

MEME KARSİNOMUNU TAKLİT EDEN DESMOİD TÜMÖR

Cihan Göktañ¹, Şebnem Örgüç¹, Gülgün Yılmaz Ovalı¹, Peyker Demireli², Kaya Yavuz³

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

²Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

³Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

Bu çalışma 25. Ulusal Radyoloji Kongresi 2004'de sunulmuştur.

44 yaşındaki kadın hastada meme kanserini taklit eden aksiller yerleşimli agresif fibromatozis tipik radyolojik ve histopatolojik özellikleri nedeni ile sunuldu. Desmoid tümör kesin tanının çoğu kez histopatolojik olarak konabildiği nadir görülen benign bir süreçtir. Meme kanserinin ayırıcı tanısında lokal agresif benign tümörler de düşünmelidir.

DESMOID TUMOR MIMICING BREAST CARCINOMA

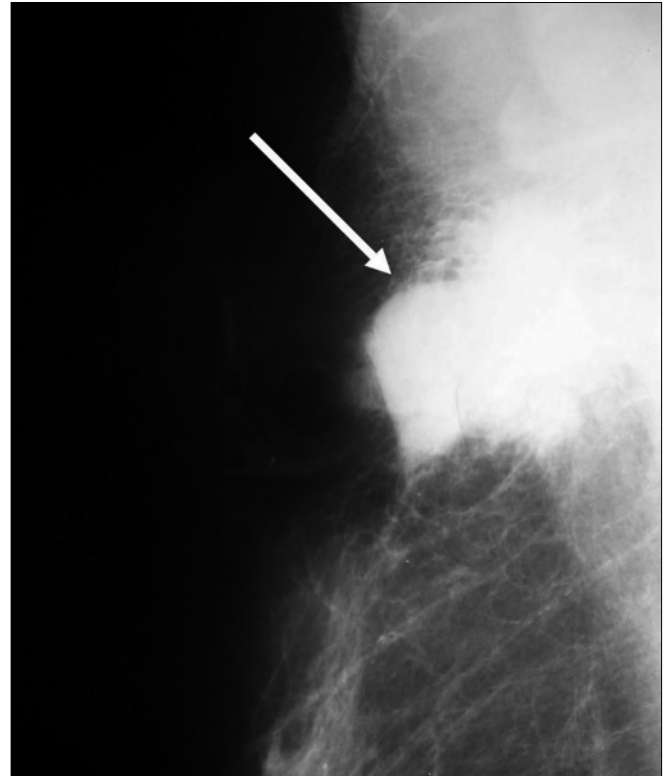
ABSTRACT

A desmoid tumor located at the right axilla of a 44 year old women mimicing breast carcinoma with physical examination, imaging and histopathologic findings is presented since it's a rare disorder. Desmoid tumor is a rare benign process where definitive diagnosis is usually established on histopathological examination. Locally aggressive benign tumors must be considered in differential diagnosis of atypical cases of breast carcinoma.

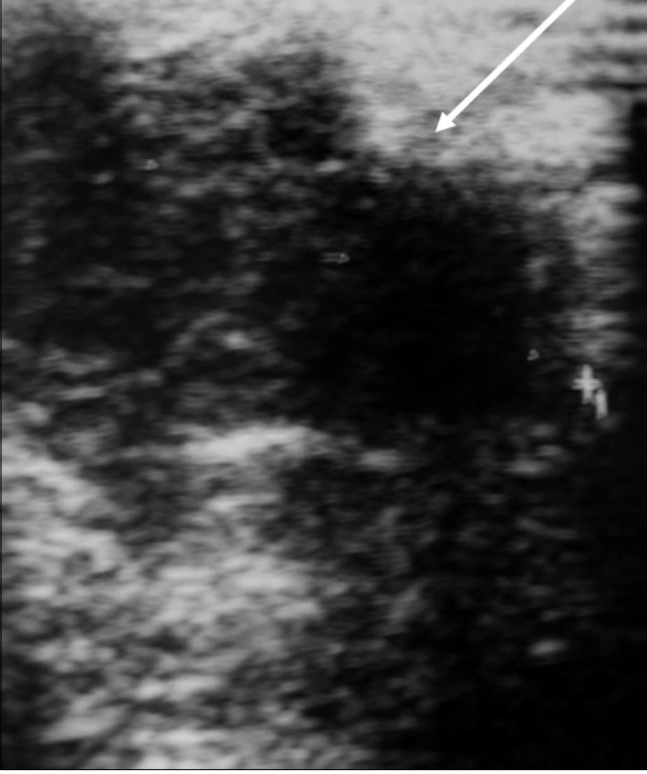
Desmoid tümör, ya da diğer adıyla agresif fibromatozis tüm solid tümörlerin %0.3'ü oluşturan, yavaş büyüyen ve orta derecede rekürens gösterme eğilimi olan histolojik olarak benign bir tümördür (1). Bu çalışmada 44 yaşında kadın olguda sağ aksiler bölgede ve Spence kuyruğunda yerleşen fizik bakı, mamografi ve hatta sitolojik incelemede meme kanserini taklit eden ekstraabdominal yerleşimli bir desmoid tümör olgusu, nadir görülmesi ve yarattığı tanı karmaşası nedeniyle sunulmuştur.

