

Deri Metastazı Olan İki Meme Kanseri Olgusu¹

TWO CASES OF SKIN METASTASIS FROM BREAST CANCER

Yelda KARINCAOĞLU*, Hamdi ÖZCAN*, Gürsoy DOĞAN**, Muammer EŞREFOĞLU***, Başak Kandi COŞKUN****, Hale ONMUŞ*****

* Yrd.Doç.Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,
** Doç.Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,
*** Prof.Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,
**** Arş.Gör.Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,
***** Yrd.Doç.Dr., İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD MALATYA

Özet

İnternal malignansilerin deri metastazı nadir görülmekle birlikte bazen ilk klinik bulgu olarak ortaya çıkmakta ve prognoz göstergesi olarak kabul edilmektedir. Meme kanserinin deri metastazı genellikle direkt invazyon ve lokal yayılma şeklinde gelişir ve en sık göğüs anterior duvarında görülür.

Burada biri zosteriform dizilimli, deriden kabarık, 0.5-1cm çaplarında eritematöz papüllerle karakterize diğeri ise 0.5-2 cm çaplarında eritematöz sert nodüllerle karakterize olan iki meme kanserli hasta sunulmuştur.

Meme kanseri deriye metastaz yapan tümörlerin başında gelmektedir. Genellikle geç dönemlerde tanı konulabilmekte, hatta olgular deri metastazı ile hastaneye başvurabilmektedirler. Bu nedenle deride görülen atipik morfolojideki, spesifik bir hastalıkla ilişkilendirilemeyen papülo-nodüllerin tümör metastazı olabileceği akılda tutulmalı ve kadınlarda öncelikle meme kanseri araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Deri metastazı, Meme kanseri, Zosteriform dağılım

T Klin Dermatoloji 2002, 12:40-43

Summary

Skin metastasis from internal malignancies is rarely seen but it may be the first clinical sign of tumors and it is accepted as a prognostic factor. Breast cancers are mostly seen in middle-aged women and may progress with direct invasion and local spreading and they are mainly seen on anterior chest wall.

We present two patients with skin metastases from breast cancer, one having zosteriform skin metastasis and the other having edematous local nodular metastasis 0.5-2 cm in diameter.

Skin manifestations may be the early sign of the malignant disease. This requires a complete evaluation and examination for atypical lesions. In this paper, clinical features and histopathologic findings of skin metastases from breast cancer are discussed and recent literature is reviewed.

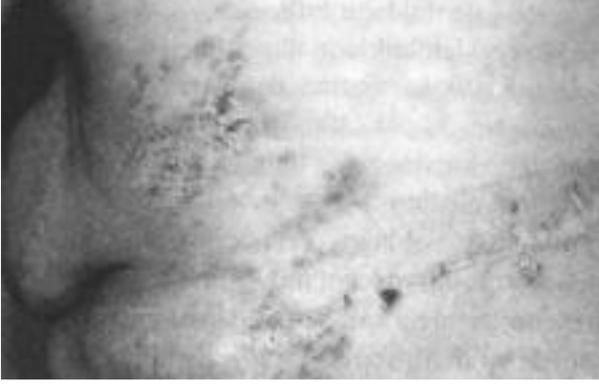
Key Words: Skin metastases, Breast cancer, Zosteriform distribution.

T Klin J Dermatol 2002, 12:40-43

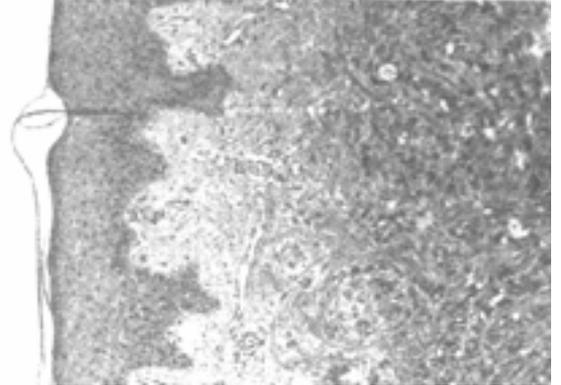
İnternal malignansilerin deri metastazı oldukça nadirdir. Meme kanseri orta yaşlı kadınlarda en sık rastlanılan ve ölümle sonuçlanan malignansidir. Meme kanserinin deri metastazı genellikle direkt invazyon ve lokal yayılma şeklinde gelişir ve en sık göğüs anterior duvarında görülür (1,2). Burada dermatomal hat üzerinde zosteriform yayılım gösteren papüller ile karakterize bir hasta ve ilk klinik bulgu olarak eritematöz ağrısız nodüllerle başvuran meme kanserli diğeri bir hasta sunulmuştur.

