

Üst Abdominal Duvar Yerleşimli Ektopik Meme Dokusunda Gelişen Meme Kanseri

119

Zehra ÜNAL ÖZDEMİR¹

GİRİŞ

Ektopik meme dokusu terimi, pektoral bölge dışında yerleşen meme dokusu için kullanılmaktadır. Ektopik meme dokusu insidansı %0,2-6 oranındadır(1,2). Meme dokusunun embriyonik gelişimi sırasında inkomplet regresyon sonucunda çoğunlukla milk-line üzerinde karşımıza çıkar. Meme dokusu gebeliğin ilk 5 haftasında aksilladan bilateral kasıklara uzanan milk-line üzerinde ektodermal kalınlaşma ile gelişmeye başlar. 7 ila 12. haftalar arasında meme dokusunun yerleştiği dördüncü interkostal alan hariç, tamamen regrese olur(3). Bu gelişim sırasındaki inkomplet embriyonik regresyon, bu hat üzerinde ektopik ve/veya fazla sayıda meme dokusu oluşumu ile sonuçlanır. Kajawa 1915 yılında, areola-nipple-glandüler doku bulunmasına göre ektopik meme dokusunu 8 gruba ayıran bir sınıflama yapmıştır(4).

Ektopik meme dokusu hormonal uyarılara cevap verir ve ergenlik, hamilelik ve emzirme dönemine ait değişiklikler gösterebilir. Ektopik meme

dokusu, iyi huylu veya daha nadiren malign meme hastalıklarının ortaya çıktığı bir bölge olabilir(5). Ektopik meme dokusu en sık olarak aksillada(%70) rapor edilmiştir ancak göğüs duvarı vulvar bölge gibi milk-line üzerinde farklı lokalizasyonlarda daha nadir olarak raporlanmıştır(6-8).

Primer Ektopik Meme Kanseri (PEMK) oldukça nadir görülmektedir. Tüm meme kanserleri içinde %0.3 oranında görüldüğü belirtilmiştir(9). En çok rapor edilen PEMK invaziv duktal karsinomdur(10). Lobuler, meduller, papiller gibi diğer kanser tipleri de görülebilir ancak bunlar daha da nadir görülmektedir.

Ektopik meme kanseri; kadın cinsiyette daha fazla görülmekle birlikte erkeklerde de görülmektedir. Tanıda, lipom, subkutan kistik lezyonlar yada diğer yumuşak doku benign neoplazmları ile karışabilmektedir. Bu durum PEMK teşhisinde gecikmelere neden olarak hastaların ileri evrelere progresyonuna neden olabilmektedir.

VAKA SUNUMU

46 yaşında kadın hasta, yıllık kontrol için meme polikliniğine başvurdu. Yapılan meme muayenesinde; memede ele gelen kitlesel bir lezyon tespit edilmezken sol aksillada 15x10 mm ebatlı lenfa-

¹ Genel Cerrahi Uzmanı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, drzehraunal@gmail.com

Visconti ve arkadaşları 2009 yılına kadar literatürde kayıtlı olan tüm aksiller ektoptik meme kanserlerini içeren derlemelerinde 171 hastanın verilerini değerlendirmişlerdir. Buna göre aksiller yerleşimli PEMK vakalarında sentinel nod çalışmasının rolünün net olmadığını ve genel eğilimin aksiller disseksiyon yapılması yönünde olduğunu bildirmişlerdir(10).

Burada sunduğumuz vaka, oldukça nadir görülen bir tip olan primer ektoptik meme medullar karsinom tanılı bir hasta olup aksillada 1 adet histopatolojik tanısı olan metastatik lenf nodu mevcuttu.

Medullar meme kanserinin diğer invaziv meme kanserlerine göre daha iyi bir prognoza sahip olduğu birçok çalışmada belirtilmektedir. Huober ve arkadaşları 13 çalışmanın analizini yapmışlar ve 14 yıllık takipte hastalıksız sağ kalım ve hayatta kalma sürelerinin sırası ile medüller karsinomda %76 ve %66 iken invaziv duktal karsinomda ise %64 ve %57 olduğunu ifade etmişlerdir (18). Medüller kanserlerde de diğer infiltratif duktal karsinomlar gibi tümör boyutu, derecesi ve lenf nodu durumuna göre tedavi planlanmalıdır.

