

# Memenin İnflamatuar Karsinomu

Dr. Şemsi ALTANER<sup>1</sup>, Dr. Filiz ÖZYILMAZ<sup>2</sup>, Dr. A.Kemal KUTLU<sup>3</sup>

## ÖZET

Sağ memesinde ağrı ve şişlik şikayeti ile baş vuran 64 yaşındaki kadın hastanın muayenesinde memede yaygın ödem ve meme başı çekintisi tespit edildi. Memede ele gelen herhangi bir kitle yoktu. Hastaya meme karsinomu ön tanısıyla mastektomi ve aksiller diseksiyon yapıldı. Mastektomi materyalinde bütün kadranlarda lenfatikler içinde yaygın tümöral infiltrasyon gösteren inflamatuar karsinom tespit edildi.

Bu makale klinik ve patoloji arasında tartışmalı tanı olan inflamatuar karsinomun klinik ve patolojik özelliklerinin gözden geçirilmesini konu almaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** İnflamatuar karsinom, klinik, patoloji.

## SUMMARY

### INFLAMMATORY CARCINOMA OF THE BREAST

General edema and nipple retraction were established in the 64 years old female patient who had gone to the doctor with edema and pain in her right breast. Although solid mass could not have been identified in the breast she was taken under operation of mastectomy and axillary dissection. Inflammatory carcinoma showing diffuse tumoral infiltration in the lymphatics of all parts of the mastectomy material was established.

This article is based on a general view over the clinical and pathologic features of the inflammatory breast carcinoma which has been a disputable diagnosis between clinical and pathological.

**Key words:** Inflammatory carcinoma, clinic, pathology.

## GİRİŞ

1807 yılında Charles Bel memede tümörü gösteren önemli bulgunun lezyonu çevreleyen deride pembe renk değişimi olarak tanımlamıştır (1). İnflamatuar karsinom klasik olarak memede hassasiyet, indurasyon, artmış lokal sıcaklık ve memenin en az 1/3'ünü kaplayan eritem olarak tanımlanmaktadır (2-5). Haagensen inflamatuar karsinomu, meme karsinomunun "en kötü prognoza sahip özel bir tipi" olarak tanımladı (6).

Sonraki yıllarda yaynlarda inflamatuar meme karsinomu kliniko-histolojik tanım olarak yerini almıştır. Bu tanım deride kızarıklık, ödem (erizipeloid görünüm) ve hassasiyetin yanısıra deriye direkt tümör kitle invazyonu olmaksızın sadece subdermal lenfatik tutulumunu tanımlamaktadır (7,8).

Inflamatuar karsinom nadir görülmekte olup, farklı serilerde tüm meme karsinomlarının % 1-4'ünü oluşturmaktadır (1,6,8,9).

Erken dönemde memede kitle fark edilmeyebilir ve bu klinik bulgularla birlikte yanlış olarak inflamatuar durum olarak değerlendirilebilir. İnflamatuar karsinomlu vakaların üçte ikisinde palpé edilen kitle varken,

geri kalan vakalarda diffuz meme tutulumu bulunmaktadır (1).

Vakaların büyük kısmında sellülit benzeri klinik görünüm ve dermal lenfatikler içinde tümör varlığı aynı zamanda bulunmaktadır. İnflamatuar karsinom dışında meme kanserini takiben oluşan sellülit olguları da vardır. Occult inflamatuar karsinomda ise klinik hiçbir şikayet yok iken, histolojik incelemede dermal lenfatikler içinde tümör görülmektedir (4).

## OLGU SUNUMU

Yaşı 64 olan kadın hasta sağ memesinde ağrı, gerginlik hissi ve şişlik şikayetleri ile Kırklareli Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniğine başvurdu. Fizik muayenesinde memede yaygın ödem, portakal kabuğu görünümü, meme başı çekintisi bulunmaktaydı. Palpasyonda meme derisi sert ve ağrılı idi. Ele gelen herhangi bir kitlesi yoktu. Hastaya karsinom ön tanısı ile mastektomi ve aksiller lenf bezi diseksiyonu yapılarak materyal Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'na gönderildi. Materyalin makroskopik muayenesinde meme alt iç ve alt dış kadranlarda portakal kabuğu görünümü, meme başında içe

<sup>1</sup>:Uzm.Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji A.D.

<sup>2</sup>:Doç.Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji A.D.

