



Apocrine Carcinoma of the Breast: Case Report

Memenin Apokrin Karsinomu: Olgu Sunumu

Ayktut Soyder¹, Serdar Özbaş¹, Füsün Taşkın², Muhan Erkuş³

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

³Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

ABSTRACT

Apocrine carcinoma of the breast is a relatively rare subgroup of breast tumors and comprises 1-4% of all breast carcinomas. The case is a 49 year-old postmenopausal woman. Two different lumps located near to each other at the left upper quadrant were both reported as invasive ductal carcinoma after core needle biopsy. The patient had undergone breast conserving surgery and sentinel lymph node biopsy of axilla with blue dye after wire localization of the masses. Since the lymph node biopsy was found to be metastatic, level I-II axillary dissection was performed on the patient. Pathology revealed apocrine carcinoma with 1 of 16 dissected lymph nodes and was evaluated as metastasis and the oncology department planned chemotherapy with 4 cycles Epirubicin-Cyclophosphamide protocol followed by radiotherapy.

Key words: Breast, apocrine carcinoma, treatment

ÖZET

Apokrin meme kanseri, meme tümörlerinin nadir görülen bir alt grubu olup tüm meme kanserlerinin %1-4'ünü oluşturmaktadır. Olgu 49 yaşında postmenapozal kadın hastadır. Sol meme üst dış kadranda saptanan yakın lokalizasyonlu iki ayrı kitlenin yapılan kesici iğne biyopsisi sonucu invaziv duktal karsinom gelmesi üzerine; aksillası klinik ve radyolojik olarak negatif olan hastaya kitlelerin ayrı ayrı tel ile işaretlenmesi eşliğinde sol meme koruyucu cerrahi ve mavi boya kullanılarak sentinel lenf nodu biyopsisi uygulandı. Aksilladan eksize edilen sentinel lenf bezinin metastatik gelmesi üzerine level 1-2 aksiller lenf nodu diseksiyonu uygulandı. Patoloji sonucu apokrin karsinom, aksilladan çıkarılan 16 lenf nodundan birinde metastaz saptanması üzerine hastaya onkoloji kliniği tarafından adjuvan kemoterapi olarak 4 kür Epirubisin-Siklofosfamid protokolü ve sonrasında radyoterapi planlandı.

Anahtar sözcükler: Meme, apokrin karsinom, tedavi

Giriş

Apokrin karsinom, apokrin hücrelerden köken alan meme kanserlerinin nadir görülen bir alt tipidir (1, 2). Tüm meme kanserlerinin %1-4'ünü oluşturduğunu bildiren çalışma serilerinin yanı sıra bu oranın %0,3 ile %14,5 arasında olduğunu savunan çalışmalar da mevcuttur (3, 4). Apokrin karsinom klinik seyir, prognoz, mamografi ve ultrasonografi (US) bulguları yönünden memenin diğer kanser türleri ile benzer özellikler taşır (5). Her yaş grubunda görülmekle beraber postmenapozal ve ileri yaş kadınlarda daha sık olduğu belirtilmiştir (6). Burada 49 yaşında sol memede apokrin karsinom tanısı alan olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

