

MEMENİN TAŞLI YÜZÜK HÜCRELİ KARSİNOMU

Ayşe Sertçelik*

Orhan Bulay**

Ece Çakıroğlu***

Memenin taşlı yüzük hücreli karsinomu ilk kez 1975 yılında Gad ve Azzopardi tarafından «lobüler karsinomun müsin salgılayan varyasyonu» olarak tanımlanmıştır (4). Ancak daha sonraları, Harris ve Hull gibi bazı otörler bu taşlı yüzük hücreli karsinom varyasyonun duktal karsinomadan da kökenlenebileceğini ileri sürmüşlerdir (6,7,8).

Bu tümörün kökeninin tartışmalı oluşu ve bizim olgumuzda hem infiltratif duktal hemde infiltratif lobüler karsinom komponentleri ile birlikte taşlı yüzük hücreli karsinom varyasyonunun bulunması nedeniyle, bu olguyu sunmayı uygun gördük.

VAK'A TAKDİMİ

Olgumuz 45 yaşında kadın hasta olup sağ meme üst dış kadranda kitle ön tanısı ile fakültemiz Genel Cerrahi Anabilim Dalına yatırılmıştır. Ameliyat öncesi yapılan sistemik incelemelerde memedeki kitleden başka diğer organ ve dokularda herhangi bir patoloji gözlenmemiştir. Hasta 25.2.1987 günü operasyona alınmıştır. Ameliyat sırasında yapılan frozende malignite saptanmış olup, bu nedenle hastaya radikal mastektomi uygulanmıştır. Kürsümüze gelen mastektomi materyeli 2x10 cm boyutlarında deri elipsi içeren 29x23x8 cm boyutlarında meme dokusu olup meme başına 7 cm uzaklıkta 5 cm çapta poş cidarı ve bunun çevresinde 4x3x2 cm boyutlarında gri sarı renkte sert bir alan bulunduğu belirlenmiştir. Ayrıca aksiller bölgeden 23 adet lenf bezi ayıklanmıştır.

Mikroskopik incelemede tümöral dokunun yer yer infiltratif duktal ve yer yer de infiltratif lobular karsinom görünümünde olduğu

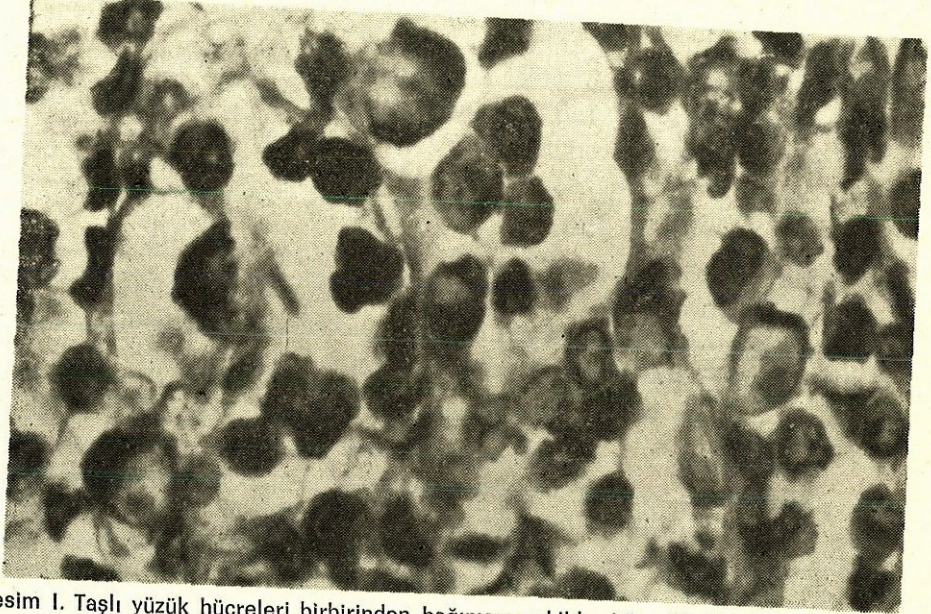
* A.Ü. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı Yard. Doç. Doktoru

** A.Ü. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı Profesörü

*** A.Ü. Tıp Fak. Patoloji Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

saptanmış olup 4 adet lenf bezinde metastaz belirlenmiştir. Bu arada tümör hücrelerinde taşlı yüzük görünümü dikkati çekmiş ve bu hücrelerin sitoplazmalarının PAS ve müsikarmin boyası ile pozitif boyandığı saptanmıştır (Resim I, Resim II).

