

İleri evre malign melanomda meme parankim metastazı: Olgu sunumu

Breast parenchyme metastasis in advanced stage malign melanoma: a case report

Görkem AKSU,¹ Nagihan İNAN,² Zafer UTKAN³

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, ¹Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı, ²Radyoloji Anabilim Dalı,
³Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Primer meme tümörleri, en sık karşılaşılan tümörler grubuna dahil olmasına rağmen, meme parankimine metastaz oldukça nadir görülür. Primer meme karsinomu dışındaki malign tümörlerde meme metastazı sıklığı literatürde %1 ile %5 arasında değişmektedir. Özellikle memedeki lezyonun hastalığın ilk bulgusu olduğu durumlarda, klinisyen ve patolog, primer tümör veya metastaz ayrımını yapmakta çok dikkatli olmalıdır. Metastatik meme lezyonları multipl olabilecekleri gibi daha az sıklıkla soliter de olabilirler ve bu durum da özellikle radyolojik ve klinik olarak tanı koymayı güçleştirebilir. Bu yazıda, ileri evre malign melanom tanısı ile tedavi görmekte olan 76 yaşındaki bir kadın hastanın sağ memesinde saptanan soliter melanom metastazı bildirilmiş ve konuyla ilgili literatürdeki bulguların derlemesi yapılmıştır.

Anahtar sözcükler: Malign melanom; meme metastazı; cilt tümörü.

Although primary breast carcinoma is one of the most common malignancies worldwide, metastases to the breast are relatively uncommon. The incidence of metastasis to the breast from malignant neoplasms other than primary breast carcinoma varies from %1-5. Both the clinicians and pathologists must be very careful in distinguishing metastasis from primary tumor especially in cases when the breast lesion is the first manifestation of the disease. Furthermore, metastatic lesions can also be solitary instead of being multiple which can also cause difficulty in clinical and radiological diagnosis. In this case, a 76-year old woman with a solitary breast metastasis of melanoma is reported and a review of the literature is performed.

Key words: Malign melanoma; mammarian metastasis; skin tumor.

OLGU SUNUMU

Altı ay öncesinde sağ kulak arkasında kitle nedeniyle ameliyat edilen ve malign melanom tanısı alan 76 yaşındaki kadın hasta sağ memesinde iki hafta önce fark etmeye başladığı kitle şikayetiyle hastanemize başvurdu.

Fizik muayenede sağ meme saat üç hizasında kitle palpe edildi. Hastanın yapılan meme ultrasonografisinde (US) sağ meme saat üç hizasında 18x11 mm boyutlarında, lobule konturlu, sınırları çevre dokudan iyi ayrılabilen, oval şekilli, hafif heterojen iç yapıda, distal akustik güçlenmesi olan hipoeoik solid kitle lezyonu izlendi (Şekil 1). Mamografide bu yerleşimde, keskin sınırlı, lobule konturlu dens kitle lezyonu saptandı (Şekil 2). Her iki aksillada patolojik boyut ve görünümde lenf nodu

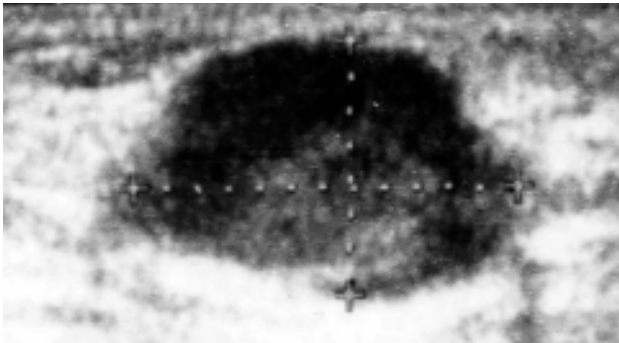
yoktu. Olgunun manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesi 1.5 Tesla, 130 mT/s gücündeki cihazda (Gyrosan S 15; Philips Medical Systems, Eindhoven, The Netherlands) yüzeysel meme sargısı kullanılarak yapıldı. Standart meme MRG protokolü uygulanan hastanın incelemesi kontrast öncesi aksiyel planda yağ baskılı T1 ve T2 ağırlıklı turbo spin echo (TSE), intravenöz 0.1 mmol/kg Gd-DTPA (Gadopentetate Dimeglumine, Magnevist; Schering) sonrası aksiyel dinamik (0-300 sn) 3D T1 ağırlıklı fast field echo (FFE) ve geç faz (6.dk) yağ baskılı T1 ağırlıklı TSE sekanslarından oluşmaktaydı. Yağ baskılı T1 ağırlıklı (Şekil 3a) sekanslarda hiperintens izlenen lezyonun ortasında T1 ağırlıklı sekanslarda hipointens (Şekil 3a, ok), T2 ağırlıklı sekanslarda belirgin hiperintens (Şekil 3b, ok) alan mevcuttu. Kontrast sonrası dinamik görüntülerde