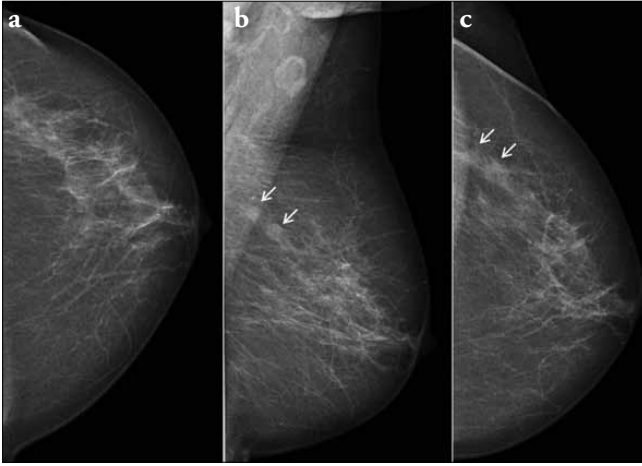
Sol memede ele gelen kitle nedeniyle polikliniğimize başvuran 49 yaşında kadın hastanın yapılan muayenesinde sol meme üst dış kadranda lokalizasyonunda palpe edilen bir adet yaklaşık 1,5 cm çapında sert, düzgün sınırlı ve mobil kitle saptandı. Sağ meme ve her iki aksillanın muayenesi olağandı. Hastanın yapılan mamografi tetkikinde sol meme üst dış kadranda lokalize periferik yerleşimli ve aksiller kuyruğa yakın 10 mm ve 7 mm çapta iki adet düzensiz-belirsiz kenarlı, kuşkuyla malign özellikler taşıyan lezyon saptandı (Resim 1). US'de, 10x6 mm ve 7x5 mm boyutta, belirsiz-düzensiz kenarlı, ileri derecede hipoekoik solid iki lezyon izlendi. Renkli Doppler US incelemede lezyonlarda düzensiz-karma tipte damarlanma varlığı görülerek BI-RADS kategori: IVc olarak raporlandı (Resim 2). Sağ meme ve bilateral aksilla normal olarak değerlendirildi. Bunun üzerine, US kılavuzluğunda otomatik tabanca ile yapılan 14G kesici iğne biyopsisi sonucunda invaziv duktal karsinom gelmesi üzerine hastaya meme koruyucu cerrahi ve sentinel lenf nodu biyopsisi planlandı. Hastanın onamı alındıktan sonra sol memedeki iki ayrı lezyonun tel ile işaretlenmesi sonrası tek kesiden iki odağın çıkarılması şeklinde lumpektomi uygulandı (Resim 3). Sentinel lenf nodu biyopsisinin metastatik gelmesi üzerine aksiller lenf nodu diseksiyonu yapıldı. Patoloji sonucu sol meme apokrin karsinomu olarak raporlandı (Resim 4). Tümörün en büyük boyutu 2 cm olup tüm cerrahi sınırlar salımdı. "Gross cystic disease fluid protein-15" (GCDFP-15) ile pozitif, progesteron reseptörleri (PR) ile %5, (östrojen reseptörleri) ER ile (-), c-erb B₂ +3 boyanan apokrin karsinom tanısı konmuştur. Sentinel lenf nodu metastatik özellikteydi ve en büyük çapı 1,4 cm olarak ölçüldü, aksilladan diseke edilen

This case was presented at the 11th National Breast Diseases Congress, 5-9 October 2011, Antalya, Turkey. Bu olgu, 11. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi'nde sunulmuştur, 5-9 Ekim 2011, Antalya, Türkiye.

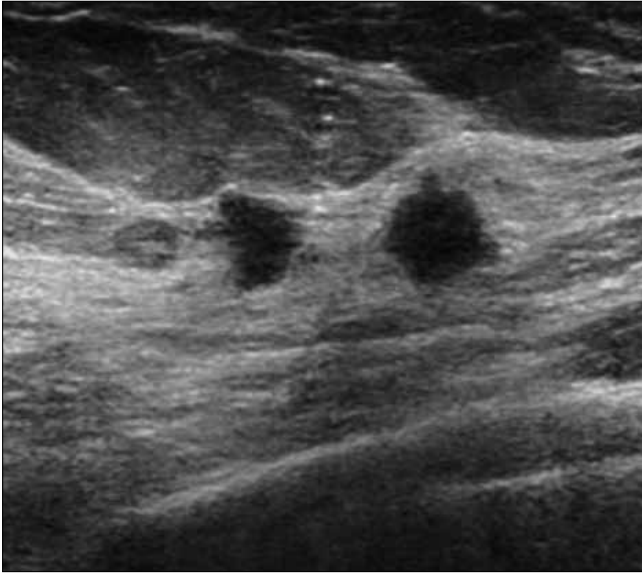
Address for Correspondence/Yazışma Adresi:

Ayktut Soyder, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye
Phone / Tel.: +90 256 444 12 56 e-mail / e-posta: asoyder@yahoo.com

Received / Geliş Tarihi: 31.10.2011
Accepted / Kabul Tarihi: 11.08.2012



Resim 1. Sol memenin kraniokaudal (CC), mediolateral (MLO) ve lateralize kraniokaudal (xCC) mamogramlarında; Aksiller kuyruk lokalizasyonundaki lezyonlar "CC" grafide grafi dışı kalmaktadır (a). MLO grafide sol meme üst kadranda lokalize, glanduler dokuya eş dansitede, kısmen belirsiz kenarlı iki lezyon izlenmektedir (b). Lateralize CC mamogramda iki lezyon da, düzensiz-belirsiz sınırlı olarak görülmektedir (beyaz ok, c)

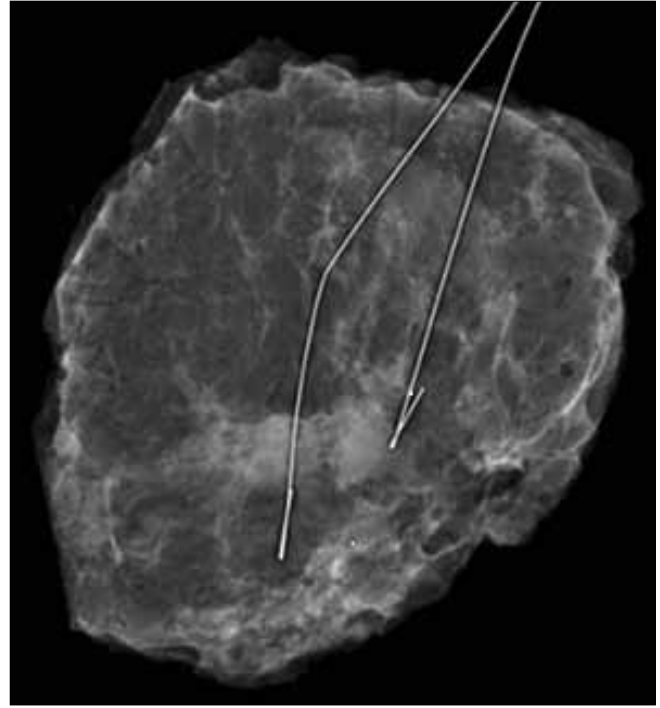


Resim 2. Sol meme transvers sonogram: Sol meme üst dış kadranda, düzensiz kenarlı, kötü sınırlı, belirgin hipoeoik iki solid lezyon izleniyor

15 adet lenf nodu reaktif olarak saptandı. Hastaya onkoloji kliniği tarafından adjuvan kemoterapi 4 kür Epirubisin-Siklofosamid protokolü ve sonrasında radyoterapi planlandı.

Tartışma ve Sonuçlar

Apokrin karsinomlar genellikle in situ ve invaziv duktal karsinomun bir varyantıdır. Ancak apokrin farklılaşma in situ ve invaziv lobuler karsinomda da tarif edilmiştir. Apokrin karsinom tanısını yaygın apokrin değişiklik içeren malign tümörlerle sınırlamak gerekmektedir, çünkü diğer meme kanserlerinin yaklaşık %10'unda fokal apokrin farklılaşma görülebilmektedir. Bundan dolayı Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 meme tümörleri sınıflamasında apokrin karsinom tanımı, tümör hücrelerinin %90'dan fazlasının sitolojik ve immünohistokimyasal olarak apokrin hücre özelliklerini göstermesi

