

## **MEME METASTAZLARI: AYIRICI TANININ ÖNEMİ VE UYGUN KLİNİK**

### **YAKLAŞIM**

Seçkin AKKÜÇÜK\*, Akın AYDOĞAN\*, İbrahim YETİM\*

\* Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, A.D.

Geliş Tarihi / Received: 14.05.2011, Kabul Tarihi / Accepted:  
23.06.2011

### **ÖZET**

Her ne kadar primer meme tümörleri en sık görülen tümörler arasında yer alsada, meme parankimine metastaz oldukça nadir görülür. Klinik olarak memede ortaya çıkan tüm malign oluşumların yaklaşık %2' sini memeye yerleşen metastatik lezyonlar oluşturur. Klinik olarak ve görüntüleme yöntemleriyle elde edilen bulgulara göre meme metastazlarının hem malign hem de benign meme lezyonlarından ayırmak kolay değildir. Meme dışı kanser nedeniyle takip ve tedavi altında olan hastalarda memede tespit edilen kitlelere kuşkulu yaklaşmalı ve meme metastazı olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Başka malignitelerin memeye metastaz yapması genellikle yaygın hastalık belirtisidir ve prognoz kötüdür. Nadiren ilk bulgu memedeki metastazdır ve ancak memedeki lezyonun metastaz olduğunun belirlenmesi ile primer tümörün tanısı yapılabilir. Özellikle memedeki lezyonun primer meme tümörü zannedilerek tedaviye başlanması ve esas tümörün tespitinin gecikmesi tedaviye cevabın yetersizliğine ve başarısızlığına yol açacağından, hastalığın daha kötü prognoz ile seyretmesi kaçınılmazdır. Meme metastazları sıklıkla yaygın hastalık belirtisi olduğu için, aşırı tedavi yöntemlerinden kaçınılmalıdır. Cerrahi sınırlar tümörsüz olacak şekilde kitlenin çıkarılması çoğunlukla yeterlidir. Ancak birden çok kitlenin varlığında ya da meme hacminin az olması durumunda basit mastektomi düşünülebilir. Klinik olarak aksillada metastaz tespit edilmemişse aksiler disseksiyon tercih edilmemelidir. Eğer uygulanacaksa tedavi primer tümöre yönelik sistemik tedavi olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Meme Tümörleri; Tümör Metastazı; Primeri Bilinmeyen Tümörler

## **BREAST METASTASIS: IMPORTANCE OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS AND APPROPRIATE CLINICAL APPROACH**

### **SUMMARY**

However primary breast cancer are one of the most seen cancers, breast metastasis from non-mammary organs are quite rare. The incidence of breast metastases from extramammary primary tumors is about 2%. It is hard to differentiate the breast metastasis

from benign and malign breast lesions according to clinical and imaging findings. Patient with non-mammary neoplasms should be considered as candidates for breast metastasis. Metastasis to breast from other malignencies usually are with poor prognosis, since they are markers of extensive disease. Rarely, the first sign of disease may be the breast metastasis. The misdiagnose may cause the delayed diagnose of primary tumor and incorrect therapy, so this may cause poor prognosis also. Breast metastasis signs extensive disease, so aggressive surgery and other therapy methods should be excluded. Excision of the tumor with tumor free surgical margins will be enough. But with multiple masses, and low breast volume simple mastectomy may be the appropriate choice. If there is no sign of axillary metastasis, axillary dissection should not be performed.

**Key Words:** Breast Neoplasms; Neoplasm Metastasis; Neoplasms, Unknown Primary

## **Giriş**

Her ne kadar primer meme tümörleri en sık görülen tümörler arasında yer alsada, meme parankimine metastaz oldukça nadir görülür. Klinik olarak memede ortaya çıkan tüm malign oluşumların yaklaşık %2'sini memeye yerleşen metastatik lezyonlar oluşturur. Otopsi serilerinde bu oran %6,6'ya (%0,5-6,6) kadar yükselmektedir (1-4). Meme parankimine en sık metastaz yapan kanserler; malign melanom, lösemi ve lenfoma, sarkomlar, akciğer, genito-üriner ve gastrointestinal sistem kanserleri olarak sıralanabilir (5). Çocuklarda memeye en sık metastaz yapan tümör ise rabdomiyosarkomdur (6,7).

