

# İnvazif lobüler meme karsinomu olgusunda geçirilmiş polio hastalığı nedeniyle gelişmiş aksesuar pektoral kas invazyonu

## A case report of invasive lobular breast carcinoma with invasion to accessory pectoral muscle developed by polio disease

<sup>1</sup>Burcu Gül, <sup>1</sup>Rahmi Çubuk, <sup>2</sup>Neşe Yener, <sup>2</sup>Ahmet Midi, <sup>1</sup>Mehmet Atasoy, <sup>2</sup>Gülbüz Sezgin, <sup>4</sup>Abut Kebudi, <sup>1</sup>Levent Çelik,

<sup>1</sup>Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji AD, İstanbul

<sup>2</sup>Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji AD, İstanbul

<sup>3</sup>Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Dahiliye AD, İstanbul

<sup>4</sup>Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Genel Cerrahi AD, İstanbul

Adres: Burcu Gül, Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji AD, Maltepe, 34843, İstanbul, Türkiye.

### ÖZET

İnvazif lobüler karsinom, invazif meme kanserlerinin % 12'sini oluşturmaktadır olup memenin ikinci sıklıkta görülen malignitesidir. Tümör diffüz infiltran karakterde olduğundan, klinik ve radyolojik olarak tanısı güçtür. Bu yazıda, kliniğimizde invazif lobüler karsinom tanısı alan bir olgu sunulmuş; polio hastalığı nedeniyle gelişmiş aksesuar pektoral kasa tümöral invazyon ve tümörün preoperatif radyolojik bulguları tartışılmıştır.

**Anahtar kelimeler :** invazif lobüler karsinom, aksesuar pektoral kas invazyonu, preoperatif evreleme

### GİRİŞ

Meme kanseri, kanser ölümlerinde kadınlarda akciğer kanserinden sonra ikinci sırayı almaktadır. ABD'de 2014 yılı boyunca 232,670 yeni olgunun meme kanseri tanısı alması beklenmektedir (1). İnvaziv meme kanserlerinin yaklaşık %85'i duktal, %12'si lobüler orijinli olup, %3'ü metaplastik karsinom, apokrin karsinom ve lipidden zengin karsinom gibi özel differansiyasyon gösteren formlardır (2). İnvazif lobüler karsinom (İLK) memenin ikinci sıklıkta görülen malignitesidir. Tümör desmoplastik reaksiyon oluşturmaya meyilli olmayıp diffüz infiltran karakterde olduğundan, klinik ve radyolojik olarak tanısı güçtür. Radyolojik olarak ayrı bir kitle şeklinde görülme sıklığı diğer meme tümörlerine göre nadirdir. Genellikle asimmetrik dansite (3%-25%) ya da yapısal distorsiyon (10%-25%) şeklinde prezante olmaktadır (3,4). Bu yazıda memede uzun süreli ağrı ve sertlik şikayetleri ile kliniğimize başvuran ve invazif lobüler karsinom tanısı alan bir

### ABSTRACT

Invasive lobular carcinoma constitutes 12% of the invasive breast cancers and is the second most common malignancy of the breast. It is difficult to be diagnosed, clinically and radiologically, which is most likely related to the fact that ILC spreads through the breast parenchyma by means of diffuse infiltration. In this article we report a case of invasive lobular carcinoma, of discussing its invasion to the accessory pectoral muscle (which has developed due to polio disease) and its preoperative radiological findings

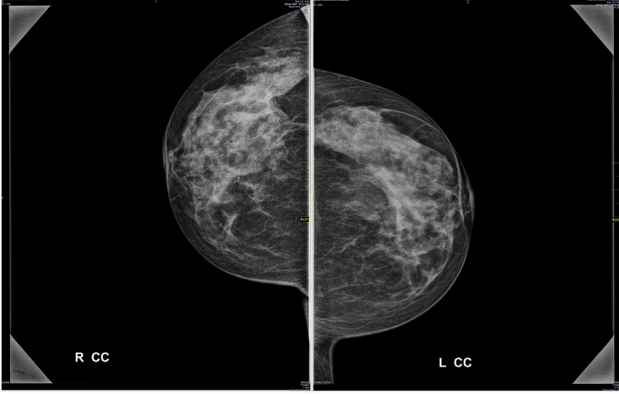
**Keywords:** invasive lobular carcinoma, accessory pectoral muscle invasion, preoperative staging

olgusu sunulmuş; polio hastalığı nedeniyle gelişmiş aksesuar pektoral kasa tümöral invazyon ve tümörün preoperatif radyolojik bulguları tartışılmıştır.