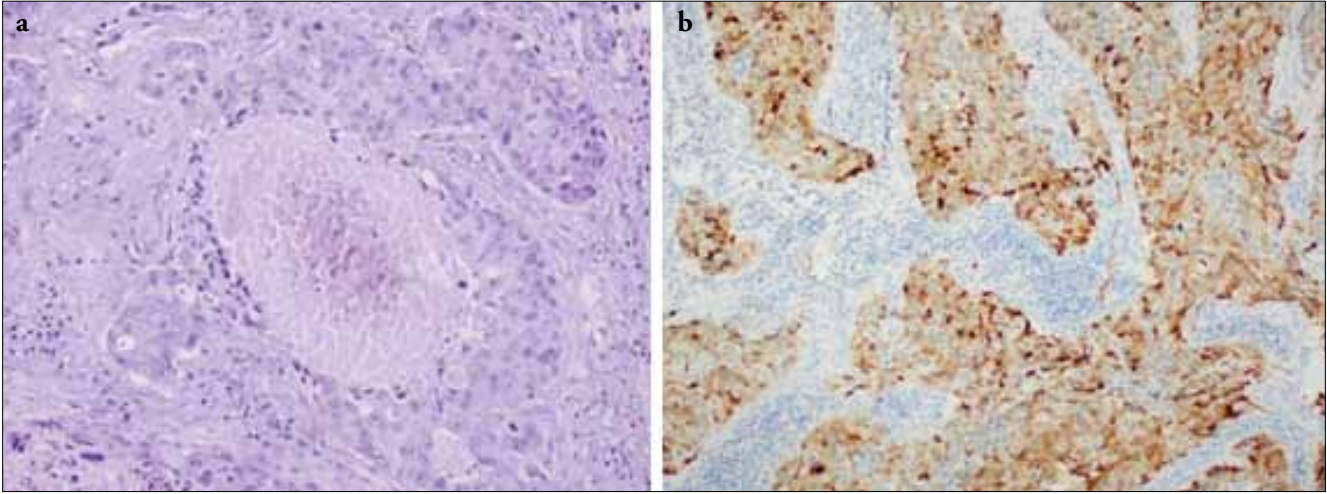


Resim 3. Büyütülmüş spesmen mamogramında telle işaretli lezyonların tamamen eksize edildiği görülüyor

ile karakterize tümörler şeklinde yapılmıştır (7). Tümör hücreleri iri, geniş eozinofilik granüler sitoplazmalı, belirgin nukleollü olup tübüler yapılar ve kordonlar oluşturmakta yada solid bir yapı göstermektedir. Olguların çoğunda GCDFP-15 pozitifdir. Bu antikor hücrelerde apokrin farklılaşmayı gösterir. Ancak apokrin karsinom dışındaki diğer malign meme tümörlerinde de GCDFP-15 pozitifliği görülebilir. GCDFP-15'in apokrin karsinomlarda ekspresyonu hakkında literatürde %12-72 gibi değişen farklı oranlar belirtilmektedir (8). Östrojen ve progesteron reseptörleri genellikle negatif, buna karşın androjen reseptörleri pozitifdir. Olguların yarısında c-erbB2 overekspresyonu vardır ve bu genellikle histolojik grad'ı yüksek, lenf nodu metastazı olan ve hormon reseptörleri negatif tümörlerde görülmektedir. Buna rağmen prognozu aynı grad ve evredeki invaziv duktal karsinomlar ile benzerdir.

Apokrin karsinomlar ile apokrin dışı duktal karsinomlar arasında klinik, mamografik ve prognostik özellikler bakımından belirgin farklılıklar yoktur. Apokrin karsinom görülme sıklığının çeşitli çalışmalarda %0,3-14,5 gibi geniş bir aralıkta verilmesinin nedeni bu olguların tanımlanmasında kullanılan metotların ve tanıl kriterlerin çeşitliliğidir (4).