<sup>3</sup>:Prof.Dr., Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji A.D.

doğru çekilme izlendi. Materyalin seri kesitlerinde ise alt iç, alt dış ve üst dış kadranlarda beyaz, sert kıvamda fibrotik dokular arasında yeşil-gri renk değişimi görüldü. Rutin inceleme sonucunda: Bütün kadranlardaki kesitlerde meme derisi, subkutan dokular, kaslar arasındaki lenfatik damarlar içerisinde ve aksilladan gönderilen yağ dokusunda serbest infiltrasyon yapan ve adalar oluşturan tümör görüldü. Tümör iri, pleomorfik nüveli belirgin nukleollü, geniş eozinofilik ve vesiküler sitoplazmali atipik epitelyal hücrelerden oluşmaktadır. Lenfatikler içinde yaygın olarak izlenen tümöre, çevre dokularda yoğun mikst tip iltihabi infiltrasyon eşlik etmektedir. Bu iltihabi hücre infiltrasyonunun duktus asinus ve daha az oranda meme parankimini kapladığı, meme derisinde üst dermise kadar ilerlediği dikkat çekti. Aksiller bölgeden çıkarılan yağ dokusu diseksiyonunda lenf bezinin mevcut değildi. Ancak yağ dokusunu serbest olarak infiltre etmiş aynı nitelikte tümör mevcuttu. Yapılan immunohistokimyasal uygulamada tümör hücrelerinde, östrojen ve progesteron reseptörleri negatif olarak saptandı.

### TARTIŞMA

İnflamatuar karsinomun görülmeye yaşı meme kanseri oluşma yaşından biraz daha erkendir (pre veya perimenopozal dönem) (2,4). Yaş ortalaması Robins ve arkadaşlarının çalışmasında 55 iken, Stock ve Pattenson'in serilerinde 48'dir (2,10). Vakamız 64 yaş itibarıyle literatüre göre daha ileri yaş dilimindedir.

Vakaların çoğunda klinik görünüm ve dermal lenfatik tutulum birlikte bulunmaktadır. Buna karşın nadiren klinik görünüşüyle inflamatuar karsinom olarak teşhis edilen bazı vakaların biyopsi materyallerinde dermal lenfatik tutulumu rastlanmıştır (1,9). Ayrıca klinik inflamatuar özellik olmadan dermal lenfatik tutulmuş bazı vakalar vardır (4). İnflamatuar karsinomun klinik teşhisinde kriter, diffuz eritem, memenin üçte ikisinden daha fazlasında ödem, portakal kabuğu görünümü, hassasiyet, indurasyon, sıcaklık, genişleşme, palpasyonda yaygın tümör varlığıdır. Bu özelliklerinin hepsinin bütün vakalarda bulunması gerekmektedir. Vakamızın muayenesinde tespit edilen yaygın ödem, portakal kabuğu görünümü, meme başı çekintisi, meme derisinde sertlik ve hassasiyet inflamatuar karsinomun klinik tablosuna uymaktadır. Bu tümörlerin 2/3'ünde tanımlanan kitle varlığı vakamızda yoktu, aksine diffuz tümöral tutulum izlendi. Literatürde inflamatuar karsinom

serilerinde dermal lenfatik tutulum oranları %64-100 arasında değişmektedir (3-5,7,11,12). Vakamızda tüm kadranlarda dermal lenfatik tutulumu izlenmiştir.

İnflamatuar meme karsinomunun özel bir histolojik tipi yoktur. Meme kanserlerinde görülen histolojik tiplerden herhangi birini yansıtabilir. Haagensen'in 40 vakalık serisinde en sık gördüğü histolojik tip (19 vaka) indiferansiyel büyük hücreli karsinomdur (6). Bunun yanısıra intraduktal ve küçük hücreli karsinom tiplerine de rastlamıştır. Ellis ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 7 inflamatuar karsinomlu vakanın 5'i adenokarsinom, biri meduller karsinom olarak tespit edilmiş, diğerinde ise tip tayini yapılamamıştır (3). Diğer bazı çalışmalarda tümör histolojik tip tayini yapılamamıştır (1,9). Vakamızın histolojik görünümü indiferansiyel karsinom, nüklear grade'i orta diferansiyeydi.

İnflamatuar karsinom kötü прогнозlu bir tümördür. Çoğu hasta teşhisi takip eden 2 yıl içinde metastatik tümörden ölmektedir (1,3). Prognos açısından inflamatuar karsinomla ilerlemiş meme karsinomu kıyaslandığında iki grup arasında fark olmadığı görülmüştür. Her iki grupta metastaz olmadan geçen süre yaklaşık 8-15 aydır (7). Occult inflamatuar karsinomların prognosu ise daha iyidir (4).

