

MEME KANSERİNİN ERKEN MİDE METASTAZI

Emre Ergül¹, Erdal Gözetlik²

¹Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Ankara, Türkiye

²Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji, Ankara, Türkiye

ÖZET

Meme kanseri genellikle akciğer, kemik ve karaciğere metastaz yapar. Mideye metastatik yayılım genellikle meme kanserinin tedavisinden yıllar sonra meydana gelir. Bu durumda da primer mide kanserinden ayırmak oldukça güçtür. Burada meme kanseri tanısı aldıktan 6 ay sonra mide metastazı tespit edilen 69 yaşında bayan hasta sunulmuştur. Tedaviye kişisel direnci ölümü ile sonuçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: meme kanseri, mide metastazı, mide kanseri

EARLY GASTRIC METASTASIS OF BREAST CARCINOMA: REPORT OF A CASE

ABSTRACT

The most common dissemination sites of breast carcinoma are the lungs, bone and liver. Metastatic spread to the stomach may occur many years after the initial treatment for breast cancer. It may prove very difficult to distinguish from a primary gastric cancer on clinical, endoscopic, radiological and histopathological features. Here, we present a case of 69 year old woman. Gastric metastasis was detected 6 months after the diagnosis of breast carcinoma. Her resistance to the therapy was costed dear to her.

Key words: breast carcinoma, gastric metastasis, gastric cancer

Meme kanseri bölgesel yayılım, lenfatik ve hematojen yolları kullanarak genellikle akciğer, kemik, karaciğer ve beyin dokusuna metastaz yapar (1). Mideye metastatik yayılım genellikle meme kanserinin tedavisinden yıllar sonra meydana gelir (2). Böyle bir durumda da klinik, endoskopik, radyolojik ve histopatolojik özellikleri birincil bir mide kanseri olgusundan farklı olmayacaktır (3).

Olgu sunumu

69 yaşında kadın hasta 6 ay önce sağ memesinde ortaya çıkan ağrısız, sert kitle şikayeti ile başvurdu. Postmenopozal dönemde olan hasta hiç gebe kalmamıştı ve jinekolojik hastalık hikayesi yoktu. Genel durumu iyi olan hasta daha önce hiç hormon tedavisi almamıştı ve ailesinde meme kanseri hikayesi yoktu.

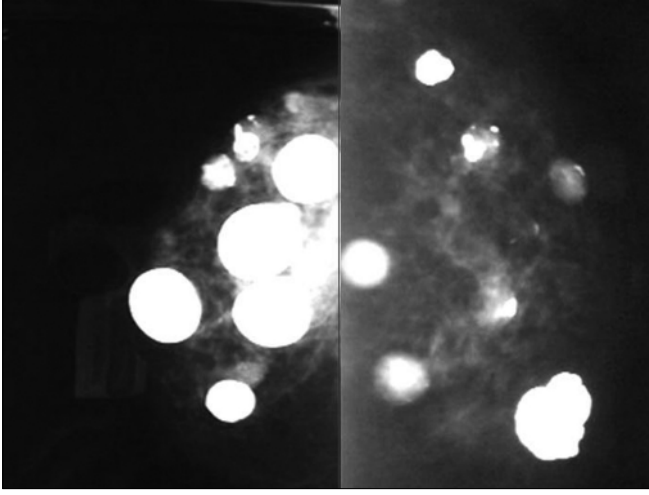
Fizik muayenede, sağ meme üst dış kadranda en büyüğü 2x2 cm boyutlarında olan ve meme başına uzanan hiperemik, kabarık, kaşıntılı cilt lezyonunun eşlik ettiği birkaç adet mobil kitle saptandı. Palpasyonla lenfadenopati saptanmadı.

Rutin biyokimya tetkiklerinde lökositoz (NE:7400/ml) ve lenfositoz (LY:1350/ml) mevcuttu. Ca125 ve Ca15-3 düzeyleri de yüksek bulundu (Ca 15-3: > 300 U/ml, Ca 125: 34.5 U/ml). Mamografide her iki memede multipl kitleler saptandı. Sağ memede en büyük

lezyon 2,5x2 cm boyutlarında, sol memede ise 2x1,5 cm boyutlarında olup bu lezyonlardan bazılarında kalsifikasyonlar mevcuttu. Mamografik olarak patolojik mikrokalsifikasyon ya da yapı distorsiyonu izlenmedi (Şekil 1).

