

OPERE MEME KANSERİNİN NADİR BİR METASTAZ YERİ: SİGMOİD KOLON

Haluk Recai Ünalp¹, Erdinç Kamer¹, Haldun Kar¹, Neşe Ekinci², Ebru Nalbant¹, Mehmet Ali Önal¹

¹İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir, Türkiye

²İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Servisi, İzmir, Türkiye

Bu çalışma, Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi, 2005'de sunulmuştur

Meme kanseri en sık akciğerler, santral sinir sistemi, karaciğer, kemikler, yumuşak doku ve adrenal bezlere metastaz yapar. Meme kanserinin kolona metastazı oldukça nadirdir. Bu yazıda, sağ meme medüller kanseri nedeniyle modifiye radikal mastektomi yapıldıktan 15 yıl sonra kolon metastaza bağlı barsak obstrüksiyonu gelişen 81 yaşındaki kadın olgu sunuldu. Hasta acilen operasyona alındı. Operasyonda, sigmoid kolon üzerinde obstrüksiyon seviyesinde sert fibrotik bir doku saptandı ve subtotal kolektomi, mikulicz kolostomi ve kolesistektomi uygulandı. Tanı histopatolojik inceleme ile kondu. Eşlik eden hastalıkları nedeniyle postoperatif dönemde hastaya adjuvan tedavi uygulanamadı. Onbir aylık takip sonunda, nüks ve metastaz saptanmadı. Meme kanserinin diğer tiplerinin kolon metastazları bildirilmişse de, bilgilerimize göre sigmoid kolona metastaz yapmış medüller meme kanserli bu olgu literatürdeki ilk olgudur.

A RARE METASTASIS SITE OF OPERATED BREAST CANCER: SIGMOID COLON

SUMMARY

Common sites of breast cancer metastasis include the lungs, the central nervous system, liver, bones, soft tissue and adrenal glands. The colon is the rarest site of metastasis for the breast carcinoma.

We here report the case of an 81-year-old woman who presented with a bowel obstruction related to a colonic metastasis of breast cancer occurring 15 years after a modified radical mastectomy for right breast medullary carcinoma. She was immediately operated. During operation stiff fibrotic tissue in the level of obstruction on sigmoid colon and, subtotal colectomy was performed. Diagnosis was made by histopathologic examination. Postoperatively she was not eligible to receive adjuvant therapy because of additional diseases. At the follow-up, eleven months after, there is no evidence of recurrence or metastasis.

To our knowledge, this is the first case in the literature in whom sigmoid colon metastasis due to a medullary cancer of breast developed, although metastasis from other types of breast cancer to the colon is reported.

Meme kanserleri kadınlarda en sık (%8-10) görülen kanserlerdir. Erken evrede tanı konması halinde uygun tedavi ile hastalısız uzun bir dönem sağlanabilir. Ancak uzun yaşayan hastalarda metastaz görülme riski de artmaktadır (1,2). Meme kanserleri kemik, akciğer, santral sinir sistemi, adrenal bez ve karaciğer gibi pek çok organa metastaz yapabilir (1,3). Meme kanserlerinin kolon metastazları nadirdir ve bu konuda çok az sayıda literatür bulunmaktadır (4). Bununla birlikte medüller meme kanserinin kolon metastazı ile ilgili bir yayına rastlanmadık.

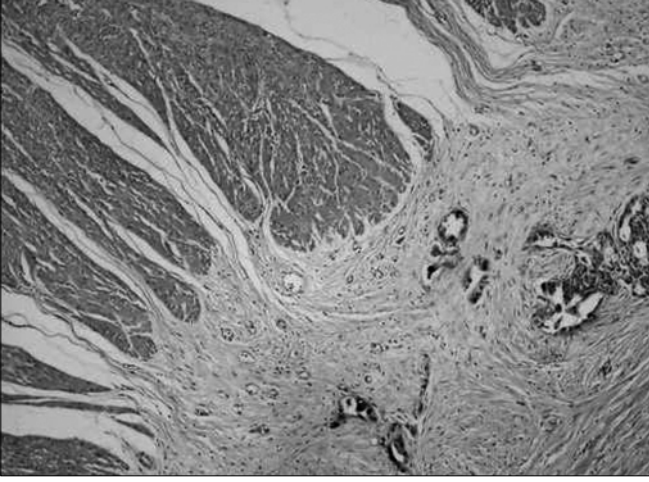
Meme kanserinden kolon metastazlarının nadir görülmesi ve literatürde kolona metastaz yapmış medüller meme kanserine yönelik veri olmaması nedeniyle bu olgunun sunumu amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