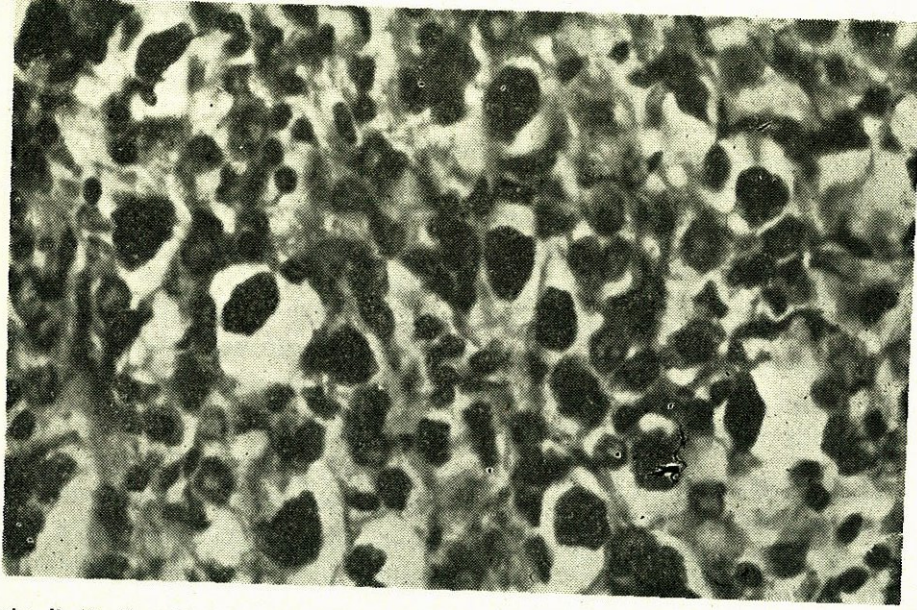
Histopatolojik görünümüne infiltratif duktal karsinom komponenti hakim olduğu için hastaya «infiltratif duktal karsinom» tanısı verilmiştir.



Resim I. Taşlı yüzük hücreleri birbirinden bağımsız şekilde diğer tümör hücreleri arasında yer almaktadır (H.E. X 400).

TARTIŞMA

Memenin taşlı yüzük hücreli karsinomunun müsinöz karsinomdan tamamen farklı bir antite olduğu ilk kez 1975 yılında Gad ve Azopardi tarafından belirlenmiş ve «lobüler karsinomanın müsin salgılayan özel bir variantı» olarak tanımlanmıştır (4). Bu makalede, 20 lobular karsinoma olgusu incelenmiş ve bazı olgularda % 7, bazılarında da % 75 oranında PAS pozitif globül içeren tümör hücresi saptanmış ve intrasellüler müsin salgılayan bu hücrelerin genellikle birbirleriyle olan bağlantılarını kaybettiklerini belirlemiştir (4). Hücreler arası ilişkinin kopması infiltratif lobular karsinomanın bir özel-



Resim II. Bir önceki resimdeki taşlı yüzük hücrelerinin PAS boyası ile pozitif boyandığı belirgin şekilde izlenmektedir (PAS X 240).

liği olup çoğu kez hücre boyutlarındaki artışla birlikte ve bu artış genellikle sitoplazma lehinedir (5). Taşlı yüzük hücreli karsinomda izlenen bu hücreler arası koezyon kaybı, Gad'in da belirttiği gibi midenin taşlı yüzük hücreli karsinomunda da mevcuttur (4). Ayrıca, Gad bu olgulardaki tümör hücrelerinin salgısının sialomüsinden zengin olduğunu histokimyasal olarak göstermiştir (4).

Bizim olgumuzda da, izlediğimiz taşlı yüzük hücrelerinin birbirinden bağımsız infiltratif lobular karsinoma hücreleri arasında yer aldığı belirgin şekilde gözlenmektedir.

1976'da Breslov 10 infiltratif lobular karsinoma olgusunun altısında müsikarmin pozitif sitoplazmalı taşlı yüzük karsinom hücresi belirlemiştir (2).

Merino ve arkadaşları 24 taşlı yüzük hücreli karsinom olgularının tamamında infiltratif lobular karsinom izlemiştir (10). Merino bu varyasyonun agresif bir suptip olması ve serozal yüzeylere invazyon,

gibi değişik metastatik özellikler göstermesi nedeniyle taşlı yüzük hücreli karsinomun diğer meme tümörlerinden ayrılmasını önermiştir (10).

Steinbrecher'in serisinde de taşlı yüzük hücreli karsinomun, lobular karsinomaya eşlik ettiği ve bu gibi olgularda prognozun oldukça kötü olduğu vurgulanmaktadır (11). Bu tip olgularda prognozun daha kötü olduğu bir çok otör tarafından da belirtilmektedir (4,8,12).

