

Glikojenden Zengin Berrak Hücreli Meme Karsinomu: Olgu Sunumu

Glycogen Rich Clear Cell Breast Carcinoma: A Case Report

Havva Yeşil Çınkır¹, Gülay Bilir Dilek², Ayşe Demirci¹, Fatma Buğdaycı Başal¹, Kübra Aydın¹, Umut Demirci¹, Berna Öksüzöğlü¹, Necati Alkış¹

¹Dr. A. Y. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

²Dr A. Y. Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Received:26.06.2014 Accepted:13.08.2014 DOI: 10.5505/aot.2014.75437

ÖZET

Memenin glikojenden zengin berrak hücreli karsinomu meme kanserinin nadir tipidir. Tümöral doku intrasitoplazmik glikojenden zengin şeffaf hücrelerden oluşmaktadır. Biz burada glikojenden zengin berrak hücreli karsinom tanısı ile izlenen 44 yaşında kadın hastayı sunduk.

Anahtar Kelimeler: Berrak hücreli, Glikojen zengin; Meme kanseri

ABSTRACT

Glycogen-rich clear cell carcinoma of the breast is a rare type of breast carcinoma. Tumoral tissue consists of intra cytoplasmic glycogen-rich clear cells. We presented a 44-year old woman diagnosed with glycogen-rich clear cell carcinoma.

Keywords: Breastcancer; Clear cell; Glycogen-rich

Giriş

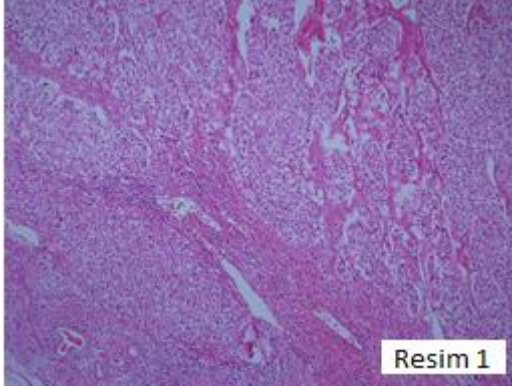
Glikojenden zengin berrak hücreli karsinom (GZBHK) memenin nadir görülen bir tümörüdür. Tüm meme kanserlerinin %1.4-3'ünü oluşturur (1). Tümöral doku, intrasitoplazmik glikojenden zengin şeffaf hücrelerden oluşmaktadır. Nadir görülen bir tümör olması nedeni ile burada sunulmuştur.

Olgu Sunumu

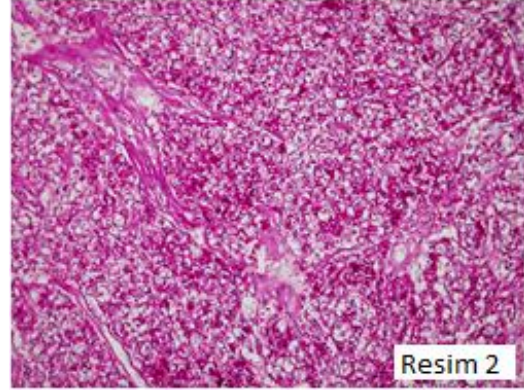
Kırk dört yaşında premenapozal kadın hastanın, bir yıldır olan sol memede ağrı şikayeti nedeni ile Ekim 2012'de başka bir merkezde yapılan meme ultrasonografisinde sol memede 19 x 21 mm lezyon saptanmış. Lezyondan yapılan 1 cm trucut biyopsi patolojisi hiperkromatik, atipik hücreler olarak raporlanması üzerine merkezimize başvurdu. Meme biyopsi preparatları tekrar değerlendirildi, malignite şüphesi olarak raporlandı. Hastaya sol simplemastektomi ve sentinel lenf nodu örnekleme (SLNÖ) operasyonu uygulandı. Patoloji sonucu GZBHK, grad 3, tümör çapı 5x3x3.2 cm olarak raporlandı. Mikroskopik değerlendirmesinde fibrotikstromaya sahip, nekroz odakları içeren

iri vezikülernükleuslu, belirgin nükleollü, geniş berrak ve poligonalsitoplazmalı atipik hücrelere sahip tümöral doku saptandı (Resim 1). Yapılan immünohistokimyasal (İHK) çalışmada tümör hücre sitoplazmalarında Periyodik asit schiff (PAS) ile boyanan, diastaz ile kaybolan, bol miktarda glikojen lehine boyanma mevcuttu (Resim 2). İHK çalışmasında tümör hücrelerinde HMWCK ile fokal sitoplazmik boyanma izlenirken, p63 ile boyanma izlenmedi. Östrojen reseptörü (ÖR) ve progesteron reseptörü (PR) negatif, cerb-B2 skor: 0, ki-67 proliferatif aktivite indeksi %40, cerrahi sınırlar negatifti. SLNÖ değerlendirilmesinde üç adet reaktif lenf nodu mevcuttu. Hasta evre 2B (pT3N0M0) tripl negatif meme kanseri olarak değerlendirildi. Adjuvan tedavi olarak 6 kür siklofosamid 600 mg/m² – doksorubisin 60 mg/m² - 5-florourasil 600 mg/m² (CAF), 21 günde bir uygulandı. Toplam tümör boyutu 5 cm üstü olması nedeni ile adjuvan radyoterapi (RT) (kobalt 60 foton ile sol göğüs duvarına 25 fraksiyonda toplam 50 Gy) uygulandı. Hasta yaklaşık 13 aydır hastalıksız olarak izlenmektedir.