## **Klinik Bulgular**

Literatür verileri incelendiğinde meme metastazları, büyük çoğunlukla kadın hastalarda görülmektedir. Ağrısız, hızlı büyüme gösteren, sınırları düzgün kitlelerdir (2,3). Mevcut çalışmalar hematopoetik malignitelerde sağ memeye olan metastazların daha sık olduğunu gösterse de, sol memeye metastaz yapma eğilimi daha yüksektir (7,9). Nadiren her iki memede (%25 bilateral) de metastaz ortaya çıkabilir. Genellikle metastazlar üst ve dış kadranda yerleşimli olurlar. Sıklıkla tek lezyon (%85) şeklinde görülmelerine rağmen birden çok metastatik lezyon görülmesi de nadir değildir. Diffüz şekilde tutulum ise oldukça sınırlı sayıda yayında rapor edilmiştir (4,9).

Muayene sırasında memenin primer malign tümörlerinden ayırt etmek zor olabilir. Meme başını, meme cildini ve duktal yapıları genelde etkilemezler. Aksilla tutulumu da gösteren bazı meme metastazları literatürde karşımıza çıksada, çok sık değildir (10).

Mamografik incelemelerde mikrokalsifikasyon beklenen bulgu değildir. Spiküle uzanımlar, primer meme kanserlerinin aksine nadiren tespit edilir. İyi sınırlı, soliter lezyonlar şeklinde mamografide bulgu verirler ki bu da fibroadenomlar gibi benign meme lezyonları ile ayırt edilmesinde güçlük oluşturur. Ciltte kalınlaşma beklenmez (2,3,10).

### **Tanı-Ayırıcı Tanı**

Klinik olarak ve görüntüleme yöntemleriyle elde edilen bulgulara göre meme metastazlarının hem malign hem de benign meme lezyonlarından ayırmak kolay değildir. Meme dışı kanser nedeniyle takip ve tedavi altında olan hastalarda memede tespit edilen kitlelere kuşkulu yaklaşmalı ve meme metastazı olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır. Tanıda kitleye iğne aspirasyon biyopsileri uygulanabileceği gibi, özellikle meme metastazı açısından kuşkulu kitlelere hem tanı hem de tedavi açısından cerrahi sınırlar tümörsüz olacak şekilde kitle eksizyonu veya lumpektomi uygulanabilir. Cerrahi biyopsi, kitlenin tamamının patoloğ tarafından incelenmesine imkân vereceğinden primer/metastatik ayrımının daha gerçekçi yapılması sağlar.

Bilinen kanser öyküsü olmaksızın tespit edilen meme metastazlarında ise, patoloğ tarafından verilen ipuçlarıyla birlikte, primer tümörün bulunması amacıyla gerekli tetkikler yapılmalıdır (3,7,9).

### **Prognoz**

Başka malignitelerin memeye metastaz yapması genellikle yaygın hastalık belirtisidir ve prognoz kötüdür. Nadiren ilk bulgu memedeki metastazdır ve ancak memedeki lezyonun metastaz olduğunun belirlenmesi ile primer tümörün tanısı yapılabilir. Özellikle memedeki lezyonun primer meme tümörü zannedilerek tedaviye başlanması ve esas tümörün tespitinin gecikmesi tedaviye cevabın yetersizliğine ve başarısızlığına yol açacağından, hastalığın daha kötü prognoz ile seyretmesi kaçınılmazdır.

Bazı yayınlarda memeye metastaz yapmış kanserlerin, memedeki metastazın tespitinden sonraki 1 yıl içerisinde hastanın ölümüne yol açacağı bildirilmiştir. Öte yandan sistemik tedaviye iyi yanıt veren primer tümörlerin metastatik lezyonlarında da uygun tedavi ile prognozun daha iyi olması beklenebilir (3,7,9).

### **Sonuç**

Meme parankimine metastaz nadir olmakla birlikte, kanser tanı ve tedavisindeki olumlu gelişmelere bağlı olarak uzayan sağ kalımlara paralel olarak meme metastazlarının

görülme oranı artabilir (3,11). Yine bu noktada eski yıllarda yayınlanmış çalışmalarda meme metastazı görülme yaşı ortalama 47 iken, günümüzde memede metastaz görülme yaşının yükseldiği görülmektedir (3,4). Öte yandan memenin premenopozal dönemdeki artmış kan akımının meme kanserine metastaz için uygun bir ortam oluşturduğu savunulmaktadır ki bu da çok açık olmasa da meme metastazlarının göreceli olarak genç yaşlarda ortaya çıkmasını açıklayabilir (9).

