

PERİDUKTAL STROMAL SARKOM

Haluk Recai Ünalp¹, Taner Akgüner¹, Erdinç Kamer¹, Seyran Yiğit², Mehmet Ali Önal¹

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

²İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Bölümü, İzmir, Türkiye

Bu çalışma VIII. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi 2005'de sunulmuştur

Memenin malign mezenşimal tümörleri nadirdir ve tüm malign meme tümörleri içindeki insidensi %1-3 arasındadır. Memenin malign mezenşimal tümörlerinin alt grubu olan periduktal stromal sarkomlar ise oldukça nadir görülürler. Memenin periduktal sarkomunda ilk tedavi seçeneği negatif margin ile tümörün eksizyonudur. Bu hastalarda radyoterapi ve kemoterapinin rolü halen tartışmalıdır.

Bu yazıda memede periduktal stromal sarkom nedeniyle meme koruyucu cerrahi yapılan ve kemoterapi veya radyoterapi uygulanmayan 52 yaşındaki bir kadın hasta sunuldu. Hastada on altı aylık takip sonunda lokal rekürrens veya metastaz saptanmadı.

PERIDUCTAL STROMAL SARCOMA

Malignant mesenchymal tumours of the breast are rare neoplasms, and their incidence varies from 1%-3% of all malignant breast tumours. Periductal stromal sarcoma of the breast which a rare subgroup of malignant mesenchymal tumours is an extremely uncommon tumour. Excision of tumor with a negative margin is the primary modality in treatment of periductal stromal sarcoma of the breast. The role of radiotherapy and chemotherapy is still controversial in these patients.

We report herein the case of a 52-year-old women in whom a periductal stromal sarcoma of the breast was managed with breast preserving surgery without radiotherapy or chemotherapy. No locally recurrence or metastasis was detected in the patient during sixteen months follow-up.

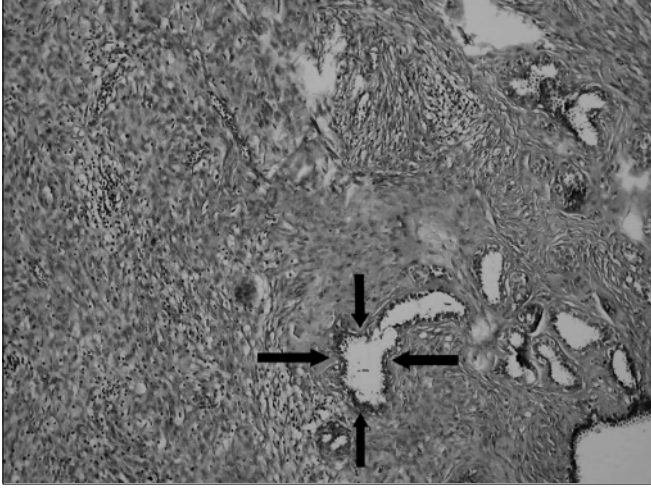
Tüm memede tümörleri içindeki malign mezenşimal tümör insidensi %1-3 arasındadır. Bu grup içinde yer alan, çevre yağ dokusunda ve tübüller çevresinde sarkomatöz iğsi hücre proliferasyonu ile karakterize periduktal stromal sarkom (PDSS) ise memenin oldukça nadir görülen bifazik tümörlerindedir (1,2). Günümüzde ana tedavi cerrahi olarak tümörün çıkarılmasıdır. Kemoterapi ve/veya radyoterapiyi içeren adjuvan tedavilerin faydası konusunda farklı görüşler vardır (3).

Bu yazı ile sol memede kitle nedeniyle müracaat eden, lokal eksizyon sonrası histopatolojik inceleme sonunda PDSS tanısı konan, ancak güvenli cerrahi sınır sağlanamadığı için meme dokusuna genişletilmiş re-eksizyon uygulanan bir olgu sunuldu.