Apokrin karsinomda multisentrisite görülme oranı memenin diğer malign tümörlerine göre daha sıktır (1). Mamografi ve US'de invaziv duktal karsinomu taklit eden özellikler gösterir. En sık klinik bulgusu bizim olgumuzda olduğu gibi memede üst dış kadranda kitle olmakla birlikte yapılan mamografi tetkiklerinde sadece mikrokalsifikasyon saptanması şeklinde farklılıklar görülebilmektedir. Özen ve ark. (6) 6 apokrin meme karsinomu olgularında serilerinde olguların meme lezyonlarının 2-4 cm arasında değişmekte ve en sık üst dış kadranda yerleşmiş olduğunu bildirmişlerdir. Frable ve Kay (9) takip ettikleri 19 olguyu kapsayan serilerinde tümör boyutunun 2-10 cm arasında değiştiğini 8 olguda tümör büyüklüğünün 2-5 cm, 7 olguda ise 5-10 cm arasında olduğunu yayınlamışlardır. Bu seride de tümör yerleşimi en sık üst dış kadranda bulunmuştur. Gilles ve ark. (10) 1979-1992 yılları arasında



Resim 4. Tümöre ait histopatolojik görüntüler a) (HE x250) Santral nekroz gösteren infiltratif tümör alanları. b) (x200) GCDPF-15 immün reaktivitesi

yaptıkları 17 olguluk bir çalışmada olguların mamografik özelliklerini ve klinik davranışlarını değerlendirmişler ve apokrin karsinomun radyolojik özelliklerini incelemişlerdir. Çalışmaya dahil edilen olguların 12 tanesinde palpe edilebilen tek bir kitle, 1 tanesinde multipl kitle, 2'sinde meme başı akıntısı ve 2 olguda da palpe edilemeyen lezyon bulmuşlardır. Olguların mamografik incelemesinde 13'ünde mikrokalsifikasyon tespit edilmiştir. Bu olguların takipleri sonucunda mamografi bulgularının memenin duktal karsinomlarından ayırt edecek radyolojik bulguları olmadığını ve mamografi bulgularına göre prognozun memenin diğer tümörleri ile benzerlik gösterdiği sonucuna varmışlardır.

Günümüzde WHO'nun tanımının getirdiği kıstaslarla apokrin meme kanserinde histopatolojik inceleme doğru tanıda daha da önem kazanmıştır. Japaze ve ark. (11) 1991-2001 yılları arasında 122 olguyu kapsayan çalışmalarında apokrin meme kanserinin ayrı özelliklere sahip kliniko-patolojik bir antite olduğu, duktal meme karsinomlarına oranla daha az agresif seyrettiği ve farklı prognoza sahip olduklarını savunmuşlardır.

Apokrin karsinomda tedavi yaklaşımında genel meme karsinomlarına standart yaklaşımdan bir farkı yoktur. Tek odaklı uygun vakalarda lumpektomi ve sentinel lenf nodu biyopsisi, sentinel lenf nodu pozitifliğinde ise aksiller lenf bezi diseksiyonu ve çok odaklı vakalarda da mastektomi uygulanır. Özen ve ark. (6) serisinde tüm olgulara mastektomi uygulanırken, Frable ve Kay (9) 19 olgunun hepsine basit veya radikal mastektomi yapmıştır. Japaze ve ark. (11) ise 24 olguya meme koruyucu cerrahi, 13 olguya mastektomi yapmışlardır. Tümör büyüklüğü, aksillanın durumu ve reseptörlerin pozitifliğine göre sistemik kemoterapi, hormonoterapi ve eksternal radyoterapi cerrahi tedaviye eklenmektedir. Bu nedenle olgumuzda uygulanan meme koruyucu cerrahi, sentinel lenf nodu pozitifliği nedeniyle aksiller lenf bezi diseksiyonu, adjuvan kemoterapi protokolü ve eksternal radyoterapi uygun tedavi olarak görülmektedir.