Olgu sunumu

44 yaşında bayan olgu sağ memesinde ele gelen kitle şikayetiyle cerrahi polikliniğine başvurdu. Öz ve soy geçmişinde meme patolojisi yada meme kanseri açısından herhangi bir risk faktörü mevcut değildi. Fizik bakıda sol meme Spence kuyruğunda aksiller bölgeye uzanan 6x3 cm çapında, ciltte çekinti oluşturan, ağrısız, fikse yer kaplayan oluşum saptandı. Ancak aksiller bölgede kitleye eşlik eden lenf bezi palpe edilmedi. Mamografik incelemede sol meme Spence kuyruğunda üst dış kadrana ve aksiller bölgeye uzanan 5x3 cm çapında spiküle konturlu mikrokalsifikasyon içermeyen ve BIRADS 5 olarak sınıflanan kitle lezyonu saptandı (Resim 1). Kitle mamogramlarda pektoral kasa yakın yerleşim göstermekteydi. Ultrasonografik bakıda kötü sınırlı, solid iç yapıdaki lezyonun pektoral kasa belirgin uzanım göstermediği görüldü (Resim 2). Ultrasonografik olarak da aksiler bölgede patolojik boyutta lenf nodu saptanmadı. Olguya ince iğne aspirasyon biopsisi yapıldı. Meme kitlesi ön tanısı ile patoloji laboratuvarına gönderilen örneğin sitolojik bakısında atipik hücrelerin



Resim 1. Mediolateral oblik (MLO) mamografi: Sol meme Spence kuyruğuna üst dış kadrana ve aksillaya uzanan spiküle konturlu 5x3cm çaplı malign özellikler taşıyan kitle lezyonu (BIRADS 5)



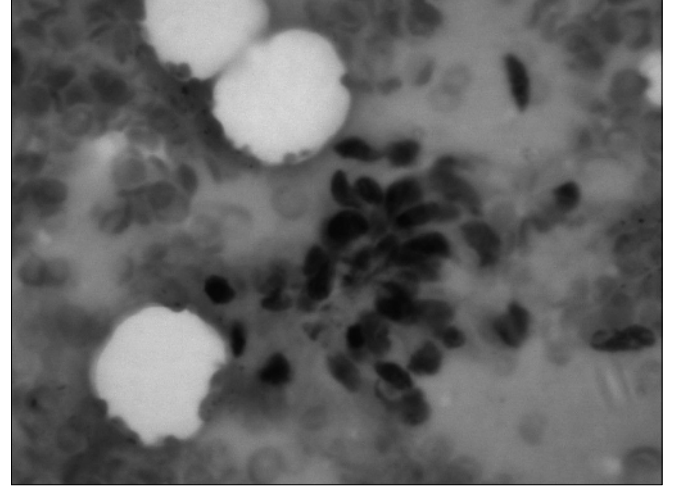
Resim 2. Ultrasonografi: Düzensiz konturlu, hipoekoik solid lezyon

varlığı sitoplazması seçilemeyen, hiperkromatik nükleuslu hücre kümeslerinin görülmesi maligniteyi destekler nitelikte bulundu ancak kesin sonuç vermedi (Resim 3). Akciğer grafisinin metastaz açısından kuşkulu olarak değerlendirilmesi sonrasında yapılan toraks BT'de kitle lezyonu ile pektoral kas arasındaki yağ planının korunduğu görüldü (Resim 4).

