

Erkek Hastada Cilt Metastazı ile Tespit Edilen Meme Karsinomu Olgu Sunumu

Case Report of Breast Carcinoma Detected by Skin Metastasis in a Male Patient

Hülya ETEM

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü, Diyarbakır

Öz

Ciltte tümör metastazı; primeri bilinmeyen viseral bir malignitenin ya dadaha önce tespit edilip tedavi edilmiş bir malignitenin nüks bulgusu olarak görülebilir. Erkeklerde meme kanseri ve meme kanserinin cilt metastazı çok nadir görülmektedir. Erkeklerde meme kanseri tüm meme kanserlerinin %0.6'sını oluşturur. Erkek maligniteleri içerisinde %1'den daha az kısmını temsil eder. Erkeklerde meme kanserine sık rastlanılmadığı için kolayca atlanabilir ve çoğu zaman kesin tanı ve ayırıcı tanıda akla gelmez. Meme kanseri; meme cildinde oluşan, kronik cilt lezyonları ile karıştırılabilmektedir. Bu çalışmada sol omuz ve göğüs cildinde, lezyonları nedeniyle daha önceden farklı hekimlere başvurmuş erkek hastanın son başvurusunda cilt biyopsisi alınarak değerlendirildi. Karsinom metastazı olarak tanı verildi ve primer odağın meme olabileceği belirtildi. Olgunun ileri tetkik ve incelemesinde sol meme üst dış kadranda kitle ve boyun sol yarısı cildinde, bilateral aksillada, akciğerde metastazlar saptandı. Bu çalışma; erkek hastaların özellikle meme-göğüs cildindeki kronik lezyonlarında "meme karsinomu" olasılığının akılda tutulması gerektiğini vurgulamak ve erkek meme kanserlerini değerlendirmek için hazırlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Cilt Metastazı, Erkek Hasta, Meme Kanseri

Abstract

Tumor metastasis in the skin can be seen either as a recurrence of a visceral malignancy of unknown primary origin or as a previously detected and treated malignancy. Breast cancer and Skin Metastasis of breast cancer is very rare among men. Male breast cancer accounts for 0.6% of all breast cancers and represents less than 1% of all male malignancies. Since breast cancer is not a common disease in men, its diagnosis can be easily missed, and most of the time it is not taken into consideration in the definitive and differential diagnosis. Breast cancer can be confused with non-healing chronic skin lesions on the breast skin. In this study, a male patient who had previously admitted to different physicians due to lesions on his left shoulder and chest skin was evaluated by taking a skin biopsy at his last admission. The diagnosis was metastatic carcinoma and it was reported that the primary focus might be the breast. Further tests and examination of the patient revealed a mass in the upper outer quadrant of the left breast and metastases in the left half of the neck, bilateral axillae, and lungs. The aim of this study was to emphasize the possibility of breast carcinoma in male patients, especially in chronic lesions of the breast-chest skin and to evaluate male breast cancers.

Keywords: Skin Metastasis, Male Patient, Breast Cancer

Giriş

Erkeklerde meme kanseri çok nadir görülür. Tüm meme kanserlerinin %0.6'sını oluşturur. Erkek maligniteleri içerisinde %1'den daha az kısmını oluşturur (1). Erkek meme kanseri tüm yaş gruplarında görülmekle beraber en sık 60 ile 70 yaş arasında görülmektedir. En sık görülen tipi İnfiltratif Duktal Karsinomdur (2). Erkeklerde meme kanseri sık görülen bir olgu olmadığı için çoğunlukla tanıda ve ayırıcı tanıda düşünülmez. Özellikle ciltte oluşturdukları iyileşmeyen deri lezyonları nedeniyle benign hastalıklarla karışabilir (3). Olgumuz kronik cilt lezyonları olan 53 yaşındaki erkek hastanın cilt biyopsisinde meme karsinom metastazı tespit edildi. Meme karsinomları erkeklerde seyrek görülüyor olsa da tanıda ve ayırıcı tanıda daima akılda tutulmalıdır.

Olgu

53 yaşında erkek hasta, daha önce birkaç kez gövde cildindeki lezyonlar nedeniyle farklı branşlardaki hekimlere başvurup farklı tedaviler almış. Daha sonrasında gövde cildindeki lezyonlar geçmeyip omuz ve boyun bölgesinde de yeni lezyonları çıkınca dermatoloji polikliniğimize başvurdu. Yapılan muayenesinde sol omuz ve sol göğüs cildinde yaygın eritemli lezyonları mevcuttu (Şekil 1).