Sonuç olarak apokrin karsinom meme kanserlerinin nadir görülen bir alt grubudur. Günümüzde tedavi yaklaşımlarında diğer standart meme karsinomlarından bir farkı yoktur. Histopatolojik özelliklerinin yeterince tanımlanması sonrasında görülme sıklığındaki artış nedeniyle geniş serilerin uzun dönem takipleri sonrası prognozları daha iyi anlaşılacaktır.

Conflict of Interest

No conflict of interest was declared by the authors.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patients who participated in this case.

Author Contributions

Concept - A.S.; Design - A.S., S.Ö.; Supervision - S.Ö.; Funding - A.S.; Materials - A.S.; Data Collection and/or Processing - A.S., F.T., M.E.; Analysis and/or Interpretation - S.Ö.; Literature Review - A.S.; Writer - A.S., F.T.; Critical Review - S.Ö.; Other - F.T.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastalardan alınmıştır.

Yazar Katkıları

Fikir - A.S.; Tasarım - A.S., S.Ö.; Denetleme - S.Ö.; Kaynaklar - A.S.; Malzemeler - A.S.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - A.S., F.T., M.E.; Analiz ve/veya yorum - S.Ö.; Literatür taraması - A.S.; Yazıyı yazan - A.S., F.T.; Eleştirel İnceleme - S.Ö.; Diğer - F.T.

Kaynaklar

- O'Malley FP, Bane AL. The spectrum of apocrine lesions of the breast. *Adv Anat Pathol* 2004; 11: 1-9. (PMID:14676636) [\[CrossRef\]](#)
- Warner JK, Kumar D, Berg WA. Apocrine metaplasia: mammographic and sonographic appearances. *Am J Roentgenol* 1998; 170: 1375-9. (PMID:9574619) [\[CrossRef\]](#)
- d'Amore ES, Terrier-Lacombe MJ, Travagli JJ, Friedman S, Contesso G. Invasive apocrine carcinoma of the breast: a long term follow-up study of 34 cases. *Breast Cancer Res Treat* 1988; 12: 37-44. (PMID: 2848603) [\[CrossRef\]](#)
- Eusebi V, Millis RR, Cattani MG, Bussolati G, Azzopardi JG. Apocrine carcinoma of the breast. A morphologic and immunocytochemical study. *Am J Pathol* 1986; 123: 532-41. (PMID: 3717305)
- Takeuchi H, Tsuji K, Ueo H, Kano T, Maehara Y. Clinicopathological feature and long-term prognosis of apocrine carcinoma of the breast in Japanese women. *Breast Cancer Res Treat* 2004; 88: 49-54. (PMID:15538045) [\[CrossRef\]](#)

6. Özen O, Sar A, Demirhan B. Memenin Apokrin Karsinomunun Ayırıcı Tanısında Morfolojik, Histokimyasal ve İmmunhistokimyasal Bulgular. *Meme Sağlığı Dergisi* 2007; 3: 69-74.
7. Apocrine carcinoma. In: Tavassoli AF and Devilee P, eds. WHO classification of tumours. Tumours of the breast and female genital organs. IARC Press Lyon, 2003: 36-7.
8. Abati AD, Kimmel M, Rosen PP. Apocrine mammary carcinoma. A clinicopathologic study of 72 cases. *Am J Clin Pathol* 1990; 94: 371-7. (PMID: 2171320)
9. Frible WJ, Kay S. Carcinoma of the breast: Histologic and clinical features of apocrine tumors. *Cancer* 1968; 21: 756-63. (PMID:4296681) [\[CrossRef\]](#)
10. Gilles R, Lesnik A, Guinebretière JM, Tardivon A, Masselot J, Contesso G, et al. Apocrine carcinoma: clinical and mammographic features. *Radiology* 1994; 190: 495-7. (PMID:8284405)
11. Japaze H, Emina J, Diaz C, Schwam RJ, Gercovich N, Demonty G, et al. 'Pure' invasive apocrine carcinoma of the breast: a new clinicopathological entity? *Breast* 2005; 14: 3-10. (PMID: 15695074) [\[CrossRef\]](#)