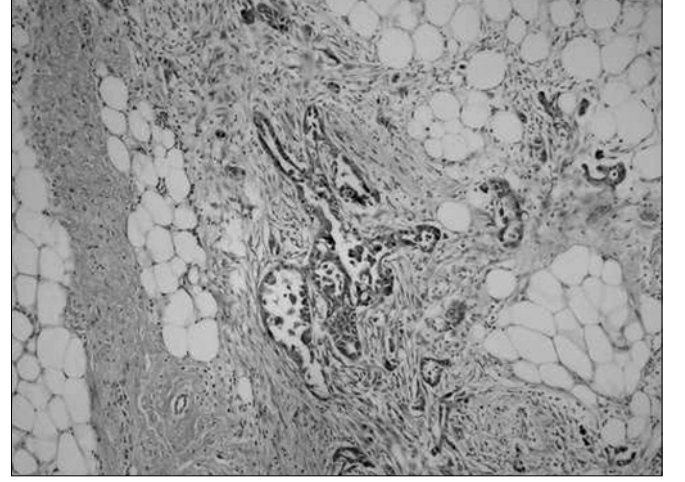
Seksenbir yaşındaki kadın hasta üç gündür süren karın ağrısı, şişkinlik, gaz ve gaita çıkaramama nedeniyle kliniğimize müracaat etti. Hastaya 1990 yılında meme kanseri nedeniyle sağ modifiye

radikal mastektomi yapıldığı ve histopatolojik sonucunun "memenin atipik medüller karsinomu ve aksillada 7 adet reaktif lenf nodu" olduğu, postoperatif dönemde hastaya adjuvan kemoterapi uygulandığı arşiv incelemesi ile belirlendi.

Fizik muayenede sağ mastektomiye ait insizyon skarı görüldü. Lokal nüks ve aksiller kitle saptanmadı. Fizik bakıda batında distansiyon vardı. Rebound tenderness ve defans muskulare pozitif idi. Lokosit 16500/mm³, hemoglobin 10.1 gr bulundu. Diğer biyokimyasal tetkikleri ve akciğer grafisi normal idi. Ayakta direkt batin grafisinde kolonik ve ileal multiple hava-sıvı seviyeleri, batin ultrasonografisinde dilate barsak ansları, sol üst kadranda hipoeoik komponentleri olan sınırları belirsiz kitle, batında minimal sıvı ve safra kesesinde taş saptandı. Akut mekanik ileus tanısı ile hastaya acil laparotomi yapıldı. Eksplorasyonda barsak ansları dilate olarak bulundu. Sigmoid kolon proksimali, ileum ve omentum ile birleşerek bir gato oluşturmuştu. Yapışıklıklar ayrıldı. Obstrüksiyonun sigmoid kolon proksimalindeki fibrotik bir dokudan kaynaklan-



Resim 1. Kolon serozasına lokalize tümör H-E x 44.



Resim 2. Atipik epitelle döşeli duktal yapılar H-E x 110.

diği görüldü. Bu dokudan frozen çalışıldı. Frozen sonucu "malign" olarak bildirildi. Hastaya subtotal kolektomi, mickulicz kolostomi, omentektomi ve kolesistektomi uygulandı.

Rezeksiyon materyalinin makroskopik incelenmesinde barsak duvarında gross bir tümöral lezyon görülmedi fakat seroza ve çevre yağ dokusunda fibrozis mevcut idi (Resim 1). Mikroskopik incelemede bu fibrotik alanda desmoplastik stroma içine gömülmüş atipik epitelle döşeli duktal yapıların bir arada olduğu tümöral doku saptandı (Resim 2). İmmünohistokimyasal olarak bu duktal yapılarda sitokeratin 20, östrojen ve progesteron reseptörleri negatif bulundu. Bu morfolojik değişiklikler ve immünohistokimyasal bulgular tanıyı primer kolon kanserinden uzaklaştırdı ve tümörün meme kanserinin metastazına ait olduğunu gösterdi.

Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta takip ve ileri tedavisi için onkoloji servisine yönlendirilerek taburcu edildi. Karnovsky Performance Status' u %50 olarak hesaplanan hastaya adjuvant tedavi uygulanamadı ve postoperatif 8. haftada kolostomisi kapatıldı. Hasta onbir aydır klinik takip altındadır.

Tartışma

Meme kanserlerinin gastrointestinal sisteme (GIS) metastaz yapma oranı otopsi serilerinde %3-4.5 oranında olduğu ve GIS içinde en sık mideye metastaz yaptığı gösterilmiştir (1,5). Meme kanserlerinin kolon metastazı ise ilk kez 1996 yılında Paz ve arkadaşları tarafından tanımlanmıştır (6). Literatürde kolona metastaz yapmış meme kanserine ait sadece on kadar olgu bildirilmiştir (1,2,4,6-9).

Meme kanserlerinde metastazların meme kanserine ilk tanı konduğunda saptanabileceği gibi ile tedaviden yıllarca sonra da ortaya çıkabilir (1,4,9). Olgumuzda mastektomiden 15 yıl sonra kolon metastazı ortaya çıktı. GIS'e metastaz yapmış meme kanserlerinin çoğu infiltratif lobüler kanserlerdir. Daha az oranda duktal tip ve medüller tip meme kanserlerinin de GIS'e metastaz yaptığı bildirilmiştir (1,4,7). Olgumuzda primer meme tümörü atipik medüller

karsinom idi ve literatürde kolona metastaz yapmış memenin medüller karsinomuna ait bilgi bulamadık.