Olguya yapılan insizyonel biyopsi sonucu agresif fibromatozis olarak değerlendirildi. Daha sonra kitle, üzerindeki cilt ve altta yatan pektoral kas fasyası ile birlikte total olarak çıkarıldı. Tümörün cerrahi sınırları 1cm'in altındaydı. Eksizyon materyalinde, cilt altı yağ dokusu içinde yerleşen ve çizgili kasi infiltrate eden düzensiz sınırlı kitle lezyonu saptandı. Histopatolojik olarak kollagenöz stroma içinde iğsi hücrelerin oluşturduğu uzun fasiküllerden oluşan lezyon içinde mitotik aktivite saptanmadı (Resim 5). Lezyon düz kas aktini ve demsin ile fokal boyanma göstermekteydi. Östrojen ve progesteron resptörleri negatifti. Eksizyon materyalinde elde olunan çok sayıda kesitte meme dokusu saptanmadı. Olgu pektoralis kasi ve fasyasından köken alan ekstraabdominal desmoid tümör olarak değerlendirildi.

Desmoid tümör ile Gardner sendromu birlikteliği olasılığı açısından olguya kolonoskopi yapıldı; polip saptanmadı.

Operasyon sonrası birinci yılda sütür hattı üzerinde 1,5x1cm çapında rekürren kitle gelişmesi üzerine olguya tekrar eksizyon yapıldı ve tedavi protokolüne radyoterapi eklendi.



Resim 3. İİAB preparatlarında sitoplazması seçilemeyen, hiperkromatik nükleuslu hücre kümesi (HE, X200).

Tartışma

Desmoid tümörler abdominal duvarda ve ekstraabdominal bölgelerde yerleşim gösteren; fibromatozis, muskuloaponevrotik fibromatozis, agresif fibromatozis gibi değişik isimlerle tanımlanmış lokal benign agresif tümörlerdir (1-2). Hastalığın etiolojisi bilinmemekle birlikte yaralanma, geçirilmiş operasyon, genetik ve hormonal faktörlerin etiolojide rol oynadığı düşünülmektedir (1-5).

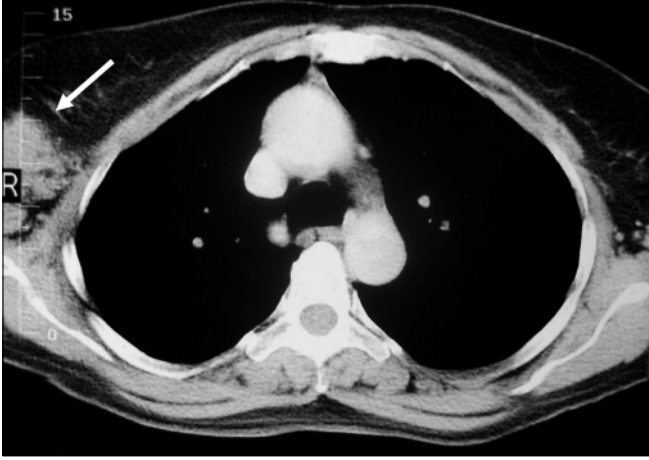
İlk ekstraabdominal desmoid tümör olgusu da 1923 yılında Nicholas tarafından yayınlanmıştır (6).

Bizim olgumuzda da olduğu gibi, pektoral bölge ve aksilla yerleşimi nedeniyle mamografilerde yalancı olarak meme kitlesi görünümü veren ekstraabdominal agresif fibromatozis bu yerleşimde genellikle pektoral kas veya muskuloaponevrotik fasyadan köken almakta ve bazen de sekonder olarak meme dokusunu invaze etmektedir.

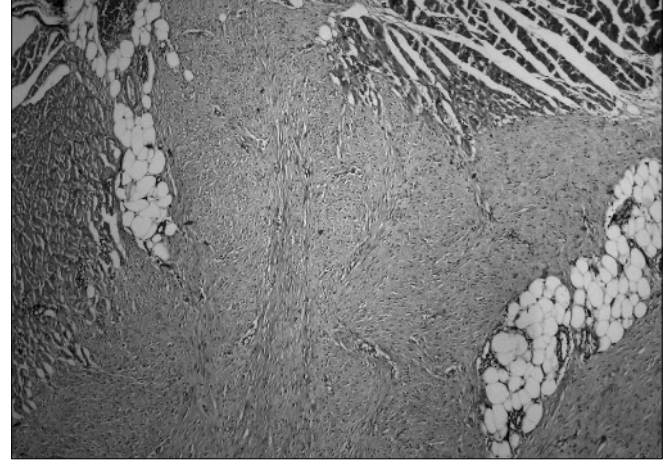
Desmoid tümörü histopatolojik inceleme olmaksızın maligniteden ayırt eden bir kriter yoktur. Histolojik olarak bu lezyon hiposellüler, komşu kasları lokal invaze eden fibröz dokudur. Bizim olgumuzda da olduğu gibi radyolojik olarak da malign meme kitlesini taklit edebilen desmoid tümörler, İİAB sonucu izlenen atipik hücreler nedeni ile malign olarak rapor edilebilirler (4,5,7).