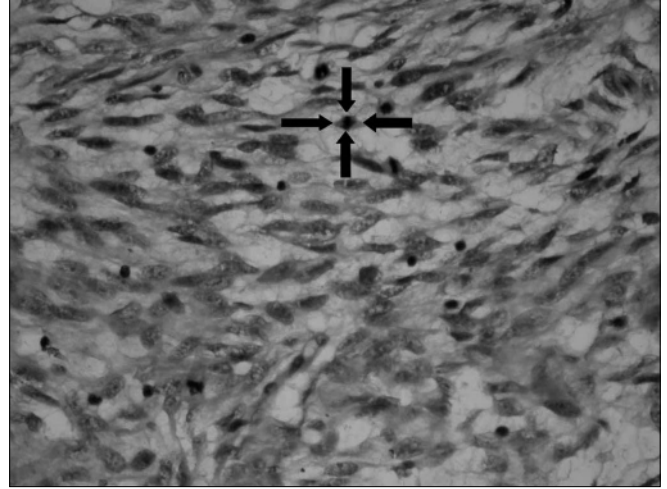
Olgu

Sol memede ele gelen kitle şikayeti ile başvuran 52 yaşındaki kadın hastada fizik muayene ile sol meme üst dış kadranda yaklaşık 3x3 cm. boyutlarında sert, düzgün yüzeyle, hareketli, ağrısız bir kitle palpe edildi. Aksiller muayenede patoloji saptanmadı. Hastanın rutin hematolojik ve biyokimyasal tetkikler ile tümör markerları normal olarak bulundu. Hem ultrasonografi hem de mamografi ile malign kriterler taşımayan 3x2,5 cm'lik kitle tespit edildi. Bunun üzerine ince iğne aspirasyon biopsisi yapıldı. Sitopatolojik

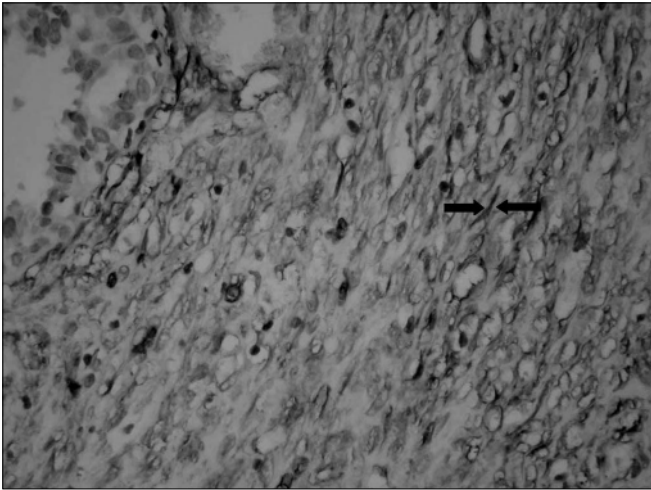
incelemede sitomorfolojik bulgular fibroadenom veya benign filloid tümör lehine olarak yorumlandı. Benign sitoloji nedeniyle neoadjuvant tedavi verilmeyen hastanın tümörü için eksizyonel biopsi uygulandı. Histopatolojik incelemede; makroskopik olarak tümörün yaklaşık 3 cm çapında ve kesit yüzü lobüler desende, kirli sarı-kahve renkte olduğu izlendi. Mikroskopik olarak tümörün bazı alanlarda çevre meme dokusundan iyi sınırlarla ayrıldığı, bazı alanlarda ise infiltratif özellikle olduğu bildirildi. Söz konusu tümörde filloid patern göstermeyen, lümenleri açık tubul ve duktus yapıları yanı sıra stromada belirgin iğsi hücre proliferasyonu izlendi (Resim 1). İğsi hücrelerde hafif atipi ve 10 büyük büyütm alanında 3'den fazla mitoz olduğu belirlendi (Resim 2). CD-34 ile tümör hücrelerinde yaygın sitoplazmik pozitif saptanmış olmakla birlikte CD 117 ve düz kas aktini ile reaksiyon izlenmedi (Resim 3). Bu bulgular ışığında olgu "periduktal stromal sarkom" olarak değerlendirildi. Tümörün stromal komponenti düşük malign potansiyelli idi Ancak "tümör-free margin" elde edilemediği için hastaya meme dokusu genişletilmiş re-eksizyonu ve level-II aksiller diseksiyon uygulandı. Bu materyalin histopatolojik incelemesinde memede tümör dokusu izlenmediği ve aksiller lenf nodunun 0/17 olduğu bildirildi. Hastada postoperatif komplikasyon gelişmedi ancak drenajdan >50ml/gün sero-hemorajik vasıflı geleni oldu ve drenaj mayii azalarak 5. gün 25 ml/gün'ün altına indi. Dreni postoperatif 6. gün çekildi ve hasta taburcu edildi. Hastaya kemoterapi ve