Resim 1: Kesitte solid gruplar oluşturmuş, vezikülnükleuslu, geniş berrak sitoplazmalı hücrelerden oluşan tümöral doku izlenmektedir. Sol alt köşede normal meme lobülü görülmektedir (x100, H-E).



Resim 2: PAS histokimyasında yoğun intrasitoplazmik glikojen lehine granüler boyanma izlendi (x200, PAS). Bu boyanma diastaz ile tamamen ortadan kaybolmuştur.

Tartışma

GZBHK ilk olarak Hull ve ark. tarafından 1981 yılında tanımlanmıştır (2). Literatürde bildirilen vakaların ortanca yaş aralığı 35 ile 80 yaş arasında değişmektedir. Tümör çapı 2-5 cm arasında, fakat 10 cm boyutunda bildirilen olgularda mevcuttur (3). Bizim olgumuzda tümör boyutu 6 cm (biyopsi boyutu: 1 cm, rezidü tümör boyutu: 5 cm) idi.

Tümör morfolojisi sık görülen diğer meme tümörlerinden farklıdır. Tümör, şeffaf sitoplazması olan poligonal hücrelerden oluşmaktadır. Bu hücrelerin yapısında yüksek oranda suda eriyen glikojen bulunmaktadır. GZBHK morfolojisi akciğer, endometrium, serviks, böbrek ve tükrük bezi karsinomları ile benzerlik göstermektedir (4). Ayırıcı tanı bu tümörlerin metastazı akılda tutulmalıdır. İHK incelemesinde sitoplazmik PAS pozitifliği ve diastaz reaksiyonu mevcuttur (4).

Tümörün klinik seyri ve prognozu ile ilgili veriler net değildir. Literatürde prognozunun diğer klasik invaziv meme kanserleri ile benzer olduğu veya daha kötü gidişatlı olduğu ile ilgili bildirilen yayınlar mevcuttur. Fisher ve ark.'nın 45 vakalık serisinde prognoz daha kötü olduğu bildirilmiş iken, diğer iki çalışmada berrak hücreli morfolojisi olan tümörlerde prognozun

klasik meme karsinomları ile benzer olduğu belirtilmiştir (5-7).

Aksiller nodal değerlendirilme önemli prognostik faktördür. Bildirilen vakaların çoğuna mastektomi ve aksiller diseksiyon uygulanmıştır. Hastaların yarısından fazlasında aksiller lenf nodu metastazı mevcuttu ve bu vakalar kötü prognozlu olarak bildirilmiştir (8). Bizim olgumuzda büyük tümör boyutuna, ki-67 proliferatif aktivite indeksi yüksek olmasına rağmen lenf nodu metastazı saptanmamıştır. Klasik invaziv meme kanserlerinde ÖR ve PR pozitifliği olumlu prognostik faktör, cerb-B2 aşırı ekspresyonu kötü prognostik faktör olarak kabul edilmektedir. Literatürde bildirilen GZBHK vakalarının büyük kısmında ÖR pozitif, PR negatif veya düşük oranda pozitif olarak bildirilmiştir (9,10). Tümör boyutu büyük, ki-67 proliferatif aktivite indeksi ve grad yüksek olması nedeni ile tripl negatif tümör gibi kötü prognozlu olabileceği düşünüldü. Hastamıza üçlü negatif histolojide evre 2B (pT3N0M0) tümörü nedeni ile adjuvan tedavide 6 kür CAF kemoterapisi ve RT uygulandı.

Sonuç olarak; GZBHK nadir bir tümördür, prognozu ile ilgili net veriler olmamakla beraber tedavi ve takibi klasik meme karsinomları ile benzer şekilde uygulanmaktadır.



KAYNAKLAR

1. Tavassoli FA. Pathology of the breast. Infiltrating carcinoma: special types. 2. Stanford Connecticut: Appleton&Lange; 1990;481-570.
2. Hull MT, Priest JB, Broadie TA, Ransburg RC, McCarthy LJ: Glycogen-rich clear cell carcinoma of the breast: a light and electron microscopic study. *Cancer* 1981;48:2003-9.
3. Aksoy F, Gündeş E, Küçükkartallar T, Vatansever C. Glycogen-rich carcinoma of breast: a case report. *J Breast Health* 2013;9:166-8
4. Kuroda H, Sakamoto G, Ohnisi K, Itoyama S. Clinical and pathological features of glycogen-rich clear cell carcinoma of the breast. *Breast Cancer* 2005;12:189-95
5. Fisher ER, Tavares J, Bulatao IS, Sass R, Fisher B. Glycogen-rich clear cell breast cancer: with comment concerning other clear cell variants. *Hum Pathol* 1985;16:1085-90.
6. Haye MM, Sedman JD, Asthon MA. Glycogen –rich clear cell carcinoma of the breast. A clinicopathologic study of 21 cases. *Am J Surg Pathol* 1995;19:904-117.
7. Ma X, Han Y, Fan Y, Cao X, Wang X. Clinicopathologic characteristics and prognosis of glycogen-rich clear cell carcinoma of the breast. *Breast J.* 2014;20:166-73
8. Markopoulos C, Mantas D, Philipidis T et al. Glycogen-rich clear cell carcinoma of the breast. *World J Surg Oncol.* 2008;6:44.
9. Akbulut M, Zekioglu O, Kapkac M, Erhan Y, Ozdemir N. Fine needle aspiration cytology of glycogen-rich clear cell carcinoma of the breast: review of 37 cases with histologic correlation. *Acta Cytol.* 2008;52:65-71.
10. Takekawa Y, Kubo A, Morita T et al. Histopathological and immunohistochemical findings in a case of glycogen-rich clear cell carcinoma of the breast. *Rinsho Byori.* 2006;54:27-30.

