

MEME KANSERİNİ TAKLİT EDEN LEZYON: KERATOAKANTOM

Erdirnç Kamer¹, Haluk Recai Ünalp¹, Cengiz Tavusbay², Murat Ermete³, Mehmet Ali Önal¹

¹İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4.Genel Cerrahi Kliniđi, İzmir, Türkiye

²İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2.Genel Cerrahi Kliniđi, İzmir, Türkiye

³İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İzmir, Türkiye

Bu çalışma, IX. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi'nde poster olarak kabul edilmiştir.

ÖZET

Meme derisinde görülen keratoakantom (KA)'lar hızlı büyümesi ve ülserlenebilmesi nedeniyle klinik olarak meme karsinomu ile karıştırılabilir. Biz meme derisinden kaynaklanan, klinik olarak meme karsinomu taklit eden soliter KA lu bir olguyu sunduk. 65 yaşındaki bayan hasta sol meme üst dış kadranda yaklaşık 30 × 30 mm boyutunda kenarları düzensiz, central ülserle, ekzoftik, kötü kokulu lezyon ile kliniğimize başvurdu. Mamografide papillaya yakın projeksiyon oluşturan, yüzeysel yerleşim gösteren, lüsent bir halosu olan, lobüle yumuşak doku kitlesi olarak görülmüş olup kitle çevresine yaklaşan meme işaretlerinde herhangi distorsiyon, çekilme, ve spikülasyon görülmemiştir. Meme ultrasonografisinde lezyon cilde sınırlı ve ciltten vegetan kabanklık gösteren tümöral oluşum olarak izlenmiş olup memede herhangi invazyon bulgusu görülmemiştir. Klinik olarak meme karsinomu düşünölen lezyona lokal anestezi altında fusiform partial eksizyonel biyopsi uygulandı. Histopatolojik incelemesi KA ile uyumlu idi. Lokal anestezi altında eksizyonel biyopsi ile kitle tamamen çıkartıldı. Adjuvant kemoterapi uygulanmayan hasta operasyondan sonra 15 ay takip edildi. Rekürrens gelişmedi.

Anahtar sözcükler: meme, kanser, keratoakantom

LESION MIMICKING CARCINOMA OF THE BREAST: KERATOACANTHOMA

ABSTRACT

Keratoacanthoma (KA) of the breast can be mistaken for breast carcinoma due to its rapidly growing and ulcerating nature. Here we present a case with solitary KA originating from breast skin which clinically resembled breast carcinoma. A 65-year-old woman admitted with a 30 × 30 mm exophytic lesion on the upper outer quadrant of her left breast with irregular margins, ulcerated center, and an unpleasant scent. Mammography revealed a soft and lobulated tissue mass with a superficial localization and a lucent halo which makes projections close to the papilla. However no distortion, retraction or spiculation was observed around this mass. Breast ultrasound revealed that the tumoral mass which caused a vegetative protuberation was limited with the skin and did not invade breast tissue. The lesion was considered breast carcinoma on clinical grounds and fusiform partial excisional biopsy was performed under local anesthesia. Histopathological exam revealed KA. The mass was then excised totally by excisional biopsy under local anesthesia. The patient did not develop recurrence for up to 15 months of follow-up period even without receiving any adjuvant chemotherapy.

Key words: breast, cancer, keratoacanthoma

İnsidensi 150/100,000 olan keratoakantomlar (KA), ağrısız hızlı büyümesi ve bir kısmının spontan iyileşmesi ile karakterize cilt tümörleridir (1-3). Bu lezyonlar genellikle soliterdir fakat daha az oranda multipl da olabilirler. Sıklıkla orta ve ileri yaştaki kişilerin güneş gören cilt bölgelerinde ortaya çıkan bu lezyonlara memede nadiren rastlanır. Hızlı büyümesi ve ortası ülserle kraterli görünümü nedeniyle klinik olarak meme karsinomu ile karıştırılabilir (1). Tanı lezyonun klinik görünümü yanısıra ince iğne aspirasyon biyopsisi, insizyonel veya eksizyonel biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesiyle konur (1,2). Soliter KA ların standart tedavisi, squamöz hücreli karsinomda (SHK) yapıldığı gibi 3-4 mm lik cerrahi sınır korunarak lezyonun eksize edilmesidir (3). Biz meme derisinden kaynaklanan, klinik olarak meme karsinomu taklit eden soliter KA lu bir olguyu sunduk.

