JCEI /
Journal of Clinical and Experimental Investigations
2015; 6 (3): 318-320
doi: 10.5799/ahinjs.01.2015.03.0542

OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Meme apsesi belirtileri veren memenin primer skuamöz hücreli karsinomu

Primary squamous cell carcinoma of breast presenting with symptoms of breast abscess

Mani Habibi[1], Onur Özener[2], Barış Rafet Karakaş[2], Arsenal Sezgin Alikanoğlu[3], Nurullah Bülbüller[4]

ÖZET

Meme apsesi, memenin sık karşılaşılan enflamatuar bir hastalığı olmasına karşın nadiren de olsa altından malign özellikli durumlar çıkabilmektedir. Memenin primer skuamöz hücreli karsinomu (MPSHK) buna örnektir. Literatürde apse ile prezente olan MPSHK oldukça sınırlı sayıda hastada bildirilmiştir. Nadir olarak görülmesine rağmen, meme apsesi belirtileri ile başvuran ve tedaviye zayıf yanıt gösteren postmenopozal kadınlarda MPSHK hastalığı olasılığı her zaman ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: Apse, meme, skuamöz hücreli karsinom

ABSTRACT

Although breast abscess is a common inflammatory breast disease, there are rare cases that were found to be associated with malignancy. Primary squamous cell carcinoma of breast (PSCCB) is an example of this. Only a very limited number of PSCCB patients presented with an abscess are reported in the literature. Although rarely seen, postmenopausal women presented with symptoms of breast abscess and exhibiting a poor response to treatment, the possibility of (PSCCB) disease should always be considered in the differential diagnosis. *J Clin Exp Invest 2015; 6 (3): 318-320*

Key words: Abscess, breast, squamous cell carcinoma

GİRİŞ

Memenin primer pür skuamöz hücreli karsinomu (MPSHK) nadir görülen bir durumdur ve duktal karsinom hücrelerinden metaplastik değişiklik yoluyla ortaya çıktığı kabul edilir [1,2]. Dünya Sağlık Örgütü Tümör Sınıflandırılmasında 2003 yılında metaplastik meme kanserlerine dâhil edilmiştir [3]. MPSHK oldukça nadir görülmekte olup malign meme hastalıkları içinde %0,04 ile %0,1 arasında oranlarda bildirilmiştir [3,4]. Çok nadir olarak MPSHK meme apsesi olarak prezente olabilir. Literatürde apse ile prezente olan MPSHK'lu oldukça sınırlı sayıda hasta bildirilmiştir [5,6]. Bu çalışmada, meme apsesi ön tanısıyla bir kaç kez drenaj ve antibiyotik tedavisi uygulanan ancak takiplerinde yara iyileşmesinin gecikmesi üzerine alınan doku biyopsisinde MPSHK tanısı koyulabilen 72 yaşındaki kadın olgu sunulmuştur.

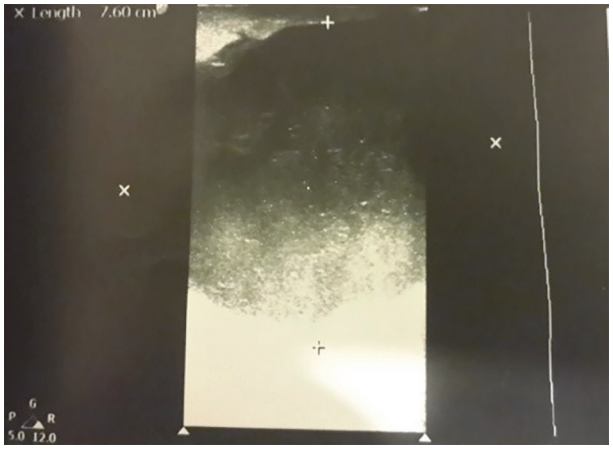
OLGU

72 yaşında kadın hasta yaklaşık 2 ay önce başlayan sol meme başı kenarında saat 9 hizasında fluktuasyon veren yaklaşık 6 cm çaplı etrafı kızarık şişlik şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Meme apsesi ön tanısıyla yapılan ultrason görüntülemede (USG) tanımlanan lokalizasyonda septasyonlar ve internal ekolar bulunan 61x76 mm boyutunda yoğun içerikli kistik lezyon apse olarak değerlendirildi. USG eşliğinde 125 cc sıvı aspire edilerek ampirik antibiyotik tedavisi (ampisilin-sulbaktam 4×1 gr IV) başlandı. Aspirat kültüre gönderildi ancak üreme izlenmedi. Yapılan kontrol USG'sinde yaklaşık 7 cm boyutunda apse ile uyumlu görünüm izlenmesi üzerine USG eşliğinde katater yerleştirilerek apseden alınan örnek patoloji ve mikrobiyolojiye gönderilmiştir. Kültürde yine üreme olmazken patolojide nekropürülan materyal içeren nekrotik, diskeratotik skuamöz