Resim 1. Lümenleri açık duktus yapıları (işaretli) ve stromada iğsi hücre proliferasyonu HE x 44



Resim 2. İğsi hücre alanında belirgin mitotik aktivite (işaretli) HE x 440



Resim 3. Stromal komponentte sitoplazmik yaygın CD 34 pozitifliği (işaretli) DAB x 440

radyoterapi yapılmadı. Onaltı aydır klinik takip altında olan hastada lokal nüks veya metastaz saptanmadı.

Tartışma

Bifazik meme tümörlerinin çoğu fibroadenomlar ve filloid tümörlerdir. Bu gruptaki nadir bir varyant olan PDSS'lar klinik ve radyolojik olarak memenin diğer benign ve malign lezyonlarından ayırt edilemez. Kesin tanının sadece histopatolojik inceleme ile konabildiği bu tümörün histolojik özellikleri; i) Filloid tümör patern göstermeyen açık duktus ve tübüllerin çevresinde atipi ve iğsi hücre proliferasyonu ii) yağ dokusundan ayrılmış bir veya daha fazla nodüllerin varlığı iii) on veya daha fazla alanda stromal mitotik aktivitenin ≥ 3 olması ve iv) çevre meme dokusuna stromal infiltrasyondur (2).

Bu tümörde ana tedavi yöntemi tümörün cerrahi eksizyonudur. Ancak bu tümörün nadir görülmesi nedeniyle hangi yöntemin daha

uygun olduğu konusunda fikir birliği oluşmamıştır. Olgulara cerrahi yaklaşım olarak aksiller diseksiyon ile birlikte veya aksiller diseksiyon yapılmaksızın modifiye radikal mastektomi, lumpektomi veya genişletilmiş lokal eksizyon yapılmıştır (4,5). Burga ve arkadaşları lokal eksizyon sonrası yüksek lokal rekürrens riski olması nedeniyle hastalara mastektomi yapılmasını önermektedir (2). Bu görüşün aksine, Gutman ve arkadaşları, genişletilmiş lokal eksizyonun sonuçlarının mastektominin sonuçlarından farklı olmadığını ve tedavi için genişletilmiş lokal eksizyon yeterli olduğunu iddia etmektedir (4). Callery ve arkadaşlarına göre lokal nükslerin ana nedeni tümörün inkomplet eksizyonudur ve bu nedenle cerrahi rezeksiyondaki ana hedef tümörün negatif marjin ile çıkarılmasıdır (3). Benzer şekilde negatif magrin sağlanan olgularda ortalama yaşam süresinin negatif magrin sağlanamayan olgulara göre belirgin derecede uzun olduğu gösterilmiştir (4,5). Hastamızda eksizyonel biopsi sonrası güvenli marjin sağlanamadı ve bu nedenle memeye genişletilmiş re-eksizyon uygulandı. İkinci operasyon materyalinin histopatolojik incelemesinde rezidü bir tümör dokusu varlığı gösterilemedi.

Pandey ve arkadaşlarının çalışmasında primer meme sarkomlarının daha çok hematojen yolla yayıldığı, daha az oranda ise lenfatik yayılım gösterdiği, klinik olarak olguların %10.5'inde aksiller lenf nodu olduğu bildirilmiştir (5). Ancak PDSS'lu olgularda aksiller diseksiyonun rutin olarak uygulanması tartışmalıdır (4). Burga ve arkadaşları, 20 olguluk serilerinde sadece bir olguya aksiller diseksiyon yaptıklarını bildirdi (2). Olgumuzda her ne kadar radyolojik olarak aksiller bir patoloji gösterilememiş ve bu nedenle mutlak endike değilse de, lenfatik yayılımının varlığını araştırmak amacıyla aksiller lenf nodu örnekleme yapıldı. Metastatik lenf nodu tutulumu bulunamadı.