Olgu Sunumu

Sol memesinde 13 aydır hızla büyüyen, akıntı ve kötü koku oluşturan yara şikayeti ile başvuran 65 yaşındaki post-menopozal ba-

yan hasta kliniğimizde göröldü. Fizik incelemede sol meme üst dış kadranda areolaya 15-mm uzaklıkta yaklaşık 30 × 30 mm boyutunda kenarları düzensiz, merkezi ülserle, ekzoftik, kötü kokulu lezyon tespit edildi (Şekil 1). Aksiller ve supraklaviküler lenf nodu saptanmadı. Hastanın ve ailesinin geçmişinde deri ve meme hastalığı ile ilgili bir özellik yoktu. Mamografide papillaya yakın projeksiyon oluşturan, yüzeysel yerleşim gösteren, lüsent bir halosu olan, lobüle yumuşak doku kitlesi göröldü. Kitle çevresine yaklaşan meme dokusunda herhangi distorsiyon, çekilme ve spikülasyon saptanmadı (Şekil 2). Meme ultrasonografisinde lezyonun sadece cilde lokalize olduğu, meme dokusuna invazyon yapmadığı, lezyonun meme tümöründen çok bir cilt tümörü ile uyumlu olduğu düşünöldü. Laboratuvar ve CA 15-3 normal sınırlarda idi. İnce iğne aspirasyon biyopsisi keratin lamellerinden ibaret olup tanısaldı. Klinik olarak meme karsinomu düşünölen lezyona lokal anestezi altında fusiform insizyonel biyopsi uygulandı. Histopatolojik incelemesi KA ile uyumlu idi. Lezyon ikinci seansta lokal anestezi altın-



Şekil 1. Klinik olarak meme karsinomu ile karışan deri lezyonu

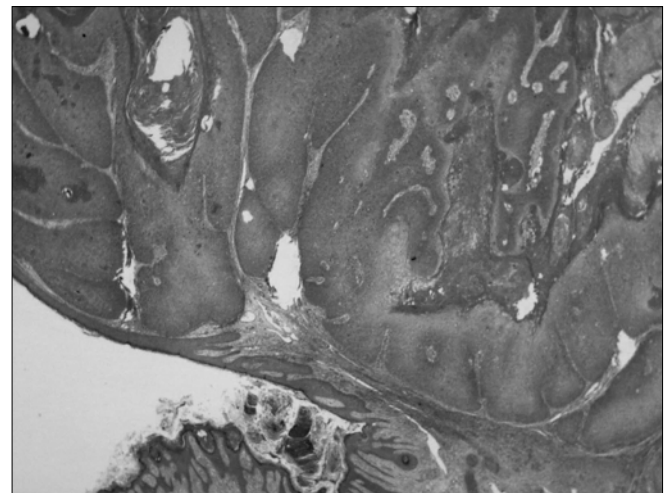
da sınırlardan en az 3-4 mm. lik cerrahi sınır korunarak tamamen çıkartıldı. Makroskopik olarak 60 x 30 mm boyutlarında deri elipsi üzerinde yaklaşık 3 cm çaplı yüzeyden 1 cm kabanklık gösteren ülserle nodüler lezyon içeren eksizyon materyali. Histopatolojik incelemede, kesitlerde çevrede olağan görünümde epidermis, ortada keratin tıkaç altında matür görünümlü iyi sınırlı epidermal proliferasyon alanlarından oluşan krater tarzında lezyon izlendi. Keratoakantom ile uyumlu idi (Şekil 3). Lezyonda invaziv duktal karsinom, invaziv olmayan duktal karsinom yada diğer metaplastik karsinom özellikleri yoktu. Bu nedenle başka bir tedavi verilmeden hasta postoperatif 15 ay takip edildi. Nüks gelişmedi.

Tartışma

Memede görülen ekzofitik, hızla ilerleyen lezyonlarda klinik olarak öncelikle meme karsinomu (T4) düşünülür (4). Ancak ayırıcı tanıda meme cildinin benign ve malign tümörleri ile metastatik lezyonları da düşünölmelidir (5). Visceral neoplazilerin cilde metastaz oranını %5.3'dür. Melanom, lösemi ve lenfomalar hariç tutulduğunda cilt metastazlarının en sık sebebi (%24) meme kanserleridir. Cilde metastaz yapan diğer kanserler: renal (%4.0); ovarian (%3.8); mesane (%3.6); akciğer (%3.4); kolorektal (%3.4) ve prostat (%0.7) kanserleridir. Bütün kutanöz neoplazmların ise %75.5'i malign tümör, %18.3'ü benign tümör ve %9.2si tümör benzeri lezyonlardır (6). Primer cilt tümörleri içinde bazal hücreli karsinom (BHK), SHK ve KA'lara sık rastlanır (1,7). KA'lar sıklıkla orta-ileri yaştaki kişilerin güneş gören bölgelerinde ortaya çıkarlar ve sıklıkla SHK ile karışır. KA'ların gelişmesinde ultraviyole ışık başta olmak üzere genetik faktörler, immunosupresyon, kimyasal karsinojenler, virüsler, travma, radyoterapi, deri greftlerinden sonra donör bölgede, lazer uygulamaları rol oynayabilir (1,3,8). Ayrıca SHK, BHK ve lentigo maligna'nın tedavisi için uygulanan Mohs mikrografik cerrahi ve küretaj uygulamasından sonra yara bölgesinde de gelişebilirler(3). Bu lezyonlar genellikle soliterdir fakat multipl da olabilirler ve sıklıkla endoekzofitik kitle şeklinde görülür (1,3). Tanıda kısa öykü ve fizik muayene önemlidir. Hastaların, lezyonun büyümesini yada lezyonun büyüüp sonra küçüldüğünü söylemesi, genellikle saçlı



Şekil 2. Mamografide papillaya yakın projeksiyon oluşturan, yüzeyel yerleşim gösteren lezyon.