[1] *Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye*
[2] *Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Antalya, Türkiye*
[3] *Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, Antalya, Türkiye*
[4] *Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Kliniği, Antalya, Türkiye*

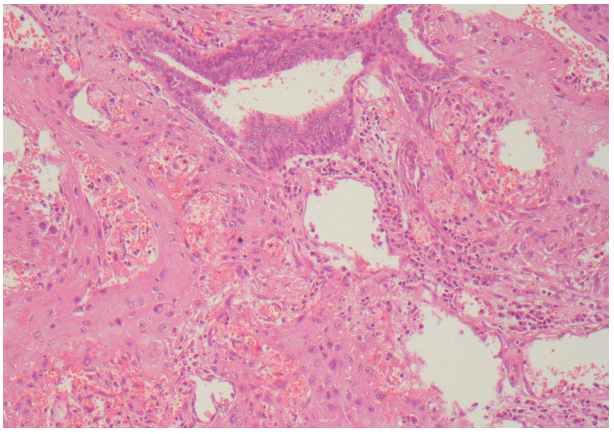
Correspondence: Mani Habibi,
Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, İstanbul Türkiye Email: manihabibi@gmail.com
Received: 08.07.2015, Accepted: 18.09.2015
Copyright © JCEI / Journal of Clinical and Experimental Investigations 2015, All rights reserved

hücreler de apse yönünde değerlendirilmiştir. Antibiyotik tedavisi ve drenaja rağmen apse kliniğinde iyileşme olmaması üzerine hasta operasyona alınarak açık drenaj yapıldı ve apse duvarından biyopsi alındı. Hasta taburcu edilerek günlük pansuman için poliklinik kontrolüne çağrıldı. Kontrollerinde yaranın iyileşmemesi üzerine tekrar biyopsi alındı (Resim 1). Biyopsi sonucu az diferansiye skuamöz hücreli karsinom olarak değerlendirildi. Pozitron emisyon tomografi/bilgisayarlı tomografi'de uzak metastaz tespit edilmedi ve bunun üzerine hastaya modifiye radikal mastektomi operasyonu yapıldı. Patolojik incelemelerde, pt3n0mx orta derece diferansiye pür skuamöz hücreli karsinom (metaplastik karsinom) tanısı kondu (Resim 2). İmmunhistokimyasal çalışmalar sonucunda; er (-), pr(-), cerb-b2(-), e kadherin(+), pankreatin(+), ck 5/6(+), p63(+) saptandı. Post-operatif 4. gün komplikasyonsuz olarak taburcu edilen hasta Onkoloji bölümüne gitmeyi kabul etmedi ve kendi isteğiyle takipten çıktı.



Resim 1. Memenin primer pür skuamöz hücreli karsinomu preoperatif görünüm

Resim 2. Meme duktusu etrafında skuamöz hücreli karsinom infiltrasyonu



Resim 3. Meme duktusu etrafında skuamöz hücreli karsinom infiltrasyonu (H&E, x100)

TARTIŞMA

MPSHK ilk olarak meme kanallarının epitelinden köken aldığı düşünülerek Troel tarafından 1908 yılında raporlanmıştır [7]. Takiben alternatif teori olarak tümörün önceden var olan adenokarsinom içindeki skuamoz metaplazi odaklarından kaynaklandığı ortaya atılmış [8] ve 2003 yılında Dünya Sağlık Örgütü Tümör Sınıflandırılmasında metaplastik meme kanserlerine dâhil edilmiştir [3].

Bu tümör genellikle postmenapozal kadınlarda görülür ve genellikle palpabl kitle olarak prezente olduğu için diğer meme kanserlerinden klinik olarak ayırmak mümkün değildir. Tanıda mamografiye özgü bir bulgu yokken, USG'de kompleks kistik bileşenlerden oluşan solid hipoekojenik kitle görüntüsünün tanı için daha yararlı olabileceği bildirilmiştir [3]. Oldukça nadir olarak meme apsesi şeklinde prezente olur [5,6]. Bizim olgumuzda da meme apsesi semptom ve bulguları üzerine istenilen USG'de yoğun içerikli kistik lezyon izlenmiştir.