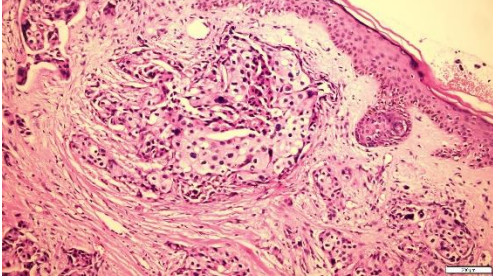


Şekil 1. Göğüs, omuz ve boyun bölgesindeki cilt lezyonları.

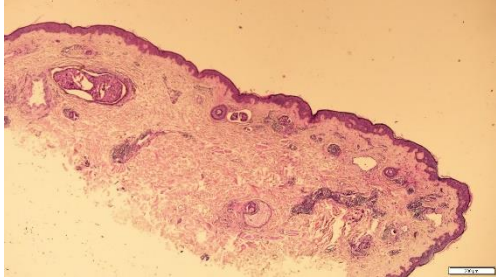
Klinik muayenede Anjisarkom?, Kutanöz Lenfoma?, Karsinom metastazı? ön tanıları düşünüldü ve insizyonel biopsi alındı. Biopsinin makroskopik incelemesinde 0.8x0.5 cm boyutunda üzerleri ciltle kaplı, cilt ve cilt-altı dokusundan oluşan iki adet doku örneği izlendi. Mikroskopik

Hülya ETEM	ORCID No 0000-0002-0469-2716
Başvuru Tarihi / Received:	25.12.2019
Kabul Tarihi / Accepted :	17.03.2020
Adres / Correspondence :	Hülya ETEM
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü, Diyarbakır	
e-posta / e-mail :	hulya.etem@gmail.com

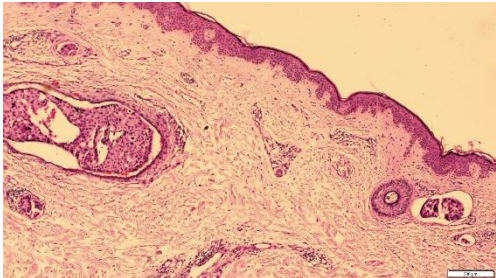
incelemede; epidermiste ve dermiste tümör infiltratları ve dermiste lenfatikler içerisinde tümör kümeleri izlendi. Büyük büyütmelerde tümör hücrelerinin hiperkromatik nükleuslu, belirgin tek nükleollü oldukları, ortada derecede sitoplazmaya sahip oldukları ve nispeten uniform bir görünüm oluşturdukları dikkati çekti (Şekil 2-4).



Şekil 2. Dermiste yaygın tümör hücre grupları (Hematoxylin+Eosin x20)



Şekil 3. Epitel altında stromada ve lenfatikler içerisinde tümör odakları (Hematoxylin+ Eosin x10)



Şekil 4. Lenfatikler içerisindeki iri hiperkromatik nüve liplemorfik tümör hücreleri (Hematoxylin+Eosin x40)

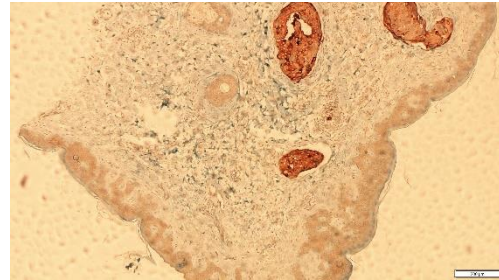
Yapılan immunohistokimyasal çalışmada CK20 ile boyanma izlenmedi. CK7 ile pozitif boyanma izlendi. CDX2, CK19, PSA, TTF-1, Napsin-A, Tiroglobülin, HMB45 ile de boyanma izlenmedi. Olguda meme karsinom olasılığı düşünülerek GCDFP-15 ve GATA-3 uygulandı, pozitif boyanma izlendi. Sonuç olarak CK7, GCDFP-15 ve GATA-3 pozitifliği dikkate alınarak değerlendirildi (Şekil 5-7). Yapılan immunohistokimyasal çalışma ile primer odak olma ihtimali olan gastrointestinal sistem, prostat, akciğer, tiroid, malign melanoma dışlanmış oldu.

