoma, one of the rare malignant tumors of the breast, which has a distinct characteristic appearance and controversial aspect on prognosis and treatment, is presented and discussed on the basis of differential diagnosis by reviewing the literature.

rak, lokalizasyondan bağımsız, sekretuar materyal PAS ve Alcian Blue Ph 2.5 ile pozitif boyanma gösterirken, Diastaz rezistandır (1,2,3,4,5).

Ultrastrüktürel analiz ile diğer meme karsinomlarına oranla daha fazla sayıda, sekretuar materyal içeren belirgin ekstrasellüler ve intrasitoplazmik lümenler gösterilmiştir (1,4).

Çocuklarda ve adölesan genç kızlarda görülen Sekretuar Karsinomun prognozu, aksiller lenf nodu metastazının ve nüks olasılığının düşük olması nedeniyle lokal eksizyon ile tedavi edilebilir. Nadiren, uzun yıllar yaşayan hastalarda regional lenf nod metastazları saptanabilir (4,6,7). Adultlerdeki Sekretuar Karsinom; çocuklarda görülenlerden çok daha agresif seyirli olduğu için tedavi planı seçiminde farklı görüşlerin varlığı nedeniyle önemlidir.

Sekretuar Karsinom tanısı alan hastamızı sunarken, meme karsinomlarının adultlerde görülen bu nadir tipini literatür ışığı altında incelemeyi ve ayırıcı tanıyı gözden geçirmeyi amaçladık.

OLGU SUNUMU

Seksen dört yaşında kadın hasta. Şikayeti: Sağ memede şişlik. 3 ay önce sağ memesinde

¹ Ankara Onkoloji Hastanesi Patoloji Bölümü Şefi

² Ankara Onkoloji Hastanesi Patoloji Bölümü Asistanı

³ Ankara Onkoloji Hastanesi Genel Cerrahi Uzmanı

fark ettiği şişlik nedeniyle başvurduğu doktor tarafından alınan biopsi sonucu "İnvaziv Duktal Karsinom" olarak rapor edilen hasta, daha sonra hastanemize sevk edilmiş. Yapılan fizik muayenesinde; burun ucunda yaklaşık 0.8 cm çapında, üzeri ülser ve kurutlu lezyon ve KVS'de tüm odaklarda duyulan pansistolik üfürüm dışında, meme muayenesinde, sağ memede 4x3x3 cm. ölçülerinde, subareolar bölgede, sert, mobil kitle tesbit edildi. Diğer memede patoloji saptanmadı. Sağ ve sol aksiller bölgede lenf düğümü palpe edilmedi. Diğer sistemlerin muayenesinde patoloji saptanmadı. Rutin laboratuvar tetkiklerinde de herhangi bir patolojik bulgu saptanmayan hastanın çekilen PA AC Grafisinde bronkovasküler dallanmada artma, sol parakardiyak kesimde şüpheli nodüler opasite saptandı. Yapılan total vücut sintigrafisi ve abdomen USG'i normal olarak rapor edildi.

Bu bulgularla sağ memeye modifiye radikal mastektomi operasyonu uygulandı. Makroskopik olarak; 29x20x3 cm ölçülerinde, üzerinde 15x11 cm'lik deri elipsi içeren modifiye radikal mastektomi materyaline yapılan seri kesitlerde; subareolar bölgede, 3 cm çapında tümöral kitle görüldü. Meme başı düzenli görünümde izlendi. Apekten 8, aksilladan 3 ve santral bölgeden 2 adet lenf düğümü ayıklandı.

Mikroskopik incelemede; tümör kaydıyla alınan doku örneklerinde, çevre meme dokusundan nisbeten düzgün sınırla ayrılan ve geniş hiyalinize alanlar içeren, geniş, vakuollü sitoplazmalı, belirgin nukleolü, veziküler nukleuslu hücrelerden oluşan, çoğu alanda lümenleri eozinofilik materyal ile dolu mikrokistik ve papiller yapılar; hiyalinize alanlar içerisinde duktus benzeri yapılar ve yer yer de solid adalar oluşturan tümör dokusu izlendi. Yapılan histokimyasal çalışmalarla; luminal ve intrasitoplazmik materyalin PAS ve Alcian Blue Ph 2.5 ile pozitif, Diastaz rezistan boyanma özelliği gösterirken, immühistokimyasal olarak tümör dokusunun Aktin boyası ile negatif boyandığı izlendi. Aksiller bölgeden toplam olarak ayıklanan 13 adet lenf düğümünde metastaz saptanmadı.