Metastatik kolon tümörlerini klinik ve radyolojik olarak kolonun primer tümöründen ayırmak zordur (5). Klinik bulgular anemi, düşkünlük, barsak obstrüksiyonu, dirençli diyare, karın ağrısı, bulantı, kusma, hematemez, disfaji, melena, kilo kaybı ve iştahsızlık gibi nonspesifiktir (4,5,8,9). Bulgular enflamatuvar barsak hastalığına taklit edebilir veya hasta asemptomatik olabilir (4). Meme kanserine bağlı metastatik kolon tümörü, olgumuzda da gösterildiği gibi, genellikle skiröz karakterdedir ve primer kolon tümörlerinde olduğu gibi egzofitik bir kitle olarak görülmez (4,7,8). Bu operasyon bulgusuna rağmen kesin tanı kolonoskopi veya cerrahi girişimle alınan materyalin histopatolojik incelenmesi sonrası kanabilir (1,2,5,8).

Meme kanserinin kolon metastazında ana tedavi tutulmuş segmentin rezeksiyonudur. Ancak meme kanserinin kolon metastazı çok nadir olduğu için ilave tedaviler konusunda fikir birliği oluşturacak prospektif çalışmalar yapılamamaktadır. Bu nedenle cerrahi tedavi sonrası değişik merkezlerde farklı uygulamalar yapılmakta, hormonal terapi veya kemoterapinin değişik kombinasyonları kullanılmaktadır (2-10). Michalopoulos meme kanserine bağlı kolon metastazı saptadıkları iki hastaya cerrahi tedavi sonrası adjuvan kemoterapi yaptıklarını ve bu olgularda rekürrens veya metastaz saptamadıklarını bildirdi (8). Savanis ve arkadaşları ise bu hastalarda ortalama yaşam süresinin bir yıl olduğunu bildirdi (10). Karnovsky Performance Status' u %50 olarak hesaplanan olgumuzda ilave tedavi yapılamadı. Hasta 11 aydır klinik takip altındadır ve bu dönemde olguda metastaz ve/veya nüks saptanmadı.

Bu yazı ile meme kanserli hastalarda gastrointestinal semptomların nadir de olsa kolon metastazına bağlı olabileceğini sunmak istedik.

Kaynaklar

1. Schwarz RE, Klimstra DS, Turnbull AD. Metastatic breast cancer masquerading as gastrointestinal primary. Am J Gastroenterol 1998; 93:111-114. (PMID: 9448188)
2. Yokota T, Kunii Y, Kagami M, Yamada Y, Takahashi M, Kikuchi S, Nakamura M, Yamauchi H. Metastatic breast carcinoma masquerading as primary colon cancer. Am J Gastroenterol 2000; 95:3014-3015. (PMID:11051411)
3. C Atalay, KB Yılmaz, M Altınok. Meme kanserinin larenks metastazi. Meme Sağlığı Dergisi. 2006; 2:139-140.
4. Law WL, Chu KW. Scirrhus colonic metastasis from ductal carcinoma of the breast: report of a case. Dis Colon Rectum 2003; 46:1424-1427. (PMID: 14530687)
5. Gifaldi AS, Petros JG, Wolfe GR. Metastatic breast carcinoma presenting as persistent diarrhea. J Surg Oncol 1992; 51:211-215. (PMID: 1434649)
6. Paz A, Rath-Wolfson L, Wolloch Y. Late solitary metastases of breast origin presenting as primary colonic carcinoma. Harefuah 1996; 130:9-10. (Abstract) (PMID: 8682387)
7. Dhar S, Kulaylat MN, Gordon K, Lall P, Doerr RJ. Solitary papillary breast carcinoma metastasis to the large bowel presenting as primary colon carcinoma: case report and review of the literature. Am Surg 2003; 69:799-803. (PMID: 14509331)
8. Michalopoulos A, Papadopoulos V, Zatagias A, Fahantidis E, Apostolidis S, Haralabopoulos E, Netta S, Sasopoulou I, Harlaftis N. Metastatic breast adenocarcinoma masquerading as colonic primary. Report of two cases. Tech Coloproctol 2004; 8:135-137. (PMID: 15655598)
9. Koutsomanis D, Renier JF, Ollivier R, Moran A, el-Haite AA. Colonic metastasis of breast carcinoma. Hepatogastroenterology 2000; 47:681-682. (PMID: 10919011)
10. Savanis G, Simatos G, Tzaida O, Tsikkinis C, Ammari S, Mylonas A, Kafasis E, Nisiotis A. Gastrointestinal tract metastasis as first presentation of breast cancer. J BUON 2006; 11:79-81. (PMID: 17318957)

İletişim

Haluk Recai Ünalp
E-posta : drhru@mynet.com