Sonografik olarak, sağ memede çok sayıda iyi sınırlı kalsifiye nodüller lezyonlar ve ayrıca alt dış kadranda 1,5x2 cm boyutlarında kitle mevcuttu (Şekil 2). Tanımlanan lezyonların radyolojik olarak benign olduğu raporlandı. Sağ memedeki lezyona yapılan eksizyonel biyopsi ile çıkarılan lobüle, kapsüllü 3x2,5x2 cm boyutlarında granüler, açık sarı içerikli kitlenin mikroskopisi, kalsifiye kistik nodül ve çevre meme dokusuna infiltratör lobüller kanser olarak yorumlandı. Histopatolojik olarak tümör dokusunda taşlı yüzük benzeri görünümde atipik epitelyal hücreler mevcuttu. Hastanın tedaviyi reddetmesi nedeniyle bu dönemde herhangi bir tedavi uygulanamadı.

Hasta 6 aylık bir aradan sonra, hasta tekrar hastanemize başvurdu. Klinik ve mamografik bulgular tekrar değerlendirildi. Sağ aksillada yeni olarak 2x1 ve 1x1,5 cm boyutlarında iki adet lenfadenopati saptandı. Daha önce saptanmış olan ancak hastanın istememesi nedeniyle biyopsi yapılmayan sol meme kitlesinden, bu gelişimde yapılan eksizyonel biyopside, 2,5x2x1,5 cm boyutlarında nodüler,



Şekil 1. Hastanın iki taraflı mamografisi. Mammografik olarak patolojik mikrokalsifikasyon ya da yapı distorsiyonu izlenmedi.

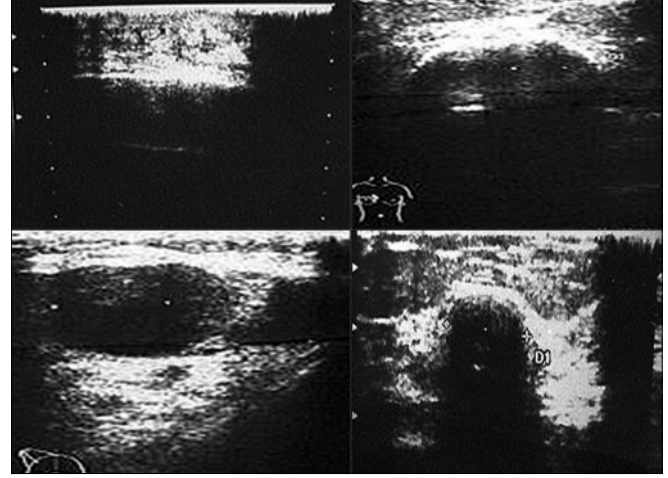
sklerotik kitle çıkarıldı. Kitle mikroskopik olarak kalsifiye hyalinize nodül olarak değerlendirildi.

Mide şikayetleri nedeniyle yapılan ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi incelemeleri yapılan hastada 2 cm ye ulaşan diffüz mide duvar kalınlaşması ve değişik boyutlarda peritoneal implantlar saptandı. Endoskopik olarak mide, fundus, korpus, kardial pililerinde ileri derecede belirginleşme, ödem, kabalaşma gözlemlendi; bu alandan yapılan mide biyopsisi sağ memeden daha önce yapılan biyopsi ile birlikte değerlendirildi. Yapılan immünohistokimyasal çalışmada; hem sağ memede daha önce saptanan kitlerde, hem de mide mukozasından alınan hücrelerde GCDFP-15 ile boyanma saptandı. Ayrıca mideden alınan örnekte tiroit transkripsiyon faktör-1 (TTF-1) ve CK20 ile negatif boyanma, östrojen reseptörü (ER) ve sitokeratin-7 (CK7) ile pozitif boyanma, dikkati çekti. Bu bulgular meme kanserinin mide metastazı olduğunu düşündürdü.

Tümör T1cN1M1 ve klinik olarak evre IV kabul edildi. Palyatif kemoterapi planlanan hasta birkaç gün sonra kardiyopulmoner yetmezlik nedeniyle ex oldu.

Tartışma

Meme kanseri kadınlarda en sık karşılaşılan malignitedir. Tanı konan meme kanserlerinin %75 kadarı invazif duktal tipte olmakla birlikte gastrointestinal metastaz lobüler tipte daha sıklıkla görülmektedir. Meme kanseri hastalarında mide metastazı non-spesifik



Şekil 2. Hastanın sağ meme ultrasonografisi. Sonografik olarak, sağ memede çok sayıda iyi sınırlı kalsifiye nodüler lezyonlar ve ayrıca alt dış kadranda 1,5x2 cm boyutlarında kitle mevcuttu.

semptomları nedeniyle hastalığın ileri evresinde sıklıkla atlanan bir tanıdır. Bir çalışmada otopsi serilerinde % 15,2 oranında karşılaşıldığı bildirilmiş olmakla birlikte farklı çalışmalarda değişen oranlar bildirilmiştir (4). Sıklıkla mide duvarında diffüz kalınlaşma ya da rijiditeyle birlikte olan submukozal infiltrasyon şeklindedir. Non-spesifik mide semptomları ile gelen meme kanseri hastasında baryumlu mide grafisi, abdominal ultrasonografi ya da endosonografi ve bilgisayarlı tomografi gibi radyolojik yöntemler tercih edilmektedir. Histopatolojik bulguları non-spesifik olduğundan primer mide kanserinden ayırıcı tanı güç olmaktadır. GCDFP-15 pozitifliği metazatik meme kanserinin tanısında çok yardımcı bir testtir (5). Park ve ark. kendi serilerinde primer meme kanserlerinin %35'inde GCDFP-15 ekspresyonu izlendiğini rapor etmişlerdir (6). Yine, Park ve ark çalışmalarında primeri bilinmeyen metastaz olgularında GCDFP-15(+), TTF-1(-), CDX2(-), CK7(+) ve CK20(-) ya da TTF-1(-), CDX2(-), CK20(-), CEA(-) ve MUC5AC(-) boyanan metastazların primerinin meme olduğunu belirtmişlerdir (6). Bizim olgumuzda da metastazı bu ayraçlardan GCDFP-15(+), TTF-1(-), CK7(+) ve CK20(-) olması ile primerin meme olduğunu tespit ettik. Diğer boyalar laboratuvar imkanlarının yetersizliği nedeniyle çalışmamıştır.

Sonuç olarak meme kanseri tüm vücuda yayılabilen sistemik bir hastalık olup bizim vakamızın ilginçliği geç ortaya çıkması beklenen mide metastazı gibi nadir bir tutulumun 6 ay içinde ortaya çıkmasıdır.

Kaynaklar

1. Kiyak G, Orhun S, Yazgan A, Ergül E, Korukluoğlu B. Breast cancer presenting with unusual cutaneous metastases. Meme Sag Der 2008; 4(1): 41-42
2. Jones GE, Strauss DC, Forshaw MJ, Deere H, Mahedeva U, Manson RC. Breast cancer metastasis to the stomach may mimic primary gastric cancer: report of two cases and review of literature. World J Surg Oncol 2007; 5: 75-80
3. Tremblay F, Jamison B, Meterissian S. Breast cancer masquerading as a primary gastric carcinoma. J Gastrointest Surg 2000; 6:614-616.
4. Yim H, Jin YM, Shim C, Park HB: Gastric metastasis of mammary signet ring cell carcinoma: a differential diagnosis with primary gastric signet ring cell carcinoma. JKMS 1997; 12: 256-261.
5. Mazoujian G, Pinkus GS, Davis S: Immunohistochemistry of a breast gross cystic disease fluid protein (GCDPF-15): A marker of apocrine epithelium and breast carcinoma with apocrine features. Am J Pathol 1983; 110: 105-111
6. Park SY, Kim BH, Kim JH, Lee S, Kang GH. Panels of Immunohistochemical Markers Help Determine Primary Sites of Metastatic Adenocarcinoma. Arch Pathol Lab Med 2007; 131: 1561-1567

İletişim

Emre Ergül
Tel : 0(312) 2912525
E-Posta : dreergul@gmail.com