Olgu 1: Otuz dört yaşında kadın hasta, sağ göğüsten sırta doğru bant şeklinde yayılan kabarıklık nedeniyle başvurdu. Olgu 2 yıl önce memede kitle nedeniyle Genel Cerrahi polikliniğine başvurmuş, yapılan muayene ve tetkikler sonucu me-

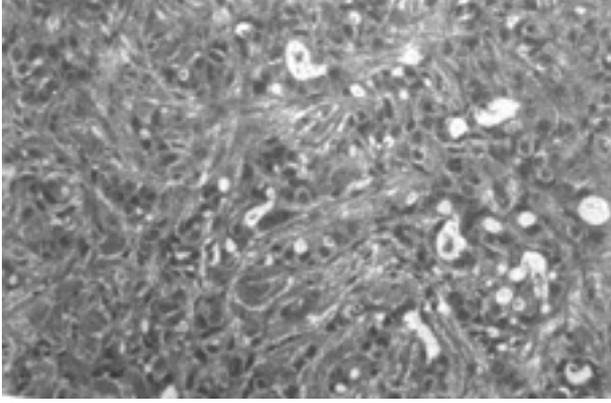
me kanseri tanısı konulmuş. Tümör, lenf nodu ve metastaz açısından değerlendirildiğinde T₂N₂M₀ tespit edilmiş ve stage IIIA olarak sınıflandırılmış. Dosya incelemesinde tedavi olarak sağ radikal mastektomi yapıldığı ve sonrasında yedi kür kemo-terapi uygulandığı ve sonunda tam kür ile taburcu edildiği öğrenildi. Olgumuzun yapılan dermatolojik muayenesinde sol göğüsten başlayıp toraks arka bölgeye dermatomal yayılım gösteren ve yer yer grup halinde izlenen, mor-eritematöz renkte, deriden kabarık, 0.5-1cm çaplarında, bir kısmının üzeri hemorojik kurutlu papüllo-nodüller mevcuttu (Şekil 1). Histopatolojik incelemede dermiste yaygın tübüler yapılar meydana getiren, atipik epitel hücrelerin oluşturduğu tümöral odaklar ve lenfatik



Şekil 1. Sol göğüs yan duvarında grup halinde mor-eritematöz renkte, üzeri hemorajik kurutlu papülo-nodüller.



Şekil 2. Geniş sitoplazmalı, belirgin nükleol içeren atipik pleomorfik epitelial hücreler, yaygın lenfatik içi tümör trombüsler, duktal yapıları taklid eden trabeküler yapılar. H.Ex100.



Şekil 3. Yaygın lenfatik içi tümör trombüsleri. H.Ex200.



Şekil 4. Sağ memede göğüs ön duvarına yapışık, sert ve üzeri portakal kabuğu görüntüsünde nodül ve sağ kolda belirgin lenf ödem ile beraber eritamatöz, sert, ağrısız papülo-nodüller.

yapılar içinde tümör trombüsleri izlendi (Şekil 2,3). Olguya beş kür kemoterapi uygulanmasına rağmen tüm lezyonlar hızla ülserleşti .

Olgu 2: Seksen üç yaşında kadın hastanın hikayesinden 1 ay önce sağ kolda şişlik ve kırmızı kabarıklık vardı. Yapılan muayenede sağ memede 4x4 cm büyüklüğünde göğüs ön duvarına yapışık, sert ve üzeri portakal kabuğu görüntüsünde lezyon tespit edildi. Sağ kolda belirgin lenf ödem ve kol medialinde 0.5-2 cm çaplarında, parlak eritamatöz ve sert, ağrısız papülo-nodüller izlendi (Şekil 4). Memeden alınan biyopside intraduktal karsinom tanısı konuldu. Deri biyopsisinde ise primer tümör hücrelerine benzeyen atipik hücreler izlendi. Tümör, lenf nodu ve metastaz bulguları değerlendirildiğinde T_{4b}N₁M₁ ve stage VI olarak sınıflandırıldı.

Tartışma

İnternal malignansilerin deri metastazı nadirdir ve sıklığı % 0.7 ile %4.7 arasındadır. Bununla birlikte son çalışmalarda %9 ve % 10 gibi yüksek sonuçlar da bildirilmiştir (2-4). Kutanoz metastaz herhangi bir yaşta ortaya çıkabilmekle birlikte 5-7. dekadlarda en sık görülür (5).

