

## Küçük Hücreli Dışı Akciğer Karsinomu Olan Erkek Olguda Nadir Bir Tutulum: Meme Metastazı

### Breast Metastasis: A Rare Involvement in a Male Patient with Nonsmall Cell Lung Carcinoma

Pelin Duru Çetinkaya<sup>1</sup>, Serir Aktoğu Özkan<sup>1</sup>, Onur Fevzi Erer<sup>1</sup>, Gülsüm Arı<sup>1</sup>, Ali Veral<sup>2</sup>

<sup>1</sup>İzmir Dr. Suat Seren Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Kliniği, İzmir, Türkiye  
<sup>2</sup>Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

#### ÖZET

Meme, küçük hücreli dışı akciğer karsinomunun nadir olarak metastaz yaptığı organlardan biridir. Küçük hücreli dışı akciğer karsinomu tanısı konulan, 59 yaşındaki erkek hastada meme dokusunun biyopsisi ve immunhistokimyasal analizi sonucu meme metastazı saptanmıştır. Olgu nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur. (*Tur Toraks Der 2010;11: 35-8*)

**Anahtar sözcükler:** Meme, metastaz, akciğer kanseri

*Geliş Tarihi:* 16. 08. 2007 *Kabul Tarihi:* 24. 11. 2007

#### ABSTRACT

The breast is one of the uncommon site of metastasis in non-small cell lung cancer. Breast metastasis was detected by breast tissue biopsy and immunohistochemical analysis in a 59 year old male patient who was diagnosed previously as non-small cell lung cancer. We reported this case because it is extremely rare. (*Tur Toraks Der 2010;11: 35-8*)

**Key words:** Breast, metastasis, lung cancer

*Received:* 16. 08. 2007 *Accepted:* 24. 11. 2007

#### GİRİŞ

Meme, diğer organ kanserlerinin nadir olarak metastaz yaptığı bir dokudur. Metastatik meme tümörü, tüm meme kanserlerinin %1.2-%6.6 sını oluşturur [1-4]. Geniş fibröz doku alanları ve nispeten kötü kanlanması nedeniyle, meme metastaz için uygun bir organ değildir. Primer akciğer kanserinin meme dokusuna metastaz yapma sıklığı da oldukça nadirdir (<%0.5) [5,6]. Bu makalede küçük hücreli dışı akciğer karsinomunun (KHDAK) meme metastazı yapmış olduğu erkek hasta literatür bilgileri eşliğinde tartışılmıştır.

#### OLGU

Elli dokuz yaşındaki erkek hasta, iki aydır devam eden göğüs ağrısı, öksürük, halsizlik, kilo kaybı (2 ayda 5 kilo) yakınmaları ile başvurdu. Sigara içme öyküsü 80 paket/yıldı. Fizik muayenede; arteriyel kan basıncı: 140/70 mmHg olup, solunum sistemi muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar bulgularında; eritrosit sedimentasyon hızı 35mm/saat, diğer biyokimyasal ve hematolojik parametreler normaldi. Akciğer grafisinde, sol akciğerde perihiler alanda sınırları düzensiz homojen dansite artışı ve sol akciğer alt zonda 5x4 cm çapında sınırları düzenli homojen dansite artışı izlendi (Şekil 1). Bilgisayarlı toraks tomografisinde (BT), sol hiler yumuşak doku kitlesi, sol alt lobda subplevral noduler lezyon sap-