Fisher ise 400 olguluk invaziv meme kanseri serisinde, 12 olguda intraduktal taşlı yüzük karsinomu belirlemiştir (% 3) (3). Bu 12 olgunda sadece üçünde invaziv lobular karsinoma, yedisinde ise infiltratif duktal karsinoma izlenmiştir (3). Diğer iki olgunun biri medüller diğeride tübüler karsinom yapısındadır (3).

Hull ve Harris ise bu taşlı yüzük hücreli karsinomanın memenin duktal karsinomundanda kökenlenebileceğini ileri sürmüşlerdir (6,7,8). Hull'un 24 olguluk taşlı yüzük hücreli karsinom serisindeki % 50 olgunun infiltratif duktal karsinomadan kökenlendiğini belirlemiştir (8). Harris ise üç taşlı yüzük hücreli karsinom olgusunda intraduktal karsinom saptamıştır (7).

Azzopardi bu tümörün her iki tip tümördende kökenlenebileceğini söylemekle birlikte lobular karsinomadan kökenlenen olguların daha çok olduğunu vurgulamaktadır (1).

Bizim olgumuzda ise histopatolojik görünümün yer yer infiltratif duktal ve yer yerde infiltratif lobular karsinoma yapısında olduğu izlenmiştir. Lenf bezi metastazlarının da bir kısmı infiltratif lobular karsinoma yapısında olup McDivitt'in (9) belirttiği gibi malign lenfomayı taklit etmektedir ve olgumuzda belirlediğimiz PAS ve müskarmin pozitif sitoplazmalı taşlı yüzük hücrelerinde infiltratif lobular karsinoma yapıları arasında yer almaktadır.

Bu nedenle, biz, bu olguda taşlı yüzük hücrelerinin infiltratif lobular karsinoma hücrelerinden kökenlendiğini ve bu tipin bir varyasyonu olduğunu düşünmekteyiz.

ÖZET

Bu makalede, memenin ender bir tümörü olan taşlı yüzük hücreli karsinomu sunulmuştur. Olgumuzda, yer yer infiltratif duktal ve yer yer de infiltratif lobular karsinom yapısı izlenmiştir. Ancak, taşlı

yüzük karsinom varyasyonu sadece lobulular karsinoma komponenti içinde yer almaktadır. Bu nedenle, bu olguda, taşlı yüzük hücreli karsinomun lobular karsinomanın bir varyasyonu olduğunu düşünmekteyiz.

SUMMARY

Signet-Ring cell carcinoma of the breast

In this article, a rare case of signet-ring cell carcinoma of the breast is reported. In our case, the histopathologic picture in some areas showed infiltrating ductal carcinoma and in some other areas infiltrating lobular carcinoma. However, the signet-ring cell carcinoma variation took place only in the component of the lobular carcinoma. Therefore, in this case, we think that the signet-ring cell carcinoma is a variant of the lobular carcinoma of the breast.

KAYNAKLAR

1. Azzopardi J : Problems in breast pathology Vol II 1979 WB Saunders Co, sayfa : 305.
2. Breslow A, Bancaccio M : Intracellular mucin production by lobular breast carcinoma cells. Arch Pathol Lab Med. 100 : 620-621, 1976.
3. Fisher ER, Brown R : Intraductal signet ring carcinoma. Cancer 55 : 2533-2537, 1985.
4. Gad A, Azzopardi J : Lobular carcinoma of the breast : a special variant of mucin-secreting carcinoma. J Clin Path 28 : 711 - 716, 1975.
5. Haagensen CD, Lane N, Bodian C : Coexisting lobular neoplasia and carcinoma of the breast. Cancer 51 : 1468 - 1482, 1983.
6. Harris M, Vasudev KS, Aufield C, Wells S : Mucin-producing carcinomas of the breast. Histopathology 2 : 177 - 188, 1978.
7. Harris M, Welle S, Vasudev KS : Primary signet ring cell carcinoma of the breast. Histopathology 2 : 171 - 176, 1978.
8. Hull M, Seo I, Battersby J, Csicsko J : Signet ring cell carcinoma of the breast. Am J Clin Pathol 73 : 31 - 35, 1980.

9. McDivitt R, Stewart F, Berg J : Tumors of the breast, AFIP, fascicle 2 second series, 1968, Washington DC, sayfa 83.
10. Merino MJ, Livolsi VA : Signet ring carcinoma of the female breast Cancer 48 : 1830 - 1837, 1981.
11. Steinbrecher J, Silverberg S : Signet ring cell carcinoma of the breast. The mucinous variant of infiltrating lobular carcinoma. Cancer 37 : 828 - 840, 1976.
12. VanBogaert LJ, Maldague P : Infiltrating lobular carcinoma of the female breast. Cancer 45 : 979 - 984, 1980.