Şekil 3. Kenarda olağan görünümde epidermis izlenen, krater tarzında matür görünümlü epidermal adaların dermise doğru iyi sınırlı proliferasyonu (HE x 120)

deride veya güneş gören yerlerde merkezinde keratin plak görülmesi genellikle lezyonun SHK yada keratoakantom olduğunu düşündürür. Bununla birlikte, lezyonun meme derisinde olması ve hızlı büyümesi hem hastayı hem de hekimi endişelendirir. Tanıda

klinisyenin tecrübesinin yanında ince iğne aspirasyon biyopsisi, insizyonel biyopsi yada eksizyonel biyopsi oldukça önemlidir (1,2). KA'un tanısında sitolojik özelliklerinden çok yapısal özellikleri önem taşır. KA ve SHK'un hücresel özellikleri benzerlik göstermesine karşılık yapısal özellikleri ayırıcı tanıda önemli rol oynar. SHK ile KA'un ayırıcı tanısında duyarlı yada özgül kriterler yoktur (1).

KA'ların esas tedavisi cerrahidir. Bunun yanısıra küretaj, radyoterapi, sistemik tedaviler (retinoid, methotrexate, siklofosamid, 5-FU gibi ajanlar) ve lokal tedaviler (5-FU, bleomisin, metotreksat, interferon α -2a, triamcinolone gibi ajanların ve imiquimod, %10'luk so-

lasodin glikosid karışımı gibi kremler) yapılabilir (1,9). KA'lar tedavi edilmezlerse 4-24 ay yada daha uzun bir sürede kendiliğinden gerilerler (3). Ancak; a) KA ile hızlı büyüyen SCC'nin ayırıcı tanısının güç olması; b) Bazı çalışmalarda KA'ların yalnız %20'sinde spontan regresyonun görülmesi; c) Büyük lezyonlarda spontan regresyonun büyük lezyonlarda uzun sürede ve kötü kozmetik sonuçla iyileşmesinin gösterilmesi; d) Spontan regresyonun beklenmesinin hastada anksiyeteye neden olması nedeniyle, özellikle soliter KA'ların standart tedavisinde 3-4-mm'lik cerrahi sınır korunarak tamamen cerrahi eksizyonunu geçerli kılmıştır (1-3). Tamamen ekizyon aynı zamanda KA için küratif bir yaklaşımdır.

Kaynaklar

1. Schwartz AR. Keratoacanthoma: a clinico-pathologic enigma. *Dermatol Surg* 2004; 30:326-333. (PMID: 14871228)
2. Griffiths RW. Keratoacanthoma observed. *Br J Plast Surg* 2004; 57:485-501. (PMID: 15308394)
3. Goldberg LH, Silapunt S, Beyrau KK, Peterson SR, Friedman PM, Alam M. Keratoacanthoma as a postoperative complication of skin cancer excision. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50:753-758. (PMID: 15097960)
4. Shen J, Valero V, Buchholz TA, Singletary SE, Ames FC, Ross MI, Cristofanilli M, Babiera GV, Meric-Bernstam f, Feig B, Hunt KK, Kuerer HM. Effective local control and long-term survival in patients with T4 locally advanced breast cancer treated with breast conservation therapy. *Ann Surg Oncol* 2004; 11:854-860. (PMID: 15313733)
5. Kurul S, Taş F, Büyükbabani N, Mudun A, Baykal C, Camlica H. Different manifestations of malignant melanoma in the breast: a report of 12 cases and a review of the literature. *Jpn J Clin Oncol* 2005; 35:202-206. (PMID: 15845569)
6. Krathen RA, Orengo IF, Rosen T. Cutaneous metastasis: a meta-analysis of data. *South Med J* 2003; 96:164-167. (PMID: 12630642)
7. Schwartz RA, Tarlow MM, Lambert WC. Keratoacanthoma-like squamous cell carcinoma within the fibroepithelial polyp. *Dermatol Surg* 2004; 30:349-50. (PMID: 14871233)
8. Pattee SF, Silvis NG. Keratoacanthoma developing in sites of previous trauma: a report of two cases and review of the literature. *J Am Acad Dermatol* 2003; 48:35-8. (PMID: 12582383)
9. Dendorfer M, Oppel T, Wollenberg A, Prinz JC. Topical treatment with imiquimod may induce regression of facial keratoacanthoma. *Eur J Dermatol* 2003; 13:80-2. (PMID: 12609789)

İletişim

Erdoğan Kamer
Tel : 0 (232) 244 44 44
E-Posta : erdinc.kamer@gmail.com