Desmoid tümör olgularının bazılarında pektoral kas ve fibroaponevrotik fasya tutulumu vardır ve bu alanlar kitlenin orijin aldığı bölgeler olabilir. Diğerlerinde tümör pektoral kasta net olarak ayrılabilir ki bu durumda da pektoral kas fasyası köken alınan lokalizasyondur. Bizim olgumuzda da orijin pektoral kas fasyası olarak belirlenmiştir. Çok nadir olarak primer meme dokusundan köken alan fibromatozis olguları bildirilmiştir (4-7).

Bu lezyonun görüntüleme aşamasında en çarpıcı özelliği çok nadir benign bir lezyon olmakla birlikte mamografide spiküle konturları,



Resim 4. Toraks bilgisayarlı tomografi (BT) kesiti: Pektoralis major kasına komşu kitle yağ planlarını korumakta



Resim 5. Histopatolojik kesit: Ciltaltı yağ dokusu içinde çizgili kası infiltrate eden düzensiz sınırlı kitle lezyonu. İğsi hücrelerden oluşan uzun fasiküller ve kollagenöz stroma içeren lezyonda mitotik aktivite saptanmadı (HE, X200).

ultrasonografide solid iç yapısı ve zaman zaman izlenen arka duvar akustik gölgesi nedeniyle malign kitlelerde ayırt edilemeyebilmektedir. Meme lezyonlarında malign-benign ayırımında dinamik kontrastlı meme manyetik rezonans görüntülemesi yardımcıdır ancak mammografi, US ve klinik bulgular bu denli malignite lehine bulgu verirken ek bir tanısal katkı sağlamaz (5).

Muskuloaponevrotik fasiadan köken alan desmoid tümörler meme dokusunu invaze etsinler veya etmesinler, primer meme dokusundan gelişmiş agresif desmoidlere göre yüksek rekürens

riski taşırlar. Eksizyonel biyopsi sınırlarının pozitif olması da rekürens riskini arttırıcı etkin bir faktördür. Rekürens genellikle ilk 3 yıl içinde beklenir. Radyoterapi eklenebilecek bir tedavi yöntemidir. Adjuvan hormonal tedavi lokal rekürenslerin hızını azaltmaz (1). Literatürde bir vakada malign transformasyon bildirilmiştir (8). Metastatik potansiyeli rapor edilmemiştir (6-7).

Sonuç olarak lokal agresif benign bir tümör olan desmoid tümörün klinik, mamografik, ultrasonografik ve hatta İİAB incelemeler ile malign meme kitlelerini taklit edebileceği akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Greenberg D, McIntyre H, Ramsaroop R, Arthur J, Harman J. Aggressive fibromatosis of the breast: A case report and literature review. *The Breast Journal* 2002; 8:55-57.
2. Schuh M, Radford D, Desmoid tumor of the breast following augmentation mammoplasty. *Plastic and reconstructive surgery* 1994; 93:603-605.
3. Bridge JA, Sreekantiah C, Mouron B, Clonal chromosomal abnormalities in desmoid tumors. Implications for histopathogenesis. *Cancer* 1992; 69:430-436.
4. Nichols RO Desmoid tumors: report of thirty-one cases. *Arch Surg* 1923; 7:227-236.
5. Ormandi K, Lazar Gy, Toszegi A, Palko An extra- abdominal desmoid mimicking malign male breast tumor. *Eur radiol.* 1999; 9:1120-1122.
6. Wargotz ES, Norris HJ, Austin RM, Enzinger FM. Fibromatosis of the breast: a clinical and pathological study of 28 cases. *Am J Surg Pathol* 1987; 11:38-45.
7. Godwin Y, McCulloch TA, Sully L. Extraabdominal desmoid tumour of the breast: review of the primary management and the implications for breast reconstruction. *British Journal of Plastic Surgery* 2001; 54:268-271.
8. Schwickerath J, Kunzig HJ, Spontaneous malignant transformation of extraabdominal fibromatosis to fibrosarcoma. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1995; 55:173-175.

İletişim

Şebnem Örgüç
Tel : 0 (232) 362 37 58
Faks : 0 (237) 236 02 13
E-posta : sebnemorguc@superonline.com