

# Bir İnflamatuar Meme Karsinomu Olgusu

## A CASE OF INFLAMMATORY CARCINOMA OF THE BREAST

Can CEYLAN\*, İdil ÜNAL\*\*, Sezer ERBOZ\*\*\*, Ulus ŞANLI\*\*\*\*

\* Uz.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,

\*\* Doç.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,

\*\*\* Prof.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji AD,

\*\*\*\*Uz.Dr., Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD, İZMİR

### Özet

Metastatik deri karsinomları açısından dişi sekste en sık rastlanılan primer organ memedir. Sol meme tümörü olan 66 yaşındaki kadın olguya mastektomi uygulandı. Histopatolojik tetkik sonucu invaziv duktal karsinoma olarak bildirildi. Tümör mastektomiden 4 yıl sonra deri metastazı ile rekürrens gösterdi. Hastaya klinik ve histopatolojik bulgulara göre "inflamatuar meme karsinomu" tanısı konuldu.

**Anahtar Kelimeler:** İnflamatuar meme karsinomu,  
Metastatik karsinoma,  
Karsinoma erizipeloides

T Klin Tıp Bilimleri 2000, 20:363-365

### Summary

In women, the most common primary tumor site which metastases to the skin is the breast. A 66 year-old woman case had left breast tumour exposed to mastectomy. Histopathological examination was reported as "invasive ductal carcinoma". The tumour showed recurrence with skin metastase four years after mastectomy. The patient was diagnosed as "inflammatory carcinoma of the breast" due to clinic and histopathologic findings.

**Key Words:** Inflammatory breast carcinoma,  
Metastatic carcinoma,  
Carcinoma erysipeloides

T Klin J Med Sci 2000, 20:363-365

İç organ kanserlerinden kaynaklanan deri metastazlarının prevalansı %1-5 arasındadır. Kötü prognoz işareti olan deri metastazları için en yaygın primer tümör bölgesinin dişi sekste meme, erkek sekste akciğer olduğu; ikinci sırayı ise her iki sekste de kolon kanserlerinin aldığı bildirilmiştir. Metastazlar; lenfojen, hematojen ya da primer tümörün komşuluk yoluyla yayılması sonucu ortaya çıkar (1-3).

Meme karsinomuna bağlı deri metastazları için lenfojen yayılım ön plandadır. Klinik görünüm lenfatik damarların tutulum düzeyine göre değişir. Deride erizipele benzeyen keskin sınırlı eritem, ödem ve ısı artışı ile karakterize klinik tablo karsi-

noma erizipeloides ya da inflamatuar karsinom olarak adlandırılır. Bunun dışında nodüler karsinom, telenjektazik karsinom ve "carcinoma en cuirasse" meme karsinomlarında lenfojen yayılımın diğer klinik formlarıdır. Meme karsinomlarında hematojen yayılım nadir olmakla birlikte saçlı deride sklerotik alopesi plakları (alopesi neoplastika) ve göz kapağı metastazları da tanımlanmıştır (4,5).

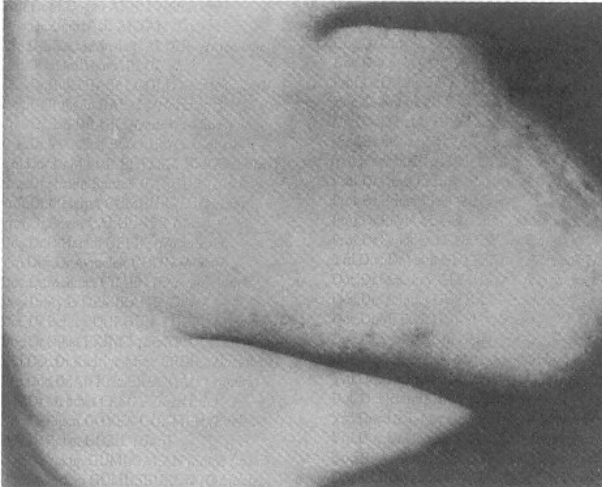
Sol memede invaziv duktal karsinom nedeniyle mastektomi geçiren olgu, 4 yıl sonra ortaya çıkan deri metastazı bulguları ile rekürrens geç dönemde deri tutulumu ile ortaya çıkabileceğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

### Olgu

66 yaşındaki kadın hasta onkoloji polikliniğinden gönderildi. 4 yıl önce memede kitle nedeniyle sol mastektomi uygulanmış ve histopatolojik tetkik sonucu "invaziv duktal karsinom" gelmesi üzerine

**Geliş Tarihi:** 03.02.2000

**Yazışma Adresi:** Dr.Can CEYLAN  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Dermatoloji AD  
35100, Bornova, İZMİR



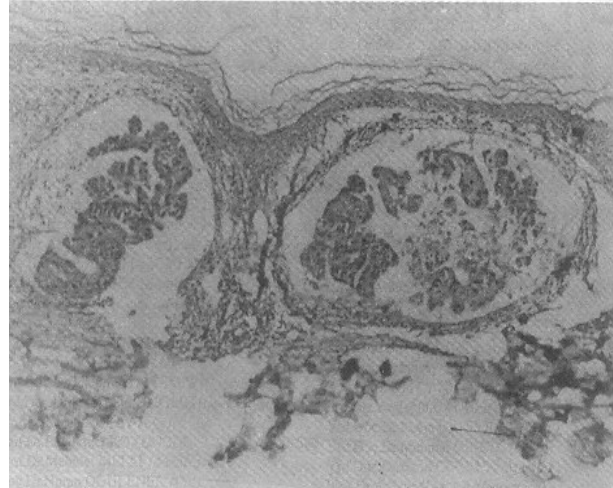
Şekil 1. Olgunun klinik görünümü.

postoperatif dönemde adjuvan kemoterapi (3 kür CNF protokolü) ve radyoterapi yapılmıştı.

Hastanın onkoloji bölümü tarafından yapılan rutin incelemelerinde pansitopeni saptanmış, kemik iliği aspirasyonu sonucu megakaryositlerde azalma saptanması üzerine tedavi olarak önce kan transfüzyonu uygulanmış, daha sonra da GM-CSF 300 mg/gün (Leucomax) verilmişti. Klinik izleminde hastanın lökosit ve hematokrit değerleri düzelmiş, trombosit değerleri yükselmekle birlikte trombositopeni hali devam etmişti.

Yapılan dermatolojik bakıda, mastektomi uygulanan sol göğüs bölgesinden başlayıp sağ göğüs bölgesini de içine alacak şekilde sağ toraks posterioruna kadar yayılım gösteren eritem ve ödemle karakterize, palpasyona duyarlı şiddetli inflamasyon ve orta düzeyde endurasyon gözlemlendi (Şekil 1). İnfrasternal bölgeden başlayan ve sağ göğsü içine alan bölgede yer yer grupe veziküler lezyonlar saptandı.

Rutin laboratuvar tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı 40mm/saat, trombosit sayısı:52000, lökosit sayısı:5100/mm<sup>3</sup>, hematokrit:%35 olarak saptanırken diğer biyokimyasal tetkiklerinde anlamlı patolojik değişiklik gözlenmedi. Lezyon bölgesinden yapılan biyopsi materyalinin histopatolojik tetkikinde epidermis ülseri olarak izlenirken, altta koyu kromatinize ve pleomorfik nüveli atipik hücrelerin adacıklar oluşturduğu gözlemlendi. Stroma miksoid yapıda olup arada lenfatik damarları tutan



Şekil 2. Tümör adacıkları ile dolu dermal lenfatikler (HEx100).

tümör trombüsleri gözlemlendi. Bulgular inflamatuvar karsinoma olarak değerlendirildi (Şekil 2).

### Tartışma

Lookingbill ve arkadaşları primer kanser tanısı konduğunda deri metastazı varlığını %1.3 olarak bildirmişlerdir. Primer kanserin ilk bulgu olarak deri metastazı ile ortaya çıkma şansı %0.8'dir (1).

Brownstein ve Helwig 724 hastalık çalışma serilerinde deri metastazı için en yaygın primer tümör bölgesinin dişi sekste meme (%69), erkek sekste akciğer (%24) olduğunu bildirmişlerdir. Her iki sekste en yaygın ikinci bölge kolondur. Böbrek, mide, ovaryum daha az rastlanan primer bölgelerdir (2,3). Bununla birlikte herhangi bir internal organ karsinomunun deriye metastaz yapabileceği gözardı edilmemelidir.

Karsinoma erizipeloides, erizipele benzeyen görünümü ile lenfanjioma benzeri viyole renkli papüloveziküler lezyonlarla karakterize telenjektazik karsinomadan ve ülseri olabilen sert nodüllerden oluşan nodüler karsinomadan klinik olarak ayrılabilir. Karsinoma erizipeloides, daha çok meme karsinomalarında tanımlanmış olmakla birlikte, son yıllarda akciğer, pankreas, rektum, over ve parotis bezi karsinomlarında da tanımlanmıştır (1) Malign melanomun deri metastazları pigmentli olmakla birlikte, karsinoma erizipeloides şeklinde deri metastazı yapan olgular da bildirilmiştir (6,7)

Deri metastazlarının mikroskopik görünümü oldukça değişkendir. Genelde metastazlar primer tümöre benzemekle birlikte daha anaplastik yapıya sahiptirler. Ormsby ve arkadaşları yapmış oldukları immunhistokimyasal araştırmada GCDFP-15 (Gross cystic disease fluid protein-15) ve ERP (Estrogen receptor protein) isimli proteinlerin deri metastazının meme kökenli olduğunu destekleyen belirleyiciler olduğunu göstermişlerdir (8). Benzer şekilde gastrointestinal traktustan kaynaklanan birçok lezyon, PAS ve Alcian blue gibi münini konfirme edebilen özel boyalarla tanınabilir. Aynı şekilde keratin boyası skuamöz hücreli karsinomu konfirme edebilir (9).

İnflamatuvar meme karsinomunda histopatolojik olarak tümör hücreleri ile şişmiş lenfatikler görülür. Primer olarak meme karsinomları ile birlikte gösteren ve ileri derecede fibrozis sonucu sklerodermoid yapı ile karakterize "Carcinoma en cuirasse", fibrotik doku içerisinde sınırlı sayıda tümör hücresinin görülebilmesi nedeniyle gözden kaçırılabilir.

Olgumuz histopatolojik bulgular ve klinik lezyon morfolojisi gözönüne alındığında inflamatuvar karsinoma olarak değerlendirilmiştir. İnflamatuvar karsinoma tüm meme karsinomu olgularının %1'inde mevcuttur. Meme karsinomlu olgularda lenfatik yayılımın en yaygın formu ise nodüler karsinomdur (5). Cox, karsinoma erizipeloidesin; iki meme karsinomu olgusunda tümör rekürrensının bir bulgusu olduğunu ve bir prostat karsinomu olgusunda da primer malignitenin ilk bulgusu olduğunu bildirmiştir (10).

Deri metastazları iç organ malignitesinin ilk belirtisi olarak ortaya çıkabildiği gibi, etkin olarak tedavi edildiği düşünülen onkoloji olgularında yıllar sonra metastazın ilk bulgusu olarak da saptanabilmektedir.

Nitekim incelemiş olduğumuz olgu, sol memede invaziv duktal karsinom saptanması üzerine önce cerrahi eksizyon geçirmiş, sonra da kemoterapi ve radyoterapi kombinasyonu ile tedavi edilmişti. Ancak karsinom, 4 yıl sonra inflamatuvar karsinom olarak deri metastazı ile nükse neden olmuştu.

#### KAYNAKLAR

1. 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; 22:19-24.
2. Brownstein MH, Helwig EB. Metastatic tumors of the skin. *Cancer* 1972; 29:1298-1300.
3. Brownstein MH, Helwig EB: Patterns of cutaneous metastases. *Arch Dermatol* 1972; 105:862-5.
4. Arnold HL, Odom RB. *Diseases of the skin*, 8 th ed. Philadelphia: WB Saunders Com. 1990: 741,819-25.
5. Johnson WC. Metastatic carcinoma of the skin. In: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B, eds. *Lever's histopathology of the skin*, 8th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven 1997: 1011-18.
6. McLean DI, Haynes HA. Cutaneous manifestations of internal malignant disease. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, eds. *Dermatology in general medicine*, 4th ed. New York: Mc Graw-Hill 1993: 2242-43.
7. Öztürk G, Ünal İ, Üdün K, Kandiloğlu G. Malign melanoma ve karsinoma erizipeloides, XI. Prof. Dr. Lütfü Tat Simpozyumu, Ankara: Yargıcı Matbaası, 1994: 83-6.
8. Ormsby AH, Snow JL, Su WP, Goellner JR. Diagnostic immunohistochemistry of cutaneous metastatic breast carcinoma: a statistical analysis of the utility of gross cystic disease fluid protein 15 and estrogen receptor protein. *J Am Acad Dermatol* 1995; 32:711-6.
9. Howard K, Bhawan J. Tumors of the skin. In: Moschella SL, Hurley HJ, eds. *Dermatology*, 3rd ed. Pennsylvania: WB Saunders Company, 1992: 1792-93.
10. Cox SE, Cruz PD. A spectrum of inflammatory metastasis to skin via lymphatics: three cases of carcinoma erysipeloides. *J Am Acad Dermatol* 1994; 30:304-7.