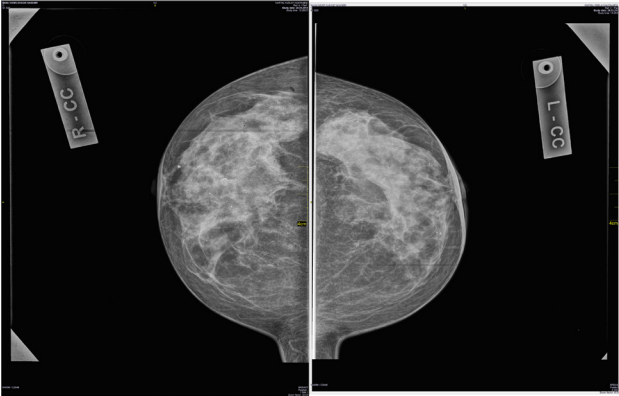
### OLGU SUNUMU

68 yaşında kadın hasta sol meme alt ve üst dış kadranda ağrı ve sertlik şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Anamnezinde hastanın 44-56 yaşları arasında hormon kullandığı ve menopoz yaşının 54 olduğu öğrenildi. Ailesinde meme kanseri öyküsü olmayan hasta hiç doğum yapmamıştı. Ayrıntılı anamnezde hastanın ilk radyolog başvurusunun 2009 yılında aynı şikayet ile olduğu saptandı. 2009 yılında şikayet bölgesine yönelik uygulanan tru-cut biyopsi sonucu 'fibrokistik hastalık ile uyumlu hyalinize fibrotik doku' olarak, 2013 yılında yapılan ikinci tru-cut biyopsi sonucu ise 'ileri derecede hyalinize stromada kronik inflame meme lobulusları' olarak bildirilmişti.

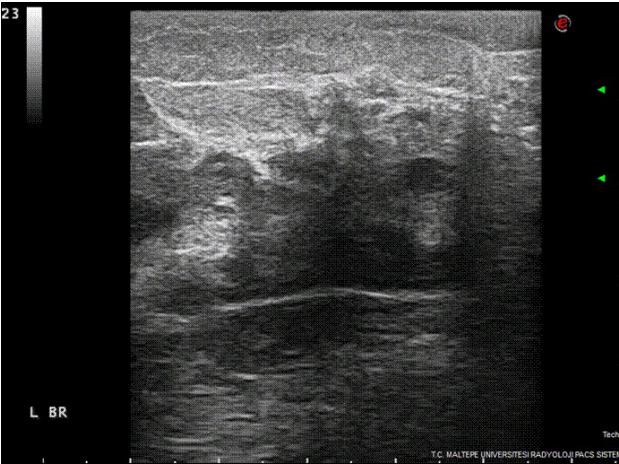
Hastanın eski tarihli mammogramları incelendiğinde; Aralık 2012 tarihli mamogram tetkikinde sol memesanalinde asimetrik parankim görülmekteydi (Şekil 1-2).



Mart 2014 tarihli mammogram tetkikinde ise sol meme, benzer şekilde asimetrik dens görünümdeydi (Şekil 3-4).