Meme kitlelerinin benign/malign ayrımı, daha da ötesi malign lezyonların primer mi metastaz mı olduğunun ayrımı tüm tedavi protokollerini ve tedaviden beklenen cevabı etkileyeceğinden oldukça önemlidir. Bazı çalışmalarda memedeki metastazların %6,5' unun primer meme kanseri olarak düşünülüp tedavi edildiği bildirilmiştir (6). Bu da kuşkusuz tedavinin yetersiz kalmasına ve belki de tedaviden hiç cevap alınamamasına yol açacaktır. Burada lezyonun patolojik değerlendirmesi çok önemlidir. Cerrah numunenin incelenmesini talep ettiğinde, patologa hastanın kliniği hakkında ve varsa daha önce tespit edilmiş kanser tanıları hakkında detaylı bilgi vermelidir. Meme metastazını primer meme kanserinden ayırt etmek memeye yönelik olarak uygulanacak mastektomi ve aksiler disseksiyon gibi gereksiz cerrahi uygulamaların da önüne geçeceğinden önemlidir (5,7,9).

Meme metastazları sıklıkla yaygın hastalık belirtisi olduğu için, aşırı tedavi yöntemlerinden kaçınılmalıdır. Cerrahi sınırlar tümörsüz olacak şekilde kitlenin çıkarılması çoğunlukla yeterlidir. Ancak birden çok kitlenin varlığında ya da meme hacminin az olması durumunda basit mastektomi düşünülebilir. Klinik olarak aksillada metastaz tespit edilmemişse aksiler disseksiyon tercih edilmemelidir. Eğer uygulanacaksa tedavi primer tümöre yönelik sistemik tedavi olmalıdır.

## **Kaynaklar**

1. Akküçük S, Bulak H, Berk V, Oral S. Memede malign melanom metastazı. Ulusal Cerrahi Dergisi 2011; 27(1): 53-4.
2. Adlı M, Türk HM, Kalender ME, Tutar E, Dirier A. Solitary Breast Metastasis of the Lower Extremity Malignant Fibrous Histiocytoma: Report of a Case and Review of Literature. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2009;29(5): 1320-5.
3. Svetlana B, David JC, Leonora LT, Ilan GR. Breast Metastasis from a Renal Cell Carcinoma. IMAJ 2008; 10: 736-7.

4. Qureshi SS, Shrikhande SV, Tanuja S, Shukla PJ. Breast Metastases of Gastric Signet Ring Cell Carcinoma: a Differential Diagnosis with Primary Breast Signet Ring Cell Carcinoma. *J Postgrad Med.* 2005; 51(2): 125-7.
5. Shi-ping LUH, Chih KUO, Thomas Chang-yao TSAO. Breast Metastasis from Small Cell Lung Carcinoma. *J Zhejiang Univ Sci B.* 2008; 9(1): 39-43.
6. Chakshu G, Ashok KM, Sandeep R. Breast Metastasis of Ileal Carcinoid Tumor: Case Report and Literature Review. *World J of Surg Oncol.* 2006; 4: 15.
7. Bobadilla LF, Villanueva AG, Collado M, Juan A, Rojo R, Perez J, et al. Breast Metastasis of Primary Colon Cancer. *Rev Esp Enferm Dig.* 2004; 96(6): 415-9.
8. Barça N, Aydın U, Ercan Ö, Araz L. Breast Masses of Hematologic Origin. *Tamam ve Girişimsel Radyoloji* 2002; 8(2): 228-30.
9. Anastasios LB, Charalambos A, Frideriki P, Despina M. Gastric Signet-ring Adenocarcinoma Presenting with Breast Metastasis. *World J Gastroenterol* 2006; 12(18): 2958-61.
10. Mesa Alvarez A, Diaz Garcia A, Nava TE, Calvo Blanco J. Breast Metastasis as Initial Presentation of Renal Cell Carcinoma. *Actas Urol Esp.* 2010; 34(3): 288-303.
11. Dursun P, Yanık FB, Kuscu E, Gultekin M, Ayhan A. Bilateral Breast Metastasis of Ovarian Carcinoma. *Eur J Gynecol Oncol.* 2009; 30(1): 9-12.