erken arteryel fazda periferik güçlü kontrast tutulumu saptandı (Şekil 3c, okbaşı). Kitlenin ortasında T1 ağırlıklı görüntülerde hipointens, T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens olarak tanımlanan alanda post-kontrast erken dinamik görüntülerde ve geç faz (6.dk) görüntülerde kontrast tutulumu izlenmedi (Şekil 3d). Yapılan meme biyopsisi sonucu melanositik melanom olarak bildirildi.

Aynı dönemde çekilen batın US'de yaygın karaciğer metastazı ve şiddetli kemik ağrıları nedeniyle çekilen tüm vücut kemik sintigrafisinde (TVKS) yaygın kemik metastazı saptandı. Düşük performans skoru nedeniyle kemoterapi uygulanamayan hastanın kırık açısından riskli olarak tanımlanan pelvik bölge ve dorsolomber vertebral bölgelerine, Co 60 cihazı ile 10 fraksiyonda toplam 30 Gy palyatif radyoterapi uygulandı. Radyoterapi sonrası destek tedavisi uygulanan hasta, progresif hastalığa bağlı olarak üç ay sonra hayatını kaybetti.

TARTIŞMA

Memenin metastatik tutulumu nadirdir ve tüm meme kitlelerinin yaklaşık %1-5'ini oluşturur. Memorial hastanesinde 10 yıl boyunca meme tümörü tanısı almış toplam 4000 hastanın incelendiği bir çalışmada, bu olguların sadece 51 tanesinin metastatik lezyon olduğu bildirilmiştir. Otopsi serilerinde ise bu oranların %1.7 ile %6.6 arasında değiştiği bildirilmektedir.^[1-3] Memeye metastatik yayılım lenfatik veya hematojen olmak üzere iki farklı yolla olabilir. Lenfatik yayılım çoğunlukla bir memedeki primer meme kanserinin toraks anterior duvar boyunca yerleşen lenfatikler yoluyla

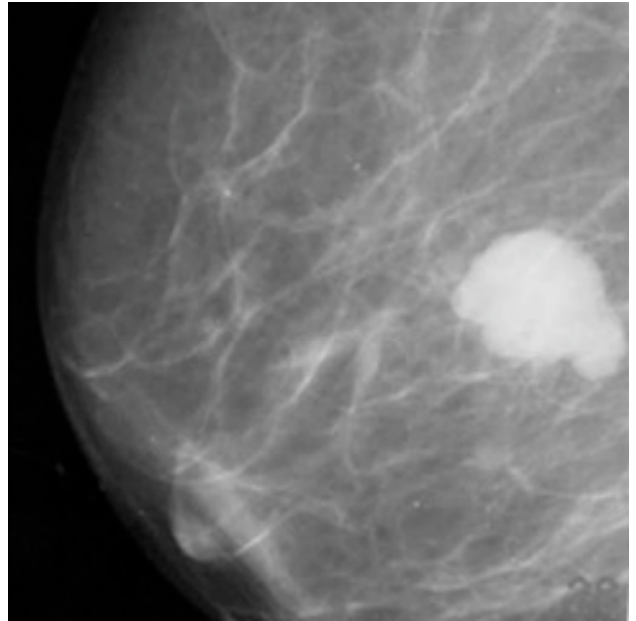


Şekil 1. Malign melanomlu olgunun US'sinde; lobule konturlu, distal akustik güçlenmesi olan hipoekoik solid kitle lezyonu izlenmekte.

