

Bir İnflamatuvar Meme Karsinom (Karsinoma Erizipeloides) Olgusu

Demet ÇİÇEK^{a1}, Başak KANDİ¹, Nursel DİLEK¹, Betül DEMİR¹, Ferda DAĞLI²

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı,

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, ELAZIĞ

ÖZET

Karsinoma erizipeloides (KE), inflamatuvar metastatik karsinom olarak da bilinen, malignensilere bağlı olarak gelişen, nadir görülen bir kutanöz metastazdır. Kutanöz metastazlar içinde karsinoma erizipeloides gelişme oranı %3.8-%5.2 olarak bildirilmiştir. Genellikle meme karsinomlarına bağlı olarak gelişir. Ancak malign melanom, akciğer, tiroid, prostat, larinks ve gastrik adenokarsinomlarının neden olduğu vakalar da mevcuttur. İnvaziv duktal karsinom tanısıyla sağ modifiye radikal mastektomi yapılan, siklofosamid, adriamisin ve fluorourasil kemoterapisi alan 38 yaşında bayan hasta, operasyon bölgesinde kızarıklık ve sağ kolda şişlik şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Lezyonlardan alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelenmesinde yüzeysel ve derin dermal lenfatiklerin tümör hücreleri ile invaze olduğu görülerek karsinoma erizipeloides tanısı konuldu. Hastanın mevcut kemoterapisine devam edildi ancak klinik düzelme sağlanamadı. ©2008, Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi

Anahtar kelimeler: Karsinoma, Karsinoma Erizipeloides, İntraduktal, Meme

ABSTRACT

A Inflammatory Breast Carcinoma (Carcinoma Erysipeloides) Case

Carcinoma erysipeloïdes is a rare cutaneous metastasis, which develops in connection with the malignancies, and it is also known as inflammatory metastatic carcinoma. The development rate of carcinoma erysipeloïdes in cutaneous metastasis is reported as 3.8%-5.2%. It mostly develops in connection with the breast carcinoma. However, there are some cases caused by carcinoma in malign melanoma, lungs, thyroid, prostate, larynx and gastric adenocarcinoma.

A 38-year old female patient, who was diagnosis as invasive ductal carcinoma and undergone a right modified radical mastectomy and took cyclophosphamide, adrimycin and fluorouracil chemotherapy, applied to our policlinic with the complaint of erythema on the operation area and tumescence on the right arm. In the histopathologic examination of the biopsy material taken from the lesions, it was determined that such areas were invasive with the tumor cells of the superficial and deep dermal lenfatiks and she was diagnosed as carcinoma erysipeloïdes. It was continued to the current chemotherapeutical treatment of the patient, but no clinical recovery was achieved. ©2008, Fırat University, Medical Faculty.

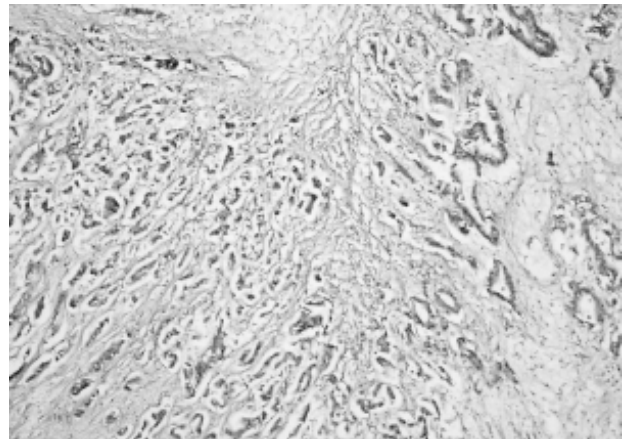
Key words: Carcinoma, Carcinoma Erysipeloides, Intraductal, breast

Kutanöz metastazlar vücudun başka bölgelerinden orjin alan malign hücrelerin deriye yayılması sonucu oluşur. Hematojen, lenfojen veya komşuluk yoluyla yayılan malign hücreler deride üç farklı klinik görünüm oluşturur. Bunlar; eritemli veya deri renginde nodüller, erizipel benzeri eritemli makül veya plaklar, telenjiektazi benzeri lezyonlar ve diskoid lupus eritematozus veya morfea benzeri skatrisyel lezyonlardır (1,2). Kutanöz metastaz insidansı farklı yayınlarda %0.5-%9 olarak bildirilmiştir (3,4).

