

## MEMENİN TAŞLI YÜZÜK HÜCRELİ KARSİNOMU

Erdener ÖZER, Kutsal YÖRÜKOĞLU, Emek ÖZEN

D.E.Ü. Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

### ÖZET

*Memenin Taşlı Yüzük Hücreli Karsinomları, meme kanserlerinin seyrek görülen agresif bir formudur. Bu lezyonlar, tek başlarına bulunabilecekleri gibi, duktal veya lobular karsinomun bir varyantı olarak karşımıza çıkabilirler. Mikroskopik tanısı için; intrasitoplazmik müsin içeren neoplastik hücrelerin tümör dokusunun en az %20'sini oluşturması veya bir büyük büyütmeye sayılarının en az 20 olması gerekmektedir. Ayırıcı tanısında memenin kolloid karsinomu ve lipid salgılayan karsinomları düşünülmelidir. Bu makalede, Memenin Taşlı Yüzük Hücreli Karsinomu tanısı almış bir olgu bildirilmekte ve bu meme karsinomu formu histogenezi, histolojik tanı, sıklık, prognoz ve ayırıcı tanı yönünden değerlendirilmektedir.*

**Anahtar sözcükler:** Taşlı yüzük hücre, meme kanseri

### SUMMARY

*Signet ring carcinomas of the breast have been seperated as an aggressive and unique subtype of breast cancer. These can manifest as a pure lesion or as a variant of ductal and lobular carcinoma. Lesions should contain foci with more than 20 neoplastic cells with intracytoplasmic mucin per high-power field or these cells should be comprised at least %20 of the tumor mass. One must differentiate these lesions from lipid-rich carcinomas and colloid carcinomas of the breast. In this paper we present a case of signet cell ring carcinoma of the breast and overview the histogenesis, histological features, incidence, prognosis and differetial diagnosis of this form of breast cancer.*

**Key words:** Signet-ring cell, breast cancer

İlk kez 1941 yılında Saphir(1) tarafından tanımlanan memenin taşlı yüzük hücreli karsinomu (MTYHK), genellikle infiltratif duktal ve/veya infiltratif lobuler karsinomun bir varyantı olarak ele alınmaktadır(1-3). Hatta infiltratif lobuler karsinomların %15'i MTYHK niteliğindedir(3).

Değişik serilerde MTHYK'nun sıklığı %2 ile 4.5 arasında, olgularının yaş dağılımı ise 33-87

arasında değişmektedir(4-7). Serozal yüzlere metastaz yaparak, gastrointestinal sistem hastalıklarını taklit etmekte ve kötü prognoz göstermektedir(5).

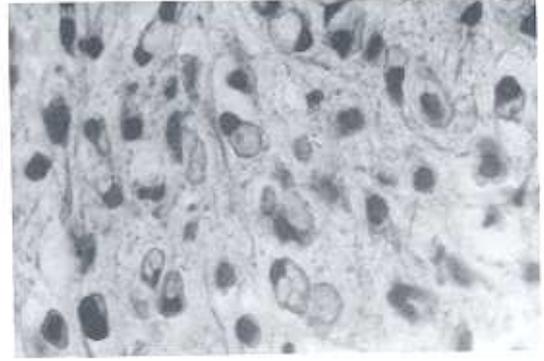
Mikroskopik tanı için, taşlı yüzük hücrelerinin neoplastik dokunun en az %20'sini oluşturması veya bir büyük büyütmeye en az 20 tane müsin içeren neoplastik hücre bulunması gerekir(5,6).  
Muskarmen, Periyodik Asit Schiff ve Alcian

Blue gibi mûsin boyaları neoplastik hücrelerin sitoplazmalarını kuvvetli pozitif boyar ve ultrastrüktürel olarak en karakteristik bulgu mûsin içeren intrasellüler lumina varlığıdır(8). Ayrıca bu hücrelerin konkomite veya amfikrin nitelikte nöroendokrin nitelik gösterebileceği bildirilmektedir(4).

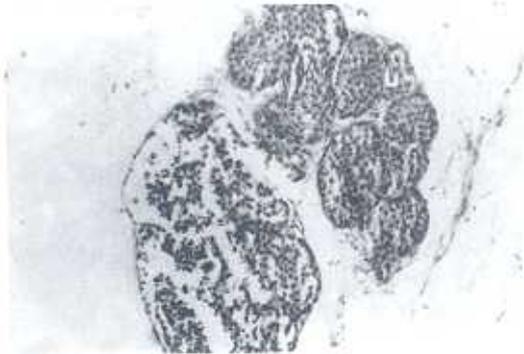
### OLGU

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'na gönderilen, meme cilt altı dokusu: 4.5X3X1.5cm boyutlarında, lipomatöz görünümde, kesit yüzü yer yer 2-3mm çapında nispeten solid, gri beyaz alanlar içermektedir.