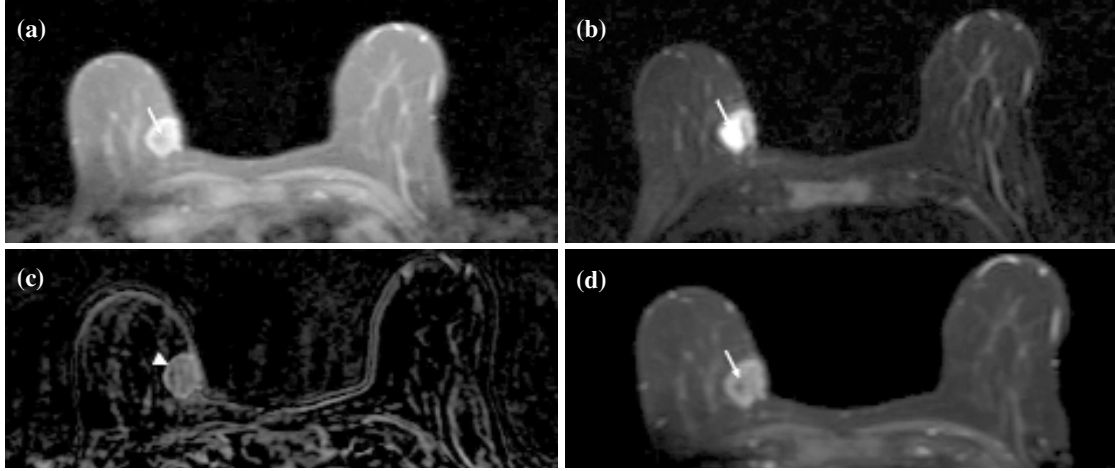
diğer memeye yayılımı ile olmaktadır. Hematojen yolla metastaz yapan en sık tümör ise malign melanom olup bunu sıklık sırasına göre akciğer kanseri, yumuşak doku sarkomları ve over kanseri izlemektedir.^[4] Bazı yayınlarda kutanöz malign melanomlu hastalarda meme tutulumu sıklığı %15'lerde bildirilmiştir.^[5] Memeye sık metastaz yapan diğer bir grup ise lenfoma ve lösemi gibi hematolojik malignitelere dir.^[4]

Literatürde meme metastazına ait mamografi bulgularının tanımlandığı birçok yazı bulunmaktadır. Lenfatik yayılım sıklıkla medial yerleşimli olup meme cildinde diffüz kalınlaşma, parankimde kaba dens görünüm ve malign kitleyi taklit eden düzensiz sınırlı kitleler en sık karşılaşılan radyolojik bulgulardır.^[4] Hematolojik yayımda ise sıklıkla iki taraflı, çok sayıda, düzgün konturlu, yuvarlak şekilli kitleler şeklinde izlenir. US'de ise bu kitleler çoğunlukla homojen iç yapıda, distal akustik güçlenmesi olan, hipoekoik kitleler şeklinde görülürler.^[4-6]

Literatür gözden geçirildiğinde malign melanomun meme metastazına ait MRG bulgularının tanımlandığı rapor sayısının oldukça az olduğu görülmektedir. Tipik olarak içerdiği melanin pig-



Şekil 2. Malign melanomlu olgunun sağ meme mediolateral oblik mamografisinde; orta-derin yerleşimli lobule konturlu, dens kitle lezyonu izleniyor.



