

MEMENİN TAŞLI YÜZÜK HÜCRELİ KARSİNOMASI: BİR OLGU NEDENİYLE

Dr. Ayşe SERTÇELİK*, Dr. Serpil Dizbay SAK*, Dr. Salim GÜNGÖR*

* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

ÖZET

Bu makalede AÜTF Patoloji Anabilim Dalında izlenen bir taşlı yüzük hücreli meme karsinoması olgusu sunulmuştur. Bu olguda literatürde izlenen olguların çoğu ile çelişecek biçimde infiltratif duktal karsinoma sahalarının görüntüye hakim olduğu izlenmiştir. Bu olgu nedeniyle bu varyantın histogenezine ilişkin görüşler literatür bilgileri eşliğinde gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Taşlı yüzük hücreli karsinom, meme kanseri.

SUMMARY

Signet-ring cell carcinoma of the breast: A case report.

In this report, a case of signet-ring cell carcinoma of the breast is presented. Contrary to the opinions about the relation of signet-ring cells to lobular carcinoma, in this tumor, typical areas of infiltrative ductal carcinoma was observed. Histopathologic features of our case and opinions on the histogenesis of signet-ring cell carcinoma are discussed.

Key words: Signet-ring cell carcinoma, breast cancer.

GİRİŞ

Memenin taşlı yüzük hücreli karsinomu, önceleri müsinoz karsinomanın bir varyantı olarak kabul edilmişse de sonraları agresif klinik davranış gösterdiği ve histopatolojik özelliklerinin oldukça özgün olduğu saptanmıştır (1, 2). Taşlı yüzük hücreli karsinoma tanımı yazarlara göre bazı küçük farklılıklar göstermekle birlikte bu tanıyı vermek için gerekli olan kriter, taşlı yüzük hücresi adı verilen musikarmenofilik, vakuollü hücrelerin tümörün kolayca dikkati çekecek kadar önemli bir bölümünü oluşturmasıdır (1, 3, 4).

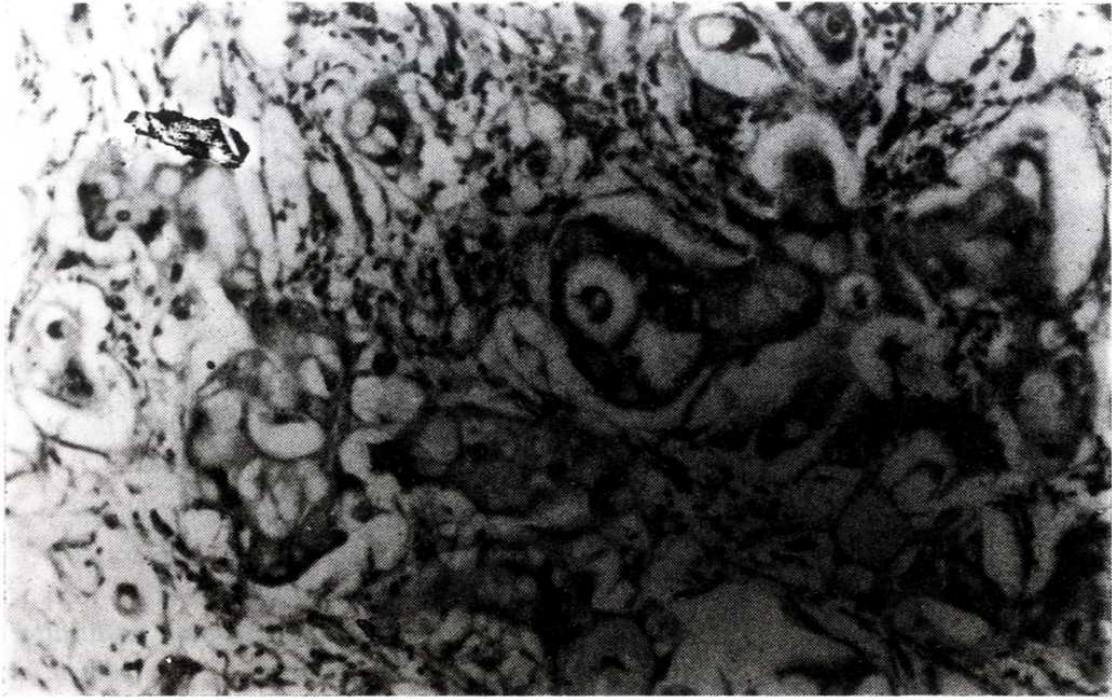
Bu makalede, bugün genellikle histogenetik olarak lobüler karsinoma ile ilişkili bir antite olarak değerlendirilen memenin taşlı yüzük hücreli karsinomu, anabilim dalımızda izlenen bir olgu nedeniyle literatür bilgileri eşliğinde gözden geçirilmiştir.

VAKA TAKDİMİ

Kırkbeş yaşındaki kadın hastaya sol meme iç kadranda kitle nedeniyle Temmuz 1991'de insizyonel

biyopsi yapılmıştır. Biyopsinin infiltratif duktal karsinoma olarak sonuçlanması üzerine radikal mastektomi ve aksiller diseksiyon uygulanmıştır. Bölümümüze ulaşan ve üzerinde 27x19 cm boyutlarında meme başı da içeren deri elipsi bulunan sol mastektomi materyalinde, iç kadranda yer alan 3 cm uzunluğundaki insizyon hattı altında, 3.5 cm uzun çaplı poş ve bunun çevresinde 1.5 cm kalınlığındaki sahada gri-sarı sınırları düzensiz tümör izlenmiştir. Ayrıca meme başının ülseri olduğu dikkati çekmiştir.

Histopatolojik incelemede tümörün geniş alanlarda infiltratif duktal karsinoma görüntüsüne sahip olduğu, ancak bu sahalardaki bazı hücrelerin geniş, vakuole sitoplazmalı olduğu ve bu hücrelerin hilal şeklinde kenara itilmiş nukleuslarıyla tipik taşlı yüzük hücresi özelliği gösterdiği dikkati çekmiştir (Resim 1). Bu sahalardan başka, midenin taşlı yüzük hücreli karsinomasını hatırlatan tek tek veya küçük gruplar halindeki hücrelerin hiyalinize stroma içerisinde tek tek dağılması ile karakterli sahalara da rastlanmıştır. Meme başında da epidermis



Resim 1. İnfiltratif duktal karsinoma görünümündeki sahalarda tipik taşlı yüzük hücreleri, HEx200

içerisinde benzer hücrelerin oluşturduğu infiltrasyon dikkati çekmiştir. Aksilladan ayıklanan 17 lenf nodülünün 12 tanesinde gerek diffüz dağılım yapar tarzda, gerekse duktus yapıları oluşturur özellikte benzer hücrelerin varlığı izlenmiştir. Hastanın önceki biyopsisine ait preparatlar incelendiğinde, bu biyopside de tipik infiltratif duktal karsinoma alanlarının yer aldığı, ancak bu alanları oluşturan hücrelerin bir bölümünün taşlı yüzük hücresi özelliği taşıdığı gözlenmiştir. Yapılan periyodik asit Shiff ve musikarmen boyamalarında, gerek infiltratif duktal karsinoma alanlarında, gerekse hücrelerin diffüz olarak dağılım gösterdiği sahalarda taşlı yüzük hücrelerinde müsin varlığı izlenmiştir.

TARTIŞMA

Memenin taşlı yüzük hücreli karsinoması müsin içeriği nedeniyle uzun yıllar müsinöz (kolloid) karsinomalar ile birlikte değerlendirilmiştir (5). Ancak yetmişli yıllarda Gad ve arkadaşları ile Steinbecker ve arkadaşlarının çalışmalarını takiben bu antitenin gerek morfolojik özellikleri, gerekse agresif biyolojik davranışı ile kolloid karsinomadan farklı özgün bir klinikopatolojik antite olduğu konusu gündeme gelmiştir (1, 6). Taşlı yüzük hücreli karsinomada müsin bizim

olgumuzda olduğu gibi intrasitoplazmik olarak izlenir ve kolloid karsinomanın karakteristiği olan ekstrasellüler müsin gölcükleri bulunmaz. Taşlı yüzük hücreli karsinomaya ilişkin literatür incelendiğinde bu tümöre daha çok lobüler karsinomanın bir varyantı olarak bakma eğiliminin mevcut olduğu anlaşılmaktadır (1, 4, 7). Ancak bizim olgumuzda olduğu gibi klasik infiltratif duktal karsinoma sahaları ile birlikte bulunduğu olgular da tarif edilmektedir (3, 8). Hull ve arkadaşları bu tümöre başka hiçbir komponent içermeksizin pür olarak rastlanabileceği gibi, lobüler ya da bizim olgumuzda olduğu gibi duktal karsinoma ile karışık olarak rastlanabileceğini de bildirmişlerdir (8). Bizim daha önce izlediğimiz bir başka taşlı yüzük hücreli meme karsinomu vakasında ise aynı tümörde, duktal ve lobuler karsinoma sahaları birarada izlenmiştir (9). Bu duktal karsinoma-taşlı yüzük hücreli karsinoma, lobüler karsinoma-taşlı yüzük hücreli karsinoma kombinasyonlarının, klasik duktal ve lobular karsinomaya oranla daha çok metastaz oluşturma eğilimi gösterdiği bilinmektedir (8). Nitekim, bizim olgumuzda da aksilladan ayıklanan 17 lenf nodülünün 12 tanesinde ve meme başında tutulum olması tümörün prognozunun kötü seyredeceğini düşündürmüştür.

Histogenetik özellikleri ne olursa olsun agresif gidiş göstermesi beklenen bu antitenin özellikle lobüller ve duktal karsinomalar ile birlikte görülmesi halinde, bu

komponentin varlığının patoloji raporlarında bildirilmesi, klinisyeni tedavi açısından yönlendirmeye yararlı olacaktır

KAYNAKLAR

1. Steinbrecher JS, Silverberg SG. Signet-ring cell carcinoma of the breast: The mucinous variant of infiltrating lobular carcinoma? Cancer 1976; 37: 828.
2. Haagensen CD. Diseases of the breast (3. baskı). Philadelphia: WB Saunders, 1986.
3. Fisher ER, Brown R. Intraductal signet ring cell carcinoma: A hitherto undescribed form of intraductal carcinoma of the breast. Cancer 1985; 55: 2553.
4. Merino MJ, Livolsi VA. Signet ring cell carcinoma of the female breast, A clinicopathologic analysis of 24 cases. Cancer 1981; 48: 1830.
5. Mc Divitt R, Stewart F, Berg J. Tumors of the breast. Washington DC: AFIP, 1968.
6. Gad A, Azzopardi J. Lobular carcinoma of the breast: A special variant of mucin secreting carcinoma. J Clin Pathol 1975; 28: 711.
7. Azzopardi J. Problems in breast pathology. Philadelphia: WB Saunders, 1979.
8. Hull MT, Seo S, Battersby JS, Csicsko JF. Signet ring cell carcinoma of the breast: A clinicopathologic study of 24 cases. Am J Clin Pathol 1980; 73: 31.
9. Sertçelik A, Bulay O, Çakıroğlu E. Memenin taşlı yüzük hücreli karsinomu. AÜTF Mec 1986; 39: 361.