OLGU SUNUMU

38 yaşında bayan hasta, Mayıs 2003'de beş aydan beri devam eden sağ memede kitle şikayeti ile hastanemize başvurdu. Ultrasonografik inceleme sonucunda sağ meme üst-dış kadranda 24×10mm boyutunda solid kitle tesbit edildi. Ultrasonografi eşliğinde yapılan ince iğne aspirasyon biyopsi sonucu invaziv duktal karsinomla uyumlu bulundu ve hastaya sağ modifiye radikal mastektomi uygulandı. Mastektomi materyalinin incelenmesinde iki ayrı odakta lokalize olmak üzere üst dış periferik kadranda 2.5 cm, üst dış santral kadranda

1.7 cm çapında tümör görüldü. Histopatolojik incelenmede meme başı, deri ve fasiya tutulumu göstermeyen tümöre invaziv duktal karsinom tanısı konuldu (Şekil 1).



Şekil 1. Meme dokusuna ait kesitlerde duktus yapıları oluşturmuş invaziv duktal karsinom alanları (HEX40)

^a Yazışma Adresi: Dr. Demet Çiçek, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji Anabilim Dalı, Elazığ

* II Türkiye Ekopatoloji Kongresi

* Tel: +90 424 233555

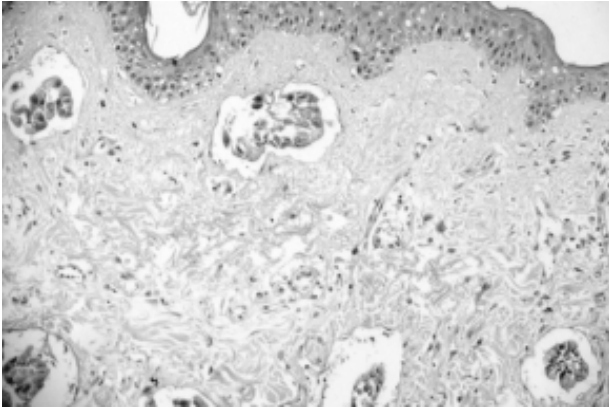
e-mail: dr.demetcicek@hotmail.com

Ancak Tümör stromasında lenfatik kanal invazyonu mevcut olup, toplam 19 adet lenf düğümünün 10'unda tümör metastazı tespit edildi. Hastaya altı ay süreyle siklofosfamid, adriamisin ve fluorourasiliden oluşan kemoterapi uygulandı. Tedavinin oldukça etkili olduğu hasta düzenli olarak takip edildi. Aralık 2004'de akciğerlerinde metastaz tespit edilen hasta, Ekim 2005'de operasyon bölgesinde ve sağ kolunda kızarıklık ve şişlik şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın dermatolojik muayenesinde sağ kolda ödem ve operasyon bölgesinden başlayıp sağ kola ve omuza yayılan eritemli plaklar mevcuttu (Şekil 2).



Şekil 2. Sağ kolda ödem ve operasyon bölgesinden başlayıp sağ kola ve omuza yayılan eritemli plaklar.

Lezyondan punch biyopsi yöntemiyle alınan materyalin histopatolojik incelemede yüzeysel ve derin dermal lenfatiklerin tümör hücreleri ile invaze olduğu görülerek karsinoma erizipeloides tanısı konuldu (Şekil 3). Hastanın mevcut kemoterapisine tedavisine devam edildi ancak klinik düzelme sağlanamadı. İnvaziv duktal karsinom tanısı konulduktan 29 ay sonra hastamızda KE gelişti ve bu tanıdan bir ay sonra da eks oldu.



Şekil 3. Dermiste lenfatikleri dolduran ve genişleten tümöral hücre grupları. Duktus benzeri yapılar oluşturan tümör hücrelerinde pleomorfizm ve atipi dikkati çekiyor (Hematoksilen EozinX200).

TARTIŞMA

İç organ malinitelerinin deri metastazları karaciğer, akciğer, lenf nodülleri, kemik ve beyin gibi organ metastazlarına göre az olup %0.5-%9 arasında değişmektedir (3,4). İlk bulgu olarak deri metastazının ortaya çıkması %0.8 civarında

beklenir ve en sık meme, melanoma, baş ve boyun bölgesinin mukozal tümörleri ile akciğer, böbrek ve over kanserlerinde görülür (4-7). Deri metastazları bilinmeyen bir internal malinitenin ilk bulgusu olabileceği gibi malignite tedavisi alanlarda veya tedaviden yıllar sonra tedavinin yetersizliğinin de bir göstergesi olarak ortaya çıkabilir. Deri metastazı nedenleri, primer neoplazilerin toplumdaki insidansı ile paralellik gösterir (4-8).