Lookingbill ve arkadaşlarının yaptıkları iki farklı çalışmada meme kanserlerinin deri metastazı sıklığını %30.4 ve %23.9 olarak tespit etmişlerdir (4,6). Brownstein ve Helwing'in çalışmasında kadınlarda deri metastazlarının en sık nedeninin sırasıyla meme (%69), kalın bağırsak (%9), melanom (%4) ve over kanserleri (%4) olduğunu bildirmişlerdir (2,5,7). Cowan ve Merrill meme kanseri metastazlarının kemik (%31), akciğer (%29), kara-

ciğer (%17) ve deriye (%10) olduğunu tespit etmişlerdir (1). Lookingbill ve arkadaşları 7316 internal malignansili hastanın 92'sinde (%1.3) tanı sırasında deri metastazının varlığını, 59 (%0.8) hastada ise deri tutulumunun kanserin ilk belirtisi olarak ortaya çıktığını belirlemişlerdir. Aynı çalışmada 992 meme kanserinin 62'sinde (%6.3) ise tanı sırasında deri metastazı bulunmuştur (6). İkinci olgumuzda da tanı sırasında deri metastazı ve lenf ödem mevcuttu.

Meme kanserleri metastazları direkt invazyon, lokal ve uzak metastazlar şeklindedir. En sık metastaz göğüs ön duvarına direkt invazyon olarak görülür ve bu durum ağrısız nodül veya ülserler şeklindedir (2,3,6). Uzak metastazlar cerrahi drenaj bölgesi veya benign dermal nevüs gibi vücudun herhangi bir yerinde ortaya çıkabilir (9,10). Yayılım lokal, lenfatik ve hematolojik olmak üzere üç mekanizma ile olur (2).

Deri metastazları en sık ağrısız, sert, birbirinden ayrı yerleşimli, hızlı büyüme gösteren spesifik olmayan nodüllerle karakterizedir. Meme kanseri metastazlarının bir çok farklı klinik tipleri vardır. En sık ağrısız nodül ve ülser formunda izlenir. Schwartz meme kanseri metastazlarını sekiz klinik grupta toplamıştır. Bunlar erizipel benzeri, morfea benzeri, telenjektatik, nodüler metastatik karsinom, alopesi neoplastika, Paget hastalığı, inframammarial katlantı bölgesinin meme kanseri ve göz kapağının histiositoid metastatik meme kanseri şeklindedir (2). Çok nadiren büllöz zosteriform (unilateral) klinik özellik göstermektedir. Zosteriform dağılımın sinir kılıfı invazyonu nedeniyle olduğu sanılmaktadır (2,4). Birinci olgumuzda oldukça nadir rastlanılan zosteriform görünümde, ancak ağrısız papülo-nodüller şeklinde klinik mevcuttu ve bu lezyonlar daha sonra ülserleşti (Şekil 1). İkinci olgumuzun lezyonları ise klinik olarak daha sık rastlanılan eritematöz ağrısız nodüllerle karakterize uzak metastaz şeklindeydi (Şekil 4).

Deri metastazlarının histopatolojisi genellikle malignansinin tipini ve kaynak aldığı dokuyu desteklemektedir (7). Meme kanserlerinin deri metastazları beş farklı histopatolojik görünümde olabilmektedirler. Bunlar; dermal lenfatiklerin tümör

hücreleri ile dolduğu inflamatuvar karsinoma, sadece yüzeysel lenfatiklerin tümör hücreleri ile dolduğu telenjektatik karsinoma, dermiste fibrozisle çevrili büyük ve küçük tümör adacıklarından oluşan nodüler karsinoma, tümör hücrelerinin kalın kollajen bantları arasında tek sıra halinde dizili görünümde olduğu "cancer en cuirasse" ve histopatolojik görünümü kliniğe göre değişen hematojen metastaz şeklindedir (8). Birinci olgumuzda epidermiste infiltrasyon olmaksızın papiller dermada hafif ödemli zon bırakan yüzeysel ve derin dermada adneksial yapıların kaybolmasına yol açan tümöral infiltrasyon mevcuttu. İnfiltrasyon düzensiz tubuler yapılar oluşturan geniş amfofilik sitoplazmalı yer yer belirgin nükleol içeren atipik pleomorfik epitelial hücrelerden oluşmaktaydı. Yaygın lenfatik içi tümör trombüsleri mevcuttu. Tümör duktal yapıları taklid eden yer yer trabeküler dağılımlı, nodüler tipte meme karsinomu metastazı ile uyumlu bulundu. İnflamatuvar karsinomların karakteristiği olan yaygın lenfatik içi tümör trombüsleri eşlik etmekte idi.

Geliştirilmiş yeni kemoterapi ilaçları sayesinde ortalama yaşam süresi uzamakla birlikte internal malignansilerin deri metastazı hala kötü prognoz göstergesidir. Lookingbill ve arkadaşları meme kanserlerinin deri metastazı sonrası yaşam sürelerini ortalama 31 ay olarak tespit etmişlerdir (4). American Joint Committee on Cancer'ye göre meme kanserinin TNM klinik sınıflandırma, stage ve 5 yıllık yaklaşık yaşam süresi belirlenmiştir. Bu gruplandırmaya göre stage IV metastazlarda beş yıllık yaşam süresi %15 gibi kötü prognozdadır. Stage IIIA ve B grubu hastalarda 5 yıllık yaşam süresi sırasıyla %55 ve 40 olmakla birlikte, bu hastalar uzak metastaz için yüksek risk taşımaktadır, bu nedenle kemik scan taraması ve komputere tomografi ile diğer bölgelerin taranması gerekmektedir (11). Olgu 1'deki hastamız stage IIIA olmasına rağmen tedavi sonrası iki yıllık bir dönemde metastaz riski açısından takipsiz kalmış ve deri metastazı ile daha kötü prognozda dönmüştür.

Meme kanseri kadınlarda deriye metastaz yapan tümörlerin başında gelmektedir. Genellikle geç dönemlerde tanı konulabilmekte, hatta olgular deri metastazı ile hastaneye başvurabilmektedirler. Bu

nedenle deride görülen klinik olarak tanımlanamayan atipik morfolojideki, hızlı büyüyen papülnodullerin tümör metastazı olabileceği akılda tutulmalı ve kadınlarda öncelikle meme kanseri araştırılmalıdır. Ayrıca meme kanseri tanısı alan ve tedavi edilen hastalar da tedavi sonrası metastaz riski açısından düzenli olarak takip edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Cowan JD, Kies MS. Detection of recurrent breast cancer. Southern Medical J 1981; 74:910-12.
2. Schwartz RA. Cutaneous metastatic disease. J Am Acad Dermatol 1995; 33:161-82.
3. Spencer PS, Helm TN. Skin metastases in cancer patients. Cutis 1987; 39:119-21.
4. Lookingbill DP, Spangler N, Helm KF. Cutaneous metastases in patients with metastatic carcinoma: A retrospective study of 4020 patients. J Am Acad Dermatol 1993; 29:228-36.
5. McKee PH. Cutaneous metastases. J Cutan Pathol 1985; 12:239-50.
6. Lookingbill DP, Spangler N, Sexton FM. Skin involvement as the presenting sign of internal carcinoma. J Am Acad Dermatol 1990; 22:19-26.
7. Johnson WC. In:Lever's Histopathology of the skin. Eds. Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson JrB. 8th ed. Philadelphia:Lippincott-Raven Publ, 1997: 1011-8.
8. Requena L, Yus ES, Núñez C, White CR, Sanguenza OP. Epidermotropically metastatic breast carcinomas. Am J Dermatopathol 1996; 18:385-95.
9. Hayes AG, Chesney TMcC. Metastatic adenocarcinoma of the breast located within a benign inrtadermal nevus. Am J Dermatopathol 1993; 15:280-2.
10. Finkelstein SD, Sayegh R, Thompson WR. Late recurrence of ductal carcinoma in situ at the cutaneous end of surgical drainage following total mastectomy. Am Surgeon 1993; 59:410-4.
11. Pass HA. Benign and malignant diseases of the breast. In: Norton JA, Bollinger RR, Chang AE, Lowry SF, Mulvihill SJ, Pass HL, Thompson RW, eds. Basic science and clinical surgery. New York: Springer-Verlag, 2001: 1699-732.

Geliş Tarihi: 12.02.2001

Yazışma Adresi: Dr. Yelda KARINCAOĞLU
Turgut Özal Tıp Merkezi
Dermatoloji AD. MALATYA

¶*XVIII Ulusal Dermatoloji Kongresinde yazılı bildiri olarak sunulmuştur.*