Şekil 3. Malign melanomlu olgunun MRG'sinde (a) yağ baskılı T1 ağırlıklı TSE görüntüde ortasında hipointens alanı (ok) bulunan hiperintens kitle izleniyor. (b) Aynı kitlenin ortasındaki alan yağ baskılı T2 ağırlıklı TSE görüntüde belirgin hiperintens (ok) izleniyor. (c) Kontrast sonrası erken dinamik görüntülerde (2 dk.) kitle periferinde halkasal kontrast tutulumu (ok başı) izleniyor. (d) Kontrast sonrası aksiyel geç faz (6. dk) yağ baskılı T1 ağırlıklı TSE görüntüde kitlenin kontrast tutulumu izlenmektedir (ok).

mentinin paramanyetik özelliğine bağlı olarak T1 ve T2 relaksasyon zamanı kısalmakta bunun sonucu olarak T1 ağırlıklı incelemelerde hiperintens, T2 ağırlıklı incelemelerde hipointens izlenmektedirler.^[5,7,8] Bizim olgumuzdaki kitle de T1 ağırlıklı incelemelerde hiperintens izlenmekle birlikte kontrast sonrası erken fazda periferik güçlü kontrast tutulumu göstermekte idi. Ashkar ve ark.^[5] melanom metastastazlı bir olgunun MRG'sinde de kontrast sonrası kitle periferinde halkasal kontrast tutulumu tanımlanmıştır. Ayrıca literatürde primeri farklı meme metastazlı birkaç olguda da (küçük hücreli akciğer kanseri, rabdomiyosarkom ve servikal kanser) periferik halkasal kontrast tutulumu tanımlanmıştır. Tanımlanan bu halkasal kontrast tutulumunun nedeninin tümör merkezindeki nekroz veya tümör periferinde anjiogenezisin daha fazla olmasına bağlı olabileceği bildirilmiştir.^[9-11]

Sonuç olarak, T1 ağırlıklı sekanslarda hiperintens izlenen lezyonlarda melanositik melanom mutlaka akla gelmelidir. Primer meme kanseri için tanımlanan periferik kontrast tutulumunun da spesifik olmayıp metastatik meme kitlelerinde de görülebileceği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Hajdu SI, Urban JA. Cancers metastatic to the breast. *Cancer* 1972;29(6):1691-6.

2. Abrams HL, Spiro R, Goldstein N. Metastases in carcinoma; analysis of 1000 autopsied cases. *Cancer* 1950;3(1):74-85.
3. Sandison AT. Metastatic tumours in the breast. *Br J Surg* 1959;47:54-8.
4. Chung SY, Oh KK. Imaging findings of metastatic disease to the breast. *Yonsei Med J* 2001;42(5):497-502.
5. Ashkar L, Mesurolle B, Tremblay F. Sonographic target sign and rim enhancement on magnetic resonance imaging in metastatic melanoma to the breast. *Australas Radiol* 2006;50(3):237-40.
6. Bartella L, Kaye J, Perry NM, Malhotra A, Evans D, Ryan D, et al. Metastases to the breast revisited: radiological-histopathological correlation. *Clin Radiol* 2003;58(7):524-31.
7. Kummel S, Forster H, Fieldler B, Kretschmer JA, Elling D. Malignant melanoma metastatic to the breast: an interdisciplinary challenge. *Breast J* 2004;10(4):377-9.
8. Ho LW, Wong KP, Chan JH, Chow LW, Leung EY, Leong L. MR appearance of metastatic melanotic melanoma in the breast. *Clin Radiol* 2000;55(7):572-3.
9. Jakovljevic B, Stevanovic O, Bacic G. Metastases to the breast from small-cell lung cancer: MR findings. A case report. *Acta Radiol* 2003;44(5):485-8.
10. Perlet C, Sittek H, Forstpointner R, Kessler M, Reiser M. Metastases to the breast from rhabdomyosarcoma: appearances on MRI. *Eur Radiol* 1999;9(6):1113-6.
11. Wurdinger S, Schutz K, Fuchs D, Kaiser WA. Two cases of metastases to the breast on MR mammography. *Eur Radiol* 2001;11(5):802-6.