

Memenin Solid (İnvaziv) Papiller Karsinomu – Olgu Sunumu

115

İnan YILMAZ¹
Süleyman Özkan AKSOY²

GİRİŞ

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanserdir. Ele gelen kitle ,meme başı akıntısı,meme başında çekinti olması meme cerrahisi polikliniğine başvuruda semptomların başında gelmektedir. Solid (invaziv) papiller karsinom (SPK); memenin az görülen kanserlerindendir. Memenin papiller lezyonları tüm meme kitlelerinin %5 ini oluştururken, memenin papiller karsinomu %2 sini ve SPK ise meme kanserlerinin %1'den azını oluşturur. İlk olarak; 2012 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından memenin malign kitlelerinden biri olarak kabul edilmiştir. SPK ileri yaşta görülen görülen, ortalama 2-3 cm boyuta ulaşan , iyi prognozla seyreden meme kanserlerindendir. [1-4] Boyutu büyük olan veya ele gelen meme kitleleri çoğu kez ya lokal ileri meme kanserini ya da benign bir meme kitlesini işaret eder. Bu olgu sunumunda sol memesinde şişlik nedeniyle başvurmuş ve yapılan fi-

zik muayenesinde sol meme retroareolar bölgede yaklaşık 6 cm'lik kitlesi olan, yapılan meme biyopsisinin papiller neoplazm gelmesi sonucu geniş eksizeyon ve sentinel lenf nodu örnekleme yapıp histopatolojik değerlendirmesinde SPK tanısı alan olgunun kliniği, patolojik özellikleri ve ayırıcı tanıları güncel literatür eşliğinde sunulmuştur.

VAKA SUNUMU

55 yaşında kadın, Meme Cerrahisi Polikliniği'ne sol memesinde şişlik şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede kitle;meme başında çekinti yaptığı, yaklaşık 6-7 cm'lik bir çapta,solid ,düzgün şekilli,elastik yapıda idi. Fizik muayene bulguları malignite kriterlerini karşılamaktaydı.

Olgunun alınan öyküsünde primer hipertansiyon dışında komorbiditesi olmadığı ve ailesinde meme kanseri öyküsü olmadığı öğrenildi. Geniş biyokimya, hemogram, çalışıldı.Laboratuvar değerleri normal idi.

Çekilen meme ultrasonografisi ve mamografi-sinde; sol memede saat 3-4 hizasında , ultrasonografik incelemede (Resim 1) 5x3,5x4cm boyutlarda, mamografik incelemede(Resim 2) ise 6x3,5 cm

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

² Dokuz Eylül Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Memede kitle ile başvuran olgularda öncelikle histopatolojik tanıya gidilmesi tedavi planlanması açısından gereklidir. Papiller neoplazmlar memenin benign ve bazı malign kitleleriyle radyolojik ve klinik olarak karışabilmektedir. 5 cm den büyük meme kanserleri, lokal ileri meme kanseri olarak kabul edilip öncesinde neoadjuvan terapi verilmektedir. Ancak SPK 'da biyopside malign-benign ,invasiv-insitu varyasyon ayrımı net yapılamadığı için memenin diğer kanserlerinden farklı olarak, kitlenin tamamen eksizyonunu gerektirir. Aksiller metastaz riskinin ve lokal nüks riskinin memenin diğer invaziv karsinomlarına göre daha az olması cerrahi planlamada meme koruyucu cerrahi şansını arttırmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Lakhani SR, Ellis IO, Schnitt SJ, et al. WHO Classification of Tumours of the Breast. Lyon: IARC Press; 2012.
2. Otsuki Y, Yamada M, Shimizu S, et al. Solid-papillary carcinoma of the breast: clinicopathological study of 20 cases. *Pathol Int.* 2007; 57:421–429.
3. Alsadoun N, MacGrogan G, Truntzer C, Lacroix-Triki M, Bedgejian I, Koeb MH, El Alam E, Medioni D, Parent M, Wuithier P, Robert I, Boidot R, Arnould L. Solid papillary carcinoma with reverse polarity of the breast harbors specific morphologic, immunohistochemical and molecular profile in comparison with other benign or malignant papillary lesions of the breast: a comparative study of 9 additional cases. *Mod Pathol.* 2018 Sep;31(9) 1367-1380. doi:10.1038/s41379-018-0047-1. PMID: 29785016.
4. Dursun N, Gücin Z, Özcan M, Özgün Geçer M, Güzel Çay T, Bahadır F, ve ark. İnvaziv papiller meme karsinomu-solid varyant: Olgu sunumu. *J Breast Health* 2007; 3: 145.
5. Maluf HM, Koemer FC. Solid papillary carcinoma of the breast. A form of intraductal carcinoma with endocrine differentiation frequently associated with mucinous carcinoma. *Am J Surg Pathol* 1995;19(11):1237e44.
6. Guo S, Wang Y, Rohr J, et al. Solid papillary carcinoma of the breast: A special entity needs to be distinguished from conventional invasive carcinoma avoiding over-treatment. *Breast.* 2016;26:67-72. doi:10.1016/j.breast.2015.12.015
7. Rosen PP. Papillary carcinoma. Rosen's breast pathology 3rd ed. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2009; 423-448.
8. Şenel F, Karaman H, Eroğlu M, Tuna Ö. Invasive papillary breast carcinoma, solid variant with neuroendocrine differentiation. *Turk J Surg.* 2015;33(4):302-304. Published 2015 Jul 14. doi:10.5152/UCD.2015.3074
9. Nicolas MM, Wu Y, Middleton LP, Gilcrease MZ. Loss of myoepithelium is variable in solid papillary carcinoma of the breast. *Histopathology* 2007; 51: 657-665.
10. Rabban JT, Koerner FC, Lerwill MF. Solid papillary ductal carcinoma in situ versus usual ductal hyperplasia in the breast: a potentially difficult distinction resolved by cytokeratin 5/6. *Hum Pathol* 2006; 37: 787-793.
11. Farshid G, Moinfar F, Meredith DJ, Peitersen S, Tavassoli FA. Spindle cell ductal carcinoma in situ. An unusual variant ductal intra-epithelial neoplasia that simulates ductal hyperplasia or a myoepithelial proliferation. *Virchows Arch* 2001; 439: 70-77.
12. Taşdemir A, Soyuer I, Karaman H, Öztürk F. A rare case: Invasive papillary carcinoma of breast. Diagnostic clues in fine needle aspiration cytology. *J Breast Health* 2010; 6: 83-86.
13. Tavassoli FA. The pathology of breast. Connecticut: Appleton & Lange 1992; 193.
14. Nassar H, Qureshi H, Adsoy NV, Visscher D. Clinicopathologic analysis of solid papillary carcinoma of the breast and associated invasive carcinomas. *Am J Surg Pathol* 2006; 30: 501-507.