Bu bulgular eşliğinde primer tümörün meme kaynaklı olduğu düşünüldü. Ancak meme karsinomunun primer deri eki tümörleriyle sıkça karıştırılabildiği ve deri eki tümörlerinde GATA-3 ve GCDFP-15 pozitif boyandığı bilgisi eşliğinde

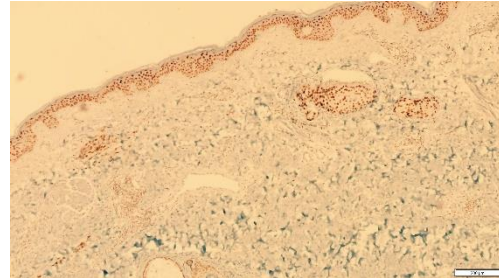
ayırıcı tanı için ek immunohistokimyasal çalışma yapıldı. P63 ve CK 5/6 gibi primer deri eki tümörlerine spesifiteli yüksek olan boyalar kullanıldı. Her iki boya ile de boyanma izlenmedi.

GATA-3 ve GCDFP-15 meme duktal karsinomuna benzeyen tükrük bezi duktal karsinomundada pozitifdir. Meme duktal karsinom metastazının tükrük bezinin duktal karsinomundan ayrımı; klinik ve radyolojik bulgular eşliğinde tükrük bezlerinde ve oral mukozada lezyonun izlenmemesiyle yapıldı.

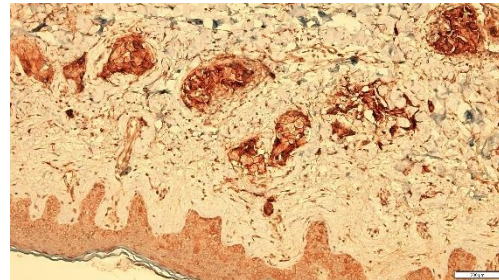
Olgu, karsinom metastazı olarak değerlendirilip primer odak için memenin araştırılması şeklinde raporlandı. İleri tetkikler sonucu sol meme üst dış kadranda cilt ve cilt altı dokuda lezyon izlendi. Sol servikal, bilateral aksiller lenf nodu metastazı ile akciğer metastazı da saptandı.



Şekil 5. GCDFP-15 ile lenfatikler içerisindeki tümör hücrelerinde kuvvetli pozitif boyanma (x40).



Şekil 6. GATA-3 pozitifliği (x20).



Şekil 7. CK7 ile tümör hücrelerinin pozitifliği (x40)

Tartışma

Ciltte tümör metastazı; primeri bilinmeyen viseral bir malignitenin ya da daha önce tespit edilip tedavi edilmiş bir malignitenin nüks bulgusu olarak görülebilir (12,13). Primeri bilinmeyen tümörlerde, asıl odağın tespit edilmesi çok zor, bazen imkansızdır. Bu durumda tanıya yaklaşımda

“histomorfolojik bulgular, immunohistokimyasal veriler, klinik ve radyolojik bulgular” eşliğinde değerlendirilmesi gerekir.

Cilde metastaz yapan tümörler; kadınlarda meme, kolon, melanom, akciğer ve over kanserleri, erkeklerde akciğer, kolon, melanom, oral mukozanın skuamöz hücreli karsinomu, böbrek ve mide kanserleridir (14).

Erkeklerde meme karsinomunun cilt metastazı oldukça nadir görülür (15). Erkeklerde meme kanseri de çok nadir görülür. Tüm meme kanserlerinin %0.6'sını oluşturur. Erkek maligniteleri içerisinde %1'den daha az kısmını temsil eder (1). Erkek meme kanseri çok nadir görüldüğü için çoğu zaman akla gelmez. Erkeklerde göğüs lokalizasyonlu kronik cilt lezyonlarında "meme karsinomu" akla getirilmelidir.