Heterojen niteliği bulunan inflamatuar karsinomda hormon reseptörleri ve hücre kinetikleri hastalarda tedavi yaklaşımının tespit edilmesinde yardımcı olabilir. Kokal ve arkadaşlarının yapmış oldukları bir çalışmada ilerlemiş meme karsinomlu hastalarda östrojen reseptörü pozitiflik oranı % 46 iken, inflamatuar karsinomlu hastaların tamamında negatif olarak tespit edilmiştir (7). Bu sonuca dayanarak inflamatuar karsinomun gerçek antiteden ziyade, lokal ilerlemiş meme karsinomunun östrojen reseptörü negatif subtipi gibi davranışını ileri sürümüştür (7). Yapılan diğer bir çalışmada da inflamatuar karsinomda östrojen ve progesteron reseptörlerinin ilerlemiş meme karsinomundan daha düşük oranlarda bulunduğu tespit edilmiştir. Ayrıca inflamatuar karsinom lokal ilerlemiş meme karsinomu ile kıyaslandığında daha düşük oranlarda proliferasyon aktivitesine sahip olduğu görülmüştür (5).

Başlangıçtaki tümör boyutunun 8 cm.'den büyük olması, kitle olmaksızın diffuz tümör varlığı, lenf bez tutulumu, östrojen reseptör yokluğu gibi parametreler kötü прогнозu göstermektedir. Ayrıca erken tedavinin ve cerrahi+kombine adjuvan tedavinin прогнозa olumlu etkisi olduğu

belirtilmektedir (13). Vakamızın kitle olmaksızın diffuz tümöral tutulum göstermesi, aksiller yağ dokusu infiltrasyon varlığı, östrojen reseptör yokluğu nedeniyle kötü prognostik belirteçlere sahiptir. Ancak vaka başka bir merkezde takip edilmesi nedeniyle sağlıklı takibine ulaşlamamıştır. Inflamatuar karsinom tedavisinde çok çeşitli yaklaşımalar kullanılmıştır. Bazı araştırmacılar inflamatuar karsinomda, mastektomi çeşitli kemoteropatik ajanlarla kombin edildiğinde, 5 yıllık sağ kalım oranının arttığını tespit etmişlerdir (12). Mastektomi hastığın lokal kontrolüne yardım edebilir ve preoperatif radyoterapi ve

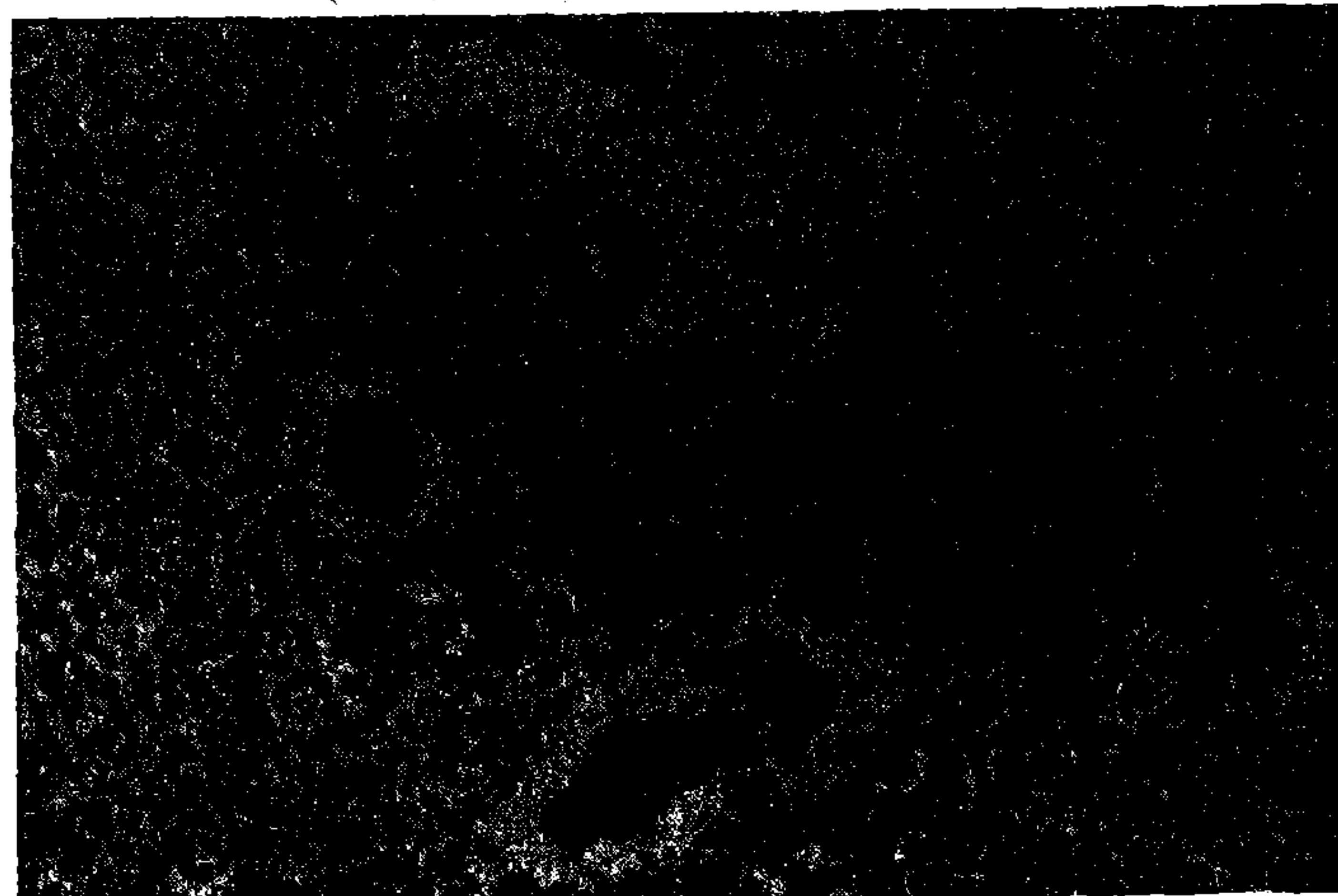
kemoterapiye iyi cevap veren hastalarda hayat kalitesini düzeltebilir. Kombine tedavi (kemoterapi+radyoterapi) yaklaşımının önemi literatürde vurgulanmıştır (11,12,14).

Inflamatuar karsinom tanısı tartışmalı ve bugün kullanımı kısıtlı bir antitedir. Tanıda yukarıda sayılan klinik özelliklerin yanı sıra, meme derisi subdermal lenfatikler içinde tümör embolilerinin görülmesi gerekmektedir. Meme tümörleri içinde oldukça az rastlanması nedeniyle bu vakanınlığında inflamatuar karsinom tanımını tartışmayı uygun bulduk.

**Resim 1.** Meme derisi subdermal lenfatikler içinde tümör embolisi (H+E, X 50)



**Resim 2.** İleri büyütmede lenfatik permeasyon, stromada yoğun mikst iltihabi hücreler (H+E, X 100).



KAYNAKLAR

1. Tavossoli FA. Infiltrating Carcinoma, Special Types. In: *Pathology of the Breast*. Appleton & Lange 1992:399-403.
2. Stocks LH, Patterson FMS. Inflammatory carcinoma of the breast. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1976; 143 : 885-889.
3. Ellis DL, Teitelbaum SL. Inflammatory carcinoma of the breast. *Cancer* 1974; 33: 1045-1047.
4. Saltzstein SL. Clinically occult inflammatory carcinoma of the breast. *Cancer* 1974; 34: 382-388.
5. Paradiso A, Tommasi S, Brandi M, Marzullo F, Simone G, Lorusso V, et al: Cell Kinetics and hormonal receptor status in inflammatory breast carcinoma. *Cancer* 1989; 64: 1922-1927.
6. Haagensen CD. Inflammatory Carcinoma. In *Diseases of the Breast* W.B. Saunders Company 1986: 808-814.
7. Kokal WA, Hill R, Porudominsky D, Beatty JD, Kemeny MM, Riihimaki DU, et al: Inflammatory breast carcinoma: A distinct entity ? *J. Surg. Oncol.* 1985; 30: 152-155.
8. Finkel LJ, Griffiths CEM. Inflammatory breast carcinoma (carcinoma erysipeloides): an easily overlooked diagnosis. *Bri. J. Dermatol.* 1993; 129: 324-326.
9. David LP. Inflammatory carcinoma. In : *Diagnostic Histopathology of the Breast*. Churchill Livingstone, New York 1987; 246-247.
10. Robbins GF, Shah J, Rosen P, et al : Inflammatory carcinoma of the breast. *Surg. Clin. N. Am.* 1974 ; 54:4 ,801.
11. Hagelberg RS, Jolly PC, Anderson RP. Role of surgery in the treatment of inflammatory breast carcinoma. *Am. J. Surg.* 1984; 148: 125-129.
12. Fields JN, Kuske RR, Perez CA, Fineberg BB, Bartlett N: Prognostic factors in inflammatory breast cancer. *Cancer* 1989; 63: 1225-1232.
13. Buzdar AU, Montague ED, Barker JL, Hortobagyi GN, Blumenschein GR: *Cancer* 1981; 47: 2537-2542.
14. Chu AM, Wood WC, Doucette JA. Inflammatory breast carcinoma treated by radical radiotherapy. *Am. Cancer Soc.* 1980; 45: 2730-2737.