MPSHK makroskopik olarak tümör sıklıkla 4 cm'nin üzerindedir ve %50 vakada kistik değişiklikler gözlenmektedir. [3] MPSHK tanısı ancak ikincil bir odakta primer skuamöz hücreli kanser olmaması, tümörün meme cildinden bağımsız olması ve histolojik incelemede tümörün %90'dan fazla alanda skuamöz özellikte olması halinde koyulabilir [7].

MPSHK için tedavinin temelini modifiye radikal mastektomi oluşturmaktadır [9]. Diğer meme tümörlerinin aksine aksiller metastaz %10-30 arasında görülmektedir [3]. Ancak tedavide kemoterapinin (KT) rolü ve etkinliği konusunda kısıtlı bilgi olduğundan aksiller diseksiyon mutlaka önerilmektedir [6]. Meme koruyucu cerrahi tedavi seçeneklerinin ise etkinliği ile ilgili bir çalışma yoktur [9].

Literatürde olgu serileri kısıtlı olduğundan KT rejimleri konusunda netlik yoktur. MPSHK, genellikle hormon reseptörleri ve HER2 / neu negatif olup bu yönde tedavilerin etkili olmayabileceği anlamına gelir [3].Şimdiye kadar sadece Sisplatin bazlı tedavilerde umut verici sonuçlar elde edilmiştir [10]. Postoperatif radyoterapinin (RT) rolü de net değildir [10]. KT ve RT'nin rolü, uygun rejimler ve etkinlikleri hakkında daha büyük serili klinik çalışmalara ihtiyaç sürmektedir.

Cerrahi pratiğimizde oldukça sık olarak karşılaştığımız meme apsesinin altından MPSHK gibi nadir malign bir durum çıkabilir ve meme apsesini bildik yöntemlerle tedavi çabası altında yatan bu hastalığın tanı ve tedavisinde gecikmelere sebep olabilir. Özellikle postmenapozal hastalarda tedaviye dirençli meme apsesi ile karşılaşıldığında, MPSHK akılda tutulmalı ve apse duvarından geniş doku biyopsi örneklemeleri yapılmalıdır. İyileşmenin gecikmesi halinde biyopsiyi tekrarlamaktan imtina edilmemelidir.

KAYNAKLAR

1. Behranwala KA, Nasiri N, Abdullah N, et al. Squamous cell carcinoma of the breast: clinico-pathologic implications and outcome. Eur J Surg Oncol 2003;29:386-389.
2. Stevenson JT, Graham DJ, Khiyami A, Mansour EG. Squamous cell carcinoma of the breast: a clinical approach. Ann Surg Oncol 1996;3:367-374.
3. Znati K, Bennis S, Abbas F, et al. Pure Primary squamous cell carcinomas of the breast: a report of eight cases. J Medical Cases 2010;1:23-26.
4. Flikweert ER, Hofstee M, Liem MS. Squamous cell carcinoma of the breast: A case report. World J Surg Oncol 2008;6:135.
5. Kurpad V, Prabhu C, Ramesh M. K, Harindranath, H. R. Primary Denovo Squamous Cell Carcinoma Breast Masquerading as Breast Abscess. Indian J Surg Oncol 2013;4:48-51.
6. Damin AP, Nascimento FC, Andreola JB, et al. Primary epidermoid carcinoma of the breast presenting as a breast abscess and sepsis. Sao Paulo Med J 2011;129:24-427.
7. Hennessy BT, Krishnamurthy S, Giordano S, et al. Squamous cell carcinoma of the breast. J Clin Oncol 2005;23:7827-7835.
8. Farrand R, Lavigne R, Lokich J, et al: Epidermoid carcinoma of the Breast. J Surg Oncol 1979;12:207-212.
9. Nair VJ, Kaushal V, Atri R. Pure squamous cell carcinoma of the breast presenting as a pyogenic abscess: a case report. Clin Breast Cancer 2007;7:713-735.
10. Liu J, Yu Y, Sun J, et al. Clinicopathologic characteristics and prognosis of primary squamous cell carcinoma of the breast. Breast cancer research and treatment 2015;149:133-140.