Sistemik yayımlarda veya hastalığın lokal kontrolünü sağlamak amacıyla cerrahi tedaviye ilave olarak bu hastalarda kemoterapi ve/veya radyoterapinin de uygulanabileceği bildirilmektedir (1,2,6,7). Ancak primer veya metastatik stromal tümörlerde adjuvan kemoterapinin yeri ve etkisi henüz belli değildir ve olguların sadece

küçük bir kısmında klinik yararı gösterilebilmiştir (3,8). Pandey ve arkadaşları meme sarkomu nedeniyle opere ettikleri 19 olgunun sadece 10'una (%52.6) radyoterapi uyguladıklarını, bu olguların 6'sında (%60) radyoterapinin ya pektoral kas tutulumu veya pozitif margin nedeniyle yapıldığını, aynı çalışmada, olguların sadece 2'sine (%10.5) kemoterapi uygulandığını, bu olgulardan birinde tümörün rabdomiyosarkom olduğunu bildirdi (5). Olgumuzda bir yandan negatif marginin sağlandığı geniş bir eksizyon yapılmış olması, aksiller yayılımın gösterilememesi ve tümör markerlerinin normal bulunması, diğer yandan kemoterapi ve radyoterapinin potansiyel yan etkilerinin de göz önüne alınmasıyla, kemoterapi ve/veya radyoterapi yapılmadı. Onaltı aylık takip sonunda hastada lokal nüks veya metastaz saptanmadı.

PDSS konusunda literatürde yayın sayısı ve yapılan yayınlarda ise olgu sayısı çok azdır. Bunun yanı sıra olguların heterojen, takip süresinin genellikle kısa olması ve değişik merkezlerde değişik tedavi protokollerinin uygulanması da standart tedavi ve prognostik faktörler hakkında yorum yapmayı zorlaştırır (5). Bu nedenle biz, bu yazı ile bifazik meme tümörlerinin nadir bir varyantı olan PDSS'un ayırıcı tanısı ve tedavisindeki literatür bilgilerini hatırlatmayı amaçladık. Kemoterapi ve radyoterapi uygulamadan takip ettiğimiz ve lokal nüks ve/veya metastaz saptamadığımız bu olguyu sunmakla, PDSS'lu olgularda, cerrahi rezeksiyon sırasında negatif margin sağlamanın önemine değinmek istedik.

Kaynaklar

1. Chawla S, Deo SV, Shukla NK, Rathi AK, Prakash MB. Stromal sarcoma of the breast: a case report. Indian J Pathol Microbiol. 1998; 41:355-356. (PMID: 9805860)
2. Burga AM, Tavassoli FA. Periductal stromal tumor: a rare lesion with low-grade sarcomatous behavior. Am J Surg Pathol. 2003; 27:343-348. (PMID: 12604890)
3. Callery CD, Rosen PP, Kinne DW. Sarcoma of the breast. A study of 32 patients with reappraisal of classification and therapy. Ann Surg. 1985; 201:527-532 (PMID: 3977455)
4. Gutman H, Pollock RE, Ross MI, Benjamin RS, Johnston DA, Janjan NA, Romsdahl MM. Sarcoma of the breast: implications for extent of therapy. The M. D. Anderson experience. Surgery. 1994; 116:505-509. (PMID: 8079181)
5. Pandey M, Mathew A, Abraham EK, Rajan B. Primary sarcoma of the breast. J Surg Oncol. 2004; 87:121-125. (PMID: 15334638)
6. Bhattacharjee PK, Ghosh S, Choudhury T, Mitra SK, Banerjee S. Stromal sarcoma of breast: a case report. J Indian Med Assoc. 2000; 98:189-190. (PMID: 11016187)
7. Hefny AF, Bashir MO, Joshi S, Branicki FJ, Abu-Zidan FM. Stromal sarcoma of the breast: a case report. Asian J Surg. 2004; 27:339-341. (PMID: 15564192)
8. Tochika N, Kumon M, Ogawa Y, Sugimoto T, Araki K. Stromal sarcoma of the breast with lung metastasis successfully treated by radiotherapy: report of a case. Surg Today. 2000; 30:282-285. (PMID: 10752784)

İletişim

Haluk Recai Ünalp
E-Posta : drhruru@mynet.com