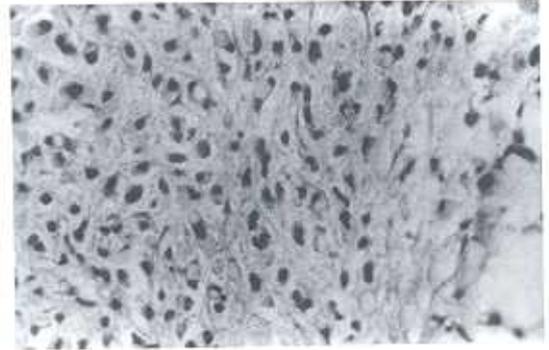
Mikroskopik olarak lobüler karsinoma in situ alanları yanısıra (Şekil 1), neoplastik dokunun %80'ini kaplayan neoplastik taşlı yüzük hücrelerinden (Şekil 2) oluşmuş infiltratif karsinom alanları mevcuttur(Şekil 3). Hematoksilen Eosin boyası yanısıra yapılan Musikarmen boyası, neoplastik hücrelerin çoğunda kuvvetli intrasitoplazmik mûsin boyanmasını ortaya koymuştur.



Şekil 2. Neoplastik taşlı yüzük hücreleri



Şekil 1. Lobüler karsinoma in situ alanları



Şekil 3. İnfiltratif taşlı yüzük hücreli karsinom alanları

## TARTIŞMA

MTYHK; memenin müsinöz, papiller, infiltratif duktal ve lobüler karsinomlarında görülmektedir (4). Ultrastrüktürel olarak gözlenen intrasitoplazmik fibril ve dağınık mikrotubul varlığı, lobüler karsinomların da ultrastrüktürel özellikleri arasında yer alır(6). Memenin kistik hastalığında saptanan Gross Cystic Disease Fluid Protein'in MTYHK'nda da ortaya konması dikkat çekicidir(9). Sonuçta MTYHK'nun tek bir meme karsinomu türünün varyantı olmadığı düşünülmektedir(5-10). İmmun ve sitometrik çalışmalarda elde edilen bulgular, diğer prognozu kötü meme karsinom tiplerinde elde edilenlere benzerlik göstermektedir(9).

MTYHK'nda mortalite ve uzak metastaz oranının yüksek olması dikkat çekicidir(5). Lenf düğümünü tutması sinus catarrı şeklindedir ve bu durum sinus histiosis ile karışabilmektedir(11).

Ayırıcı tanıda düşünülecek bir tip olan memenin kolloid karsinomunda, farklı olarak taşlı yüzük hücreleri daha az sayıdadır ve neoplastik hücrelerin en az %50'sinde ekstrasellüler olarak müsin bulunur(6,8). Ayrıca lipid salgılayan meme karsinomları ile karışabilmektedir ve ayırıcı tanıda lipid boyalarından yararlanır(8).

Sonuç olarak MTYHK, meme karsinomlarının birçok tipinin bir varyantı olarak karşımıza çıkmakta ve prognozunun kötü olması nedeniyle tanı kriterlerinin iyi bilinmesi gerekmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Saphir O. Mucinous carcinoma of the breast. Surg Gynae Obs 1941; 72: 908-14.
2. Foote FW, Stewart FW. Lobular carcinoma in situ. Am J Pathol 1941; 17: 491-6.
3. Gad A, Azzopardi J. Lobular carcinoma of the breast. J Clin Pathol 1975; 28: 711-6.
4. Maluf HM, Zukerberg LR, Dickersin GR, et al. Spindle cell argyrophilic mucin producing carcinoma of the breast. Am J Surg Pathol 1991; 15(7): 677-86.
5. Hull M, Seo I, Battersby J, Csicskeo J. Signet cell carcinoma of the breast. Am J Clin Pathol 1980; 73: 31-5.
6. Merino MJ, Livolsi VA. Signet cell carcinoma of the breast. Cancer 1981; 48: 1830-7.
7. DiCostanzo D, Rosen PP, Gareen I, Franklin S, Lesser M. Prognosis in infiltrating lobular carcinoma. Am J Surg Pathol 1990; 14: 12-23.
8. Steinbrecher J, Silverberg S. Signet cell carcinoma of the breast. Cancer 1976; 37: 828-840.
9. Mazoujian G, Bodian C, Darrow E, Haagensen JR, Cuschman D. Expression of GCDFP-15 in breast carcinomas. Cancer 1989; 63: 2156-61.
10. Fisher ER, Gregorio RM, Fisher B, Redmond C. The pathology of invazive breast cancer. Cancer 1975; 36: 1-85.
11. Gould E, Perez J, Saaivedra J, Legaspi A. Signet cell sinus histiosis. Am J Clin Pathol 1989; 92: 509-12.