Karsinoma erizipeloides ilk kez 1931 yılında Rasch tarafından keskin sınırlı eritem, ısı artışı ve endüzyonun gözlemlendiği erizipel benzeri tablo olarak tanımlanmıştır (9,10). KE en sık meme karsinomu ile birlikteliğine rastlandığı için önceleri 'memenin inflamatuvar karsinomu' olarak da adlandırılmasına rağmen daha sonra akciğer, mide, tiroid, prostat ve larinks gibi organ maliniteleri ve melanoma ile birlikteliği de bildirilmiştir (8-19).

Lezyonlar çoğunlukla tutulan meme üzerinde, bölge drenajını sağlayan yüzeysel ve derin lenfatiklerin ya da lenf nodlarının tümör hücreleriyle invazyonla tıkanması sonucu oluşur (2,4,5). Literatürde deri metastazları içerisinde yer almasına rağmen; KE'nin tümör hücrelerinin deriye komşuluk yoluyla ulaşmasından dolayı invaziv karsinom olduğu unutulmamalıdır.

İngilizce literatürde dört meme karsinomu, dört gastrik adeno karsinom, iki prostat karsinomu, bir tiroid karsinom ve bir akciğer karsinomunun neden olduğu toplam 12 KE vakası tanımlanmıştır (8-17). Türkçe literatürde ise üç meme karsinomu, bir gastrik adeno karsinomu, bir larinks karsinomu ve bir malign melanomaya eşlik eden toplam altı KE vakası bildirilmiştir (18-20). Bildirilen olgular içerisinde yaş dağılımı 45 yaş ile 83 yaş arasında değişmekteyken bizim olgumuz 38 yaşında olup literatürdeki en genç vakaydı.

Literatürdeki KE vakaları primer karsinom tanısı aldıktan sonraki 3 ay ile 10 yıl arasında oluşmuştur. KE genellikle kötü prognoz bir göstergesidir ve hastalar KE tanısı aldıktan sonra üç ay içinde kaybedilir (8-20). Bizim olgumuzda invaziv duktal karsinom tanısı konulduktan 29 ay sonra KE kliniği gelişti ve KE tanısı aldıktan bir ay sonra hasta kaybedildi.

KE'nin ayırıcı tanısında erizipel, sellülit, radyasyon dermatiti, elefantiazis ve kontakt dermatit düşünülmelidir. Erizipelden ayırıcı tanısında lezyonun ağırlı olmaması, ateş yüksekliğinin eşlik etmemesi ve antibiyotik tedavisine cevap vermemesi yol göstericidir.

Literatürde bazı KE vakalarının kemoterapi, radyoterapi, lenfadenektomi ve cerrahi eksizyon sonrasında geliştiği bildirilmiştir. Bu durum tümör hücrelerinde mutasyon, mikrosirkülasyonda değişimi ve tedavi sonrası tümör hücrelerinin dökülmesi şeklinde açıklanmıştır (1, 21).

Hastalığın kesin tanısı histopatolojik incelemede yüzeysel ve derin dermal lenfatiklerin tümör hücreleri ile invaze olduğu gösterilerek konur (2,9). Olgumuzun deri biyopsi incelemesinde yüzeysel ve derin dermal lenfatiklerin tümör hücreleri ile invaze olduğu görülerek meme karsinomuna sekonder karsinoma erizipeloides tanısı konuldu.

KE'in özel bir tedavisi yoktur. Altta yatan primer tümörün tedavisi yeterlidir. Literatürde gastrik karsinomun neden olduğu KE vakalarında radyoterapi, kemoterapi ve intralezyonel interlökin-2 tedavisinin oldukça etkili olduğu bildirilmiştir (14,16).

Sonuç olarak iç organ malignitelerinin deri invazyonları erizipel, telenjektazi ve morfea benzeri lezyonlarla seyrebilmekte ve bu klinik tablolar klinisyen için yanıltıcı olabilmektedir. Özellikle onkoloji konsültasyonları değerlendirilirken her türlü klinik tablonun altında iç organ

malignitelerinin deri metastazı olabileceği unutulmamalıdır. Biz bu çalışmada invaziv duktal karsinomun neden olduğu memenin inflamatuvar karsinomu olan literatürdeki en genç vakayı sunarken sistemik malignitelerin deri metastazlarına dikkat çekmeyi amaçladık.

REFERENCES

1. Yu KJ, Lee HE, Ho HC, Lee JC, Chang WC, Hong HS, Yang CH. Carcinoma erysipelatoides from squamous cell carcinoma of unknown origin. *International Journal of Clinical Practice*. 2005; 59: 1104-1106.
2. Mackie RM. Soft-Tissue Tumors. Champion RH, Burton JL. Burns DA Breathnach SM. eds. *Textbook of Dermatology* 6th ed. Blachwell science ltd. USA. 2347-2372.
3. Lookingbill DP, Spangler N, Sexton FM. Skin involvement as the presenting sign of internal carcinoma: A retrospective study of 7316 cancer patients. *J Am Acad Dermatol*. 1990; 22: 19-26.
4. Spencer PS, helm TN. Skin metastases in cancer patients. *Cutis*. 1987; 39: 119-121.
5. Schwartz RA. Cutaneous metastatic disease. *J Am Acad Dermatol* 1995;33:161.
6. McLean DI, Haynes HA. Cutaneous manifestation of internal malignant disease. *Dermatology in General Medicine'de*. Ed. Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K, Austen KF, Goldsmith LA, Fitzpatrick TB. 5'inci baskı. New York, McGraw Hill, 1999; 2106-2120.
7. White JW. Geriatrics. Evaluating cancer metastatic to the skin. 1985; 40: 67-73.
8. Finkel LJ, Griffiths CE. Inflammatory breast carcinoma (carcinoma erysipeloïdes): an easily overlooked diagnosis. *Br J Dermatol*. 1993; 129: 324-326.
9. Nambi R, Tharakaram S. Carcinoma erysipeloïdes as a presenting feature of breast carcinoma. *Int J Dermatol*. 1999; 38: 367-368.
10. Cox SE, Cruz PD. A spectrum of inflammatory metastasis to skin via lymphatics: Tree cases of carcinoma erysipeloïdes. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30: 304-307.
11. Hinrichs R, Kirchberg K, Dissemond J, Hoppe JD, Brenneisen P, Krieg T, Scharffetter-Kochanek K. Carcinoma erysipeloïdes of the facial skin in a patient with metastatic breast cancer. *Br J Dermatol*. 1999; 141: 940-941.
12. Lever LR, Holt PJ. Carcinoma erysipeloïdes. *Br J Dermatol*. 1991; 124: 279-282.
13. Homler HJ, Goetz CS, Weisenburger DD. Lymphangitic cutaneous metastases from lung cancer mimicking cellulitis. *Carcinoma erysipeloïdes*. *West J Med*. 1986; 144: 610-612.
14. Ikeda Y, Niimi M, Takami H, Kodaira S. Successfully treated carcinoma erysipeloïdes from gastric cancer. *Ann Oncol*. 2003; 14: 1328-1329.
15. Yamamura Y, Kodera Y, Kito T. Gastric cancer with carcinoma erysipeloïdes caused by spontaneous thoracic duct rupture: report of a case. *Surg Today*. 1997; 27: 166-168.
16. Hamamoto Y, Nagai K, Ichimiya M, Yamamoto K, Kinoshita E, Muto M. Regressive effect of intralesional injection of a moderate dose of recombinant interleukin-2 on carcinoma erysipeloïdes from gastric carcinoma. *Clin Exp Dermatol*. 2001; 26: 42-44.
17. Lee SY, Chang SE, Bae GY, Choi JH, Sung KJ, Moon KC, Koh JK. Carcinoma erysipeloïdes associated with anaplastic thyroid carcinoma. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2001; 26: 671-673.
18. Anadolu R, Anadolu Y. ve ark. İki olgu nedeniyle karsinoma erizipeloides. XIII. Prof. Dr. A. Lütfü Tat Simpozyumu Posterler kitabı. Ed. Gürgey E. Ankara, Nuro mat.1997; 326-329.
19. Özkan Ş, Bozkurt E. ve ark. Erysipelas melanomatosum. XVI. Ulusal Dermatoloji Kongresi Kitapçığı. Antalya, 1996; 183.
20. Çalka Ö, Metin A, Özen S, Karaayvaz M. Karsinoma Erizipeloides. *Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi*. 2002; 1: 64-67.
21. Bottonni U, Innocenzi D, Mannooranparampil TJ. Inflammatory cutaneous metastasis from laryngeal carcinoma. *Eur J Dermatol*. 2001; 11: 124-126.

Kabul Tarihi:13.06.2007