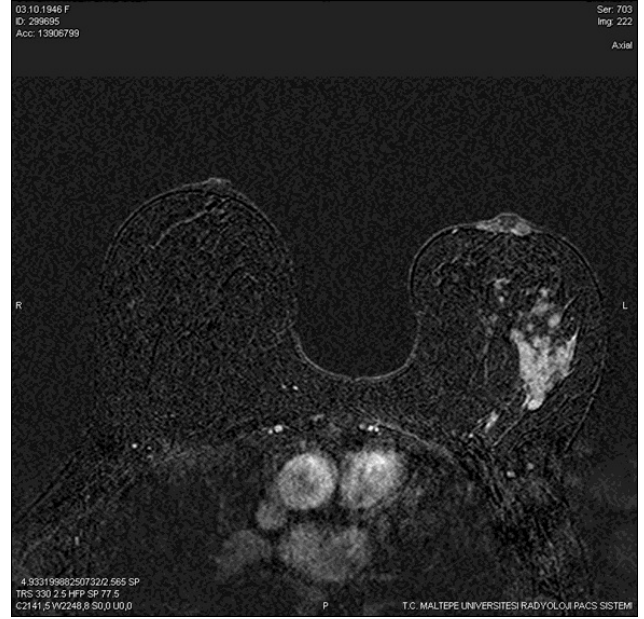


Kliniğimizde yaptığımız güncel ultrasonografi tetkikinde (Nisan 2014) sol memede tüm kadrantları tutan, özellikle üst dış kadranda belirginleşen diffüz hipoekoik alan (Şekil 5) saptadık ve olası diffüz infiltratif malign süreçler açısından MR ile tetkik önerdik.

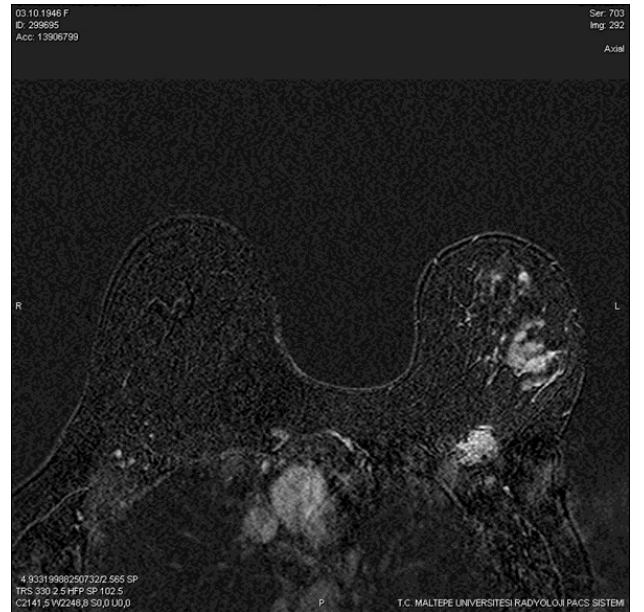


Meme MR tetkikinde (Nisan 2014) ise sol memede tüm kadrantları tutan, özellikle üst dış kadranda belirginleşen patolojik diffüz kontrast tutulumları

saptayarak bulguları BI-RADS kategori 5 olarak değerlendirdik (Şekil 6).



Ayrıca sol meme üst kısım derin planda, göğüs duvarının yakın komşuluğunda, 21x18 mm boyutlu, kontrast tutulumu gösteren ek bir lezyon saptadık (Şekil 7).



Ayrıntılı anamnezde hastanın polio geçirmiş olduğu ve sağ kolunu sınırlı olarak kullanabildiği öğrenildi. Sol üstte göğüs duvarı komşuluğunda izlenen ve kontrast tutulumu gösteren alan, tümöral infiltrasyon gösteren aksesuar pektoral kas ile uyumlu olarak değerlendirildi.

“Second look” US eşliğinde sol meme üst dış kadrandaki hipoekoik alandan ve infiltre aksesuar kas ile uyumlu alandan tru- cut biyopsiler alındı. Patoloji sonucu ‘Meme parankiminde invazif lobuler ca ve kas dokusuna invazyon’ olarak bildirildi. Hastaya, hastanemiz Genel Cerrahi Anabilim dalında modifiye radikal mastektomi prosedürü uygulandı.

### TARTIŞMA

İnvazif lobüler karsinom, diffüz infiltran karakteri nedeniyle meme kanserleri arasında klinik, radyolojik ve patolojik olarak tanısı güç bir histolojik alt tiptir. Tümör, tanı aldığı anda genellikle büyük boyutlardadır. Multifokalite, multisentrisite ve bilateralite riski invazif duktal karsinoma (İDK) göre yüksektir (5,6). Fizik muayenede sıklıkla çevre dokuya fiks sert kitle olarak prezente olur. Bazen memede sertleşme tek bulgu olabilmektedir. Desmoplastik reaksiyonun azlığı, diffüz infiltran olması ve kitlenin dansitesinin normal parenkim ile eş veya parenkime göre düşük olması nedeniyle mamografik olarak tanısı güçtür. Mammografide yalancı negatiflik oranı %8 ile %19 arasında değişmektedir. Radyolojik olarak ayrı bir kitle şeklinde görülme sıklığı diğer meme tümörlerine göre nadir olup, genellikle asimetrik dansite (3%-25%) ya da yapısal distorsiyon (10%-25%) şeklinde prezente olmaktadır (3,4). Mikrokalsifikasyon nadirdir 0%-10% (3,4,7). Bazen mammografik olarak hiçbir bulgu saptanamayabilir. İLK, İDK’ye benzer şekilde MRG’de fokal irregüler kitle olarak ortaya çıkabileceği gibi, sıklıkla kontrastlanması devamlılık göstermeyen multipl küçük odak veya diffüz parankimal kontrastlanma şeklinde görülür. MRG, invaziv lobuler kanserlerin histolojik boyut ve uzanımını mamografiye göre daha doğru olarak belirler. İDK ile kıyaslandığında, İLK’de meme koruyucu cerrahi sonrası pozitif cerrahi sınır daha sıklıkla saptanır. Bu, muhtemelen tümörün sınırlarını hem klinik hem de mamografik olarak tanımadaki zorluğa bağlıdır. Dolayısıyla lezyonun preoperatuar dönemde evrenmesi, postoperatif negatif cerrahi sınır elde edilebilmesi açısından büyük önem teşkil etmektedir. Bizim olgumuzda da mamografide net kitle formu olmayan, sınırları net demarke olmayan asimetrik parankim izlenmekteyken; MR ile sertlik bölgesinde diffüz, heterojen, belirgin kontrast tutulumu görülmekteydi. Preoperatuar evreleme açısından lezyonun uzanımı MR ile saptanabilmiş ve tümörün pektoral aksesuar kasa invazyonu görüntülenmişti. Tüm bu infiltran özelliklerine ve erken tanısındaki güçlüğe rağmen, invaziv lobüler karsinomun genel sağ kalımı İDK’den daha kötü değildir. İDK ve İLK’nin sağ kalımlarını karşılaştıran bir çalışmada ilk 10 yıl için İLK,

sonrasında İDK daha avantajlı olarak bildirilmiştir (8). İnvazif lobuler karsinom, invazif meme kanserlerinin klinik, radyolojik ve patolojik olarak tanısı güç bir histolojik alt tiptir. Multifokalite, multisentrisite ve bilateralite riski İDK’ye göre yüksektir. Meme MR, preoperatuar evreleme amacıyla, invazif lobüler karsinomun yayılımını ve çevre dokulara invazyonunu ortaya koymada etkili bir tanı yöntemidir.

### KAYNAKLAR

1. American Cancer Society, Cancer facts & figures 2014.
2. Lanyi M. Differential diagnosis of microcalcifications. In Friedrich M. Sickles EA, eds Radiologic diagnosis of breast diseases. Berlin-Heidelberg: Springer 2000: 89-136.
3. Helvie MA, Paramagul C, Oberman HA, Adler DD. Invasive lobular carcinoma: Imaging features and clinical detection. Invest Radiol 1993; 28: 202-207.
4. Krecke KN, Gisvold JJ. Invasive lobular carcinoma of the breast: Mammographic findings and extent of disease at diagnosis in 184 patients. AJR Am J Roentgenol 1993; 161: 957-960.
5. Heywang-Köbrunner SH, SI Dershaw DD. Diagnostic Breast Imaging. 1997: Thieme
6. LW Basset, VJ R Jahan, YS Fu, RH Gold. Diagnosis of Diseases of the breast. WB Saunders 1997
7. Nestead GM, Baute PB, Toth HK. Invasive lobular and ductal carcinoma: Mammographic findings and stage at diagnosis. Radiology 1992; 184: 623-627.
8. Pestalozzi BC, Zahrieh D, Mallon E, ve ark. Distinct clinical and prognostic features of infiltrating lobular carcinoma of the breast: combined results of 15 International Breast Cancer Study Group clinical trials. J Clin Oncol 2008; 26; 3006-3014.