PEBC oldukça nadir karşılaşılan bir hastalıktır. Tanı sırasında yaşanan gecikmeleri önlemek için ayrıntılı muayene ve anamnez önemlidir. Özellikle milk-line yerleşimli lezyonlarda mutlaka ektoptik meme dokusu olabileceği hatırlanmalıdır. Ektoptik meme kanseri tedavisi diğer meme kanserleri gibi cerrahi, adjuvan kemoterapi, radyoterapi ve antihormonal tedavi kombinasyonlarını içerecek şekilde yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Tjalma WA, Senten LL. The management of ectopic breast cancer--case report. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2006;27(4):414-416.
2. Méhes K. Association of supernumerary nipples with other anomalies. *J Pediatr.* 1983;102(1):161. doi:10.1016/s0022-3476(83)80321-7
3. Sternlicht MD. Key stages in mammary gland development: the cues that regulate ductal branching morphogenesis. *Breast Cancer Res.* 2006;8(1):201.
4. Kajava Y. The proportion of supernumerary nipples in the Finnish population. *Duodecim* 1915; 1:143-70.
5. Famá F, Cicciú M, Sindoni A, et al. Prevalence of Ectopic Breast Tissue and Tumor: A 20-Year Single Center Experience. *Clin Breast Cancer.* 2016;16(4):e107-e112.
6. Conversi A, Meggiorini ML, Fino P, Soda G, Scuderi N, Onesti MG. Axillary ectopic lobular carcinoma of breast: two rare case reports. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2017;21(18):4124-4128.
7. Wysokinska EM, Keeney G. Breast cancer occurring in the chest wall: rare presentation of ectopic milk line breast cancer. *J Clin Oncol.* 2014;32(10):e35-e36. doi:10.1200/JCO.2012.47.8958
8. Irvin WP, Cathro HP, Grosh WW, Rice LW, Andersen WA. Primary breast carcinoma of the vulva: a case report and literature review. *Gynecol Oncol.* 1999;73(1):155-159.
9. Chiari HH. Zur Frage des Karzinomas in Aberraten Brustdrüsen-gewebe. *Bruns Beitr Klin Chir.* 1958; 197: 307-314
10. Visconti G, Eltahir Y, Van Ginkel RJ, Bart J, Werker PM. Approach and management of primary ectopic breast carcinoma in the axilla: where are we? A comprehensive historical literature review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2011;64(1):e1-e11.
11. Famá F, Cicciú M, Sindoni A, et al. Prevalence of Ectopic Breast Tissue and Tumor: A 20-Year Single Center Experience. *Clin Breast Cancer.* 2016;16(4):e107-e112.
12. Coras B, Landthaler M, Hofstaedter F, Meisel C, Hohenleutner U. Fibroadenoma of the axilla. *Dermatol Surg.* 2005;31(9 Pt 1):1152-1154.
13. Evans DM, Guyton DP. Carcinoma of the axillary breast. *J Surg Oncol.* 1995;59(3):190-195.
14. Marshall MB, Moynihan JJ, Frost A, Evans SR. Ectopic breast cancer: case report and literature review. *Surg Oncol.* 1994;3(5):295-304.
15. Wang XX, Jiang YZ, Liu XY, Li JJ, Song CG, Shao ZM. Difference in characteristics and outcomes between medullary breast carcinoma and invasive ductal carcinoma: a population based study from SEER 18 database. *Oncotarget.* 2016;7(16):22665-22673.
16. Cogswell HD, Czerny EW. Carcinoma of aberrant breast of the axilla. *Am Surg.* 1961;27:388-390.
17. Markopoulos C, Kouskos E, Kontzoglou K, Gogas G, Kyriakou V, Gogas J. Breast cancer in ectopic breast tissue. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2001;22(2):157-159.
18. Huober J, Gelber S, Goldhirsch A, et al. Prognosis of medullary breast cancer: analysis of 13 International Breast Cancer Study Group (IBCSG) trials. *Ann Oncol.* 2012;23(11):2843-2851.