Erkek hastalarda meme kanserinin patogenezi çok açık değildir. Epidemiyolojik risk faktörü olarak; prostat kanseri, jinekomasti, bazı mesleki maruziyetler (elektromanyetik alan, polisiklik aromatik hidrokarbonlar, yüksek sıcaklık), etçil beslenme ve alkol kullanımının da etkili olduğu belirtilmektedir (6). Ayrıca diğer etkenler olarak inmemiş testis, orşit ve testiküler travmadan bahsedilmektedir. Obesite, siroz, Klinefelter's sendromu gibi östrojen seviyesini artıran sistemik nedenler ile göğüs bölgesine radyasyon uygulanması gibi lokal nedenlerde etken olarak sayılabilmektedir (7). Klinefelter sendromu bulunan olgulardaki testiküler bozukluk ve jinekomasti nedeniyle meme kanseri riski normal erkekler göre 20 kat daha fazladır ve bunlarda meme kanseri insidansı %1-3'tür (8). Prostat kanserli olgularda tedavi amaçlı verilen östrojen, erkeklerde meme kanseri riskini artırır. Kızamıkçığa bağlı orşit geçiren erkeklerde meme kanseri olasılığı göreceli olarak daha sıktır.

Erkeklerde meme kanseri genellikle "tek taraflı" olarak görülür. Bilateral olarak görülme olasılığı %3'ten azdır (4,5). Bizim olgumuzda tek taraflı olarak tespit edildi. Erkek meme karsinomları tıpkı kadınlardaki gibi sol memede daha fazla görülmektedir (4). Bizim olgumuzda da sol meme kaynaklı karsinom mevcuttu. Erkeklerde meme karsinomu ensik 60-70 yaş arasında görülmektedir (6). Bizim olgumuz 53 yaşındaydı.

Erkek meme karsinomları; meme başı ve aerola altında kitle, meme başı akıntısı, meme cildinde ülser ve bazende aksillaya metastaz sonucu aksillada kitle belirtileri ile açığa çıkar (9). Bizim olgumuzda meme üst dış kadranda ülser ve kanamalı cilt lezyonu olarak başlamıştı. Meme başı akıntısı, aerola altında kitle bulguları izlenmemişti. Tespit edildiğinde aksiller metastaz mevcuttu.

Meme karsinomu cilt metastazının histopatolojik olarak, primer deri eki tümörleriyle özellikle ekrin duktal karsinomla ayırıcı tanısı çok zordur, hatta bazen imkansızdır. Böyle durumlarda "memede kitlenin varlığının araştırılması" ayırıcı tanıda yardımcı olabilir. Ayrıca yaygın lenfatik invazyon,

meme karsinomunu destekleyen çok önemli bir bulgudur. GATA-3, GCDFP-15 deri eki tümörlerinde de pozitif olabilmektedir. Bu durumda pozitif boyanmasıyla deri eki tümörünü destekleyen P63, CK 5/6, Podoplanin kullanılabilir (11). Bizim olgumuzda da primer deri eki tümörünü ekarte etmek için p63, CK5/6 uygulandı, boyanma izlenmedi. Bu bulgularla birlikte yaygın lenfatik invazyonlarının olması meme karsinomunu desteklediği şeklindeki literatür bilgisi eşliğinde primer deri eki tümörü ekarte edildi.

Meme karsinomu cilt metastazını değerlendirirken, tükürük bezinin yüksek gradeli duktal karsinomunun da ekarte edilmesi gereklidir. Histolojik olarak "memenin invaziv duktal karsinomuna" benzer (16). Tümör yerleşimi %88 parotis bezinde, %8 submandibüler bezde ve %4 oranında minör tükürük bezlerindedir (17). GCDFP-15 ve GATA-3 hem tükürük bezi karsinomlarında hem de meme karsinom metastazlarında saptanmaktadır (18,19). Bizim olgumuzda GCDFP-15 ve GATA-3 pozitif ancak; hastanın tetkiklerinde parotis, submandibüler glandlar ve oral mukozada patoloji izlenmediğinden tükürük bezinin duktal karsinomundan ayırıcı tanısı yapılmış oldu.

Erkek meme karsinomları tanı anında genellikle ilerievrede olup, pekçok organa metastaz yapabilir. En sık lenf nodunda (%72), akciğerde (%59), karaciğerde (%58), kemikte (%44) ve cilt de (%34) metastaz görülür. Prognoz tanı anındaki evre, tümör boyutu ve lenf bezi tutulumuyla ilişkilidir (10). Bizim olgumuzda tespit edildiğinde; cilt metastazları, servikal metastaz, aksiller lenf nodu metastazı ve akciğer metastazı mevcuttu, evre 4 olarak değerlendirildi.