Burun ucunda bulunan kurutlu lezyon total olarak eksize edildi. Makroskopik olarak; üzerinde 2x1.8 cm lik deri elipsi bulunan, 0.6 cm kalınlığında, deri üzerinde 0.6 cm çapında ülser lezyon bulunan deri-deri altı dokusu şeklinde tariflenen materyalin mikroskopik incelenmesinde; çok katlı yassı epitel ile örtülü dokuda, ortada ülser bir alandan başlayan, derminin derinliklerine doğru solid adalar şeklinde ilerleyen iri, hipekromatik nukleuslu, dar, bazo-

filik sitoplazmalı, epiderminin bazal tabaka hücrelerine benzer, atipik epitelyal hücrelerden oluşan tümöral doku görüldü. Solid adalar etrafında hücrelerin belirgin palizat dizilimi oluşturdıkları izlendi. Cerrahi sınırlarda tümöral doku görülmedi.

Hasta; bu histomorfolojik bulgularla "Sekretuar Karsinom" ve "Bazal Hücreli Karsinom" olmak üzere iki farklı primer karsinom tanısı aldı.

TARTIŞMA

Ultrastrüktürel olarak; çok sayıda membrana bağlı, küçük, sferik, dens cisimcikler içeren sekretuar granüllerin olması ve histomorfolojik olarak; inter-sellüler luminalarda olduğu gibi çok sayıda intrasitoplazmik sekretuar materyalin bulunması, sekretuar karsinomun, memenin diğer malign ve benign lezyonlarından ayrılmasında belirleyici ana faktörlerdir. Benzer lümenler memenin diğer karsinomlarında da sıklıkla görülür fakat genellikle sekretuar materyal yoktur (1).

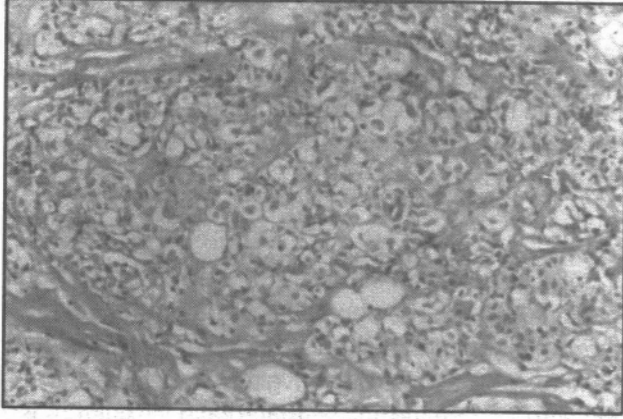
Sekretuar ve memenin lipid sekrete eden karsinomları; Oil-Red O ile boyanabilen yağ içermedikleri için ve ultrastrüktürel olarak tümör hücreleri içerisinde çok nadir olarak lipid damlacıkları tesbit edildiği için birbirinden ayrılmaz görünsede, neoplastik hücrelerin PAS Alcian Blue Ph 2.5 ve Muskarmin ile pozitif boyanması, sekretuar karsinomları lipid üreten karsinomlardan ayıran belirleyici özelliktir (1).

Diğer yandan histokimyasal, immünokimyasal ve elektronmikroskopik tetkikler kullanıldığında sekretuar karsinom ile müsinöz karsinom arasında farklılık olmadığı saptanmıştır. Ancak son yıllarda yapılan çalışmalarla, nukleer bölge, şekil ve DNA içeriği açısından ortaya çıkan farklılık bu iki komponenti birbirinden ayırmayı başarmıştır. Sekretuar karsinom hücrelerinin nukleuslarının daha büyük, daha irregüler olması, DNA içeriğinin daha fazla olması ve sekretuar potansiyelinin müsinöz karsinoma oranla az olması nedeniyle, sekretuar karsinomlar, müsinöz karsinomların anaplastik varyantı olarak düşünülmektedir (5).

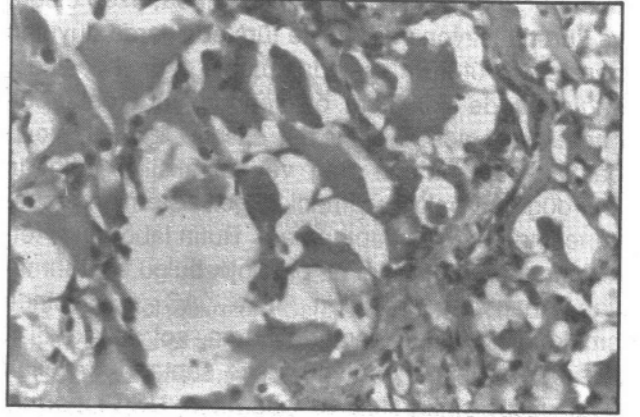
Sonuç olarak; optimal cerrahi tedavinin planlanması açısından, sekretuar karsinom tanısının doğru konulması önemlidir. Çocuklarda ve adolesanlarda bu tümörün iyi prognoza sahip olması ve lokal eksizyonunun yeterli kontrolü sağlamasına rağmen, adult hastalarda tedavi şeklinin tümörün büyüklüğüne göre planlanması kabul edilen görüş-

tür. Eğer tümör 2 cm'den küçük ise; komple lokal eksizyon ve kademeli olarak aksiller lenf diseksiyonu uygun olabilirken, tümör 2 cm'den büyük ise,

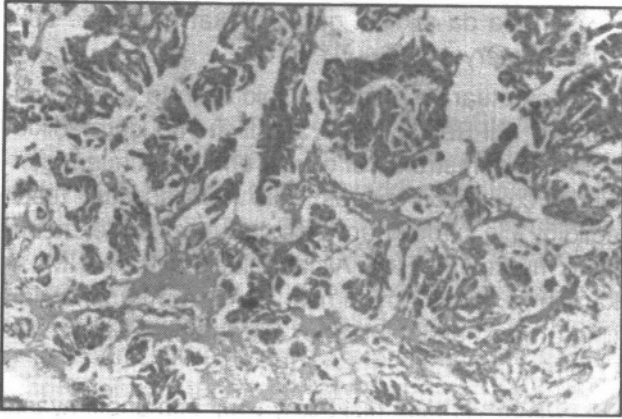
basit mastektomi ile birlikte aksiller lenf diseksiyonu düşünülmelidir. Postoperatif radyoterapi ve kemoterapinin tedavideki rolleri hakkında bilgi yoktur (3,4).



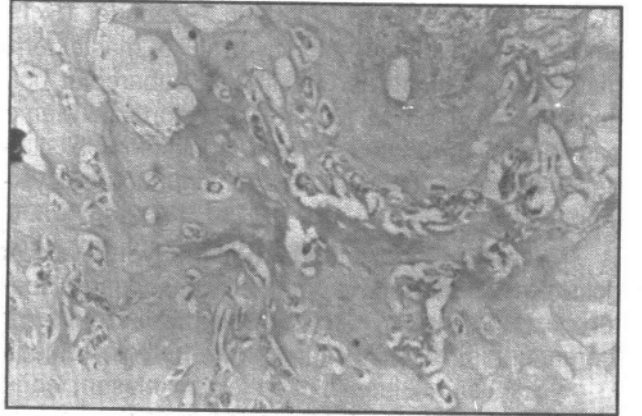
Resim 1 : Karsinom içerisinde mikrokistik patern gösteren alanlar (HE X 40).



Resim 2 : Sekretuar materyal içeren mikrokistik alanlar (HE x 200).



Resim 3 : Papiller proliferasyon gösteren duktal patern (HE x 40).



Resim 4 : Dens kollejenöz doku ile çevrelenmiş, küboidal hücrelerle döşeli duktuslar (HEx40).

KAYNAKLAR

1. Tavassoli FA, Norris NJ. Secretory carcinoma of the breast. Cancer 1980; 45: 2404-2413.
2. Akhtar M, Robinson C, Ali MA, et al. Secretory Carcinoma of the breast in adults. Cancer 1983; 51: 2245-2254.
3. d'Amore ESG, Maisto L, Gatteschi MB. Secretory carcinoma of the breast. Acta Cytologica, 1986; 30 (3): 309-312.
4. Roth JA, Discafani C, O'Malley M. Secretory breast carcinoma in Amman. Am. J. surg. Pathol. 1988; 12: 150-154.
5. Tamura G, Mikawa S, Monma N. Secretory carcinoma coexistent with mucinous carcinoma in the breast. Acta Pathologica Japonica. 1989; 39(9): 593-598.
6. Azzopardi JG, Problems in breast pathology. In Bennington JL (Consulting ed.): Major problems in pathology, Vol. 11. London, 1979, WB Saunders Co.
7. Mc. Divitt BW, Stewart FW, Berg JW. Tumors of the breast in atlas of tumor pathology. 2 nd series. Phase 2 Washington DC; Armed Forces Institute Of Pathology, 103-104.
8. Rosai J. Ackerman's surgical pathology 7 th. Edition The C.V Mosby Company, Washington D.C. 1989.