Sonuç olarak; erkeklerde meme lokalizasyonundaki cilt lezyonlarında, göğüs bölgesindeki kronik cilt lezyonlarında, ön tanılarda ve ayırıcı tanılarda mutlaka "meme karsinomu" akılda tutulmalı ve radyolojik değerlendirme eşliğinde histopatolojik inceleme yapılmalıdır.

Hasta Onamı: Hasta onamı 17.12.2019 tarihinde alınmıştır.

Kaynaklar

1. Romics L Jr, O'Brien ME, Relihan N, O'Connell F, Redmond HP. Intracystic papillary carcinoma in a male as a rare presentation of breast cancer: a case report and literature review. J Med Case Rep. 2009; 13: 13.
2. Harris JR, Morrow M, Norton L. Malignant tumors of the breast. In: DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, Eds.: Cancer: Principles and Practice of Oncology. Philadelphia:LB Lippincott Company, 5 th Edition, 1998, pp 1557-616.
3. Alici S, Kösem M, Çalka Ö, Kotan Ç, Mercan R. Erkek meme karsinomu (Olgu Sunumu). Türkderm. 2003; 37(2): 17-119.
4. Tatar D, Böncü M, Yıldırım Y, Halilçolar H, Yener AG. Erkeklerde İleri Evre Meme Kanserli (Olgu Sunumu). Akciğer Arşivi. 2002; 1: 37-40.
5. Auerschnittz GJ, Karan D, Zwiefel K, Bender HG, Mohrmann S. An Unusual Case of Advanced Bilateral Male Breast Cancer. Onkol. 2008; 31(10): 542-4.

6. Rudlowski C. Male breast cancer. *Breast Care* 2008; 3:183–9.
7. Krause W. Male breast cancer-an andrological disease: Risk factors and diagnosis. *Andrologia*. 2004; 36: 346-54.
8. Handerson IC, Harris JR, Kinne DW et all. Cancer of the breast. In De Vita VT, Helman JrS, Rosenberg SA (eds). *Cancer, principal and practice of oncology*. Philadelphia; The Murray Printing Company. 1989; 1197- 268.
9. Sevinç Aİ, Canda AE, Atilla K. Erkeklerde meme kanseri; 22 olgu. *Meme Sağlığı Derg.* 2007; 3: 14-8.
10. Heller KS, Rosen PP, Schottenfeld D et al. Male breast cancer: a clinicopathologic study of 97 cases. *Ann Surg.* 1978; 188:60-5.
11. Rollins-Raval M, Chivukula M, Tseng GC, Jukic D, Dabbs DJ. An immunohistochemical panel to differentiate metastatic breast carcinoma to skin from primary sweat gland carcinomas with a review of the literature *Arch Pathol Lab Med.* 2011; 135(8):975-83.
12. Molina Garrido MJ, Guillén Ponce C, Soto Martínez JL, Martínez Y Sevilla C, Carrato Mena A. Cutaneous metastases of lung cancer. *Clin Transl Oncol.* 2006;8:330–3.
13. Nashan D, Müller ML, Braun-Falco M, Reichenberger S, Szeimies RM, Bruckner-Tuderman L. Cutaneous metastases of visceral tumours: A review. *J Cancer Res Clin Oncol.* 2009;135:1–14.
14. Schwartz RA: Cutaneous metastatic disease. *J Am Acad Dermatol.* 1995;33:161-82.
15. Karakuzu A, Koc M, Ozdemir S. Multiple cutaneous metastases from male breast carcinoma. *J Am Acad Dermatol.* 2006; 55: 1101-2.
16. Hogg RP, Ayshford C, Watkinson JC. Parotid duct carcinoma arising in bilateral chronic sialadenitis. *J Laryngol Otol.* 1999; 113: 686-8.
17. Kleinsasser O, Klein HJ, Hübner G. Salivary duct carcinoma:a group of salivary gland tumors analogue to mammary duct carcinoma. *Arch Klin Exp Ohren Nasen Kehlkopfheilkd.* 1968; 192: 100-15.
18. Swanson PE, Pettinato G, Lillemoe TJ, et al. Gross cystic disease fluid protein-15 in salivary gland tumors. *Arch Pathol Lab Med.* 1991;115(2):158–63.
19. Schwartz LE, Begum S, Westra WH, Bishop JA. GATA3 immunohistochemical expression in salivary gland neoplasms. *Head Neck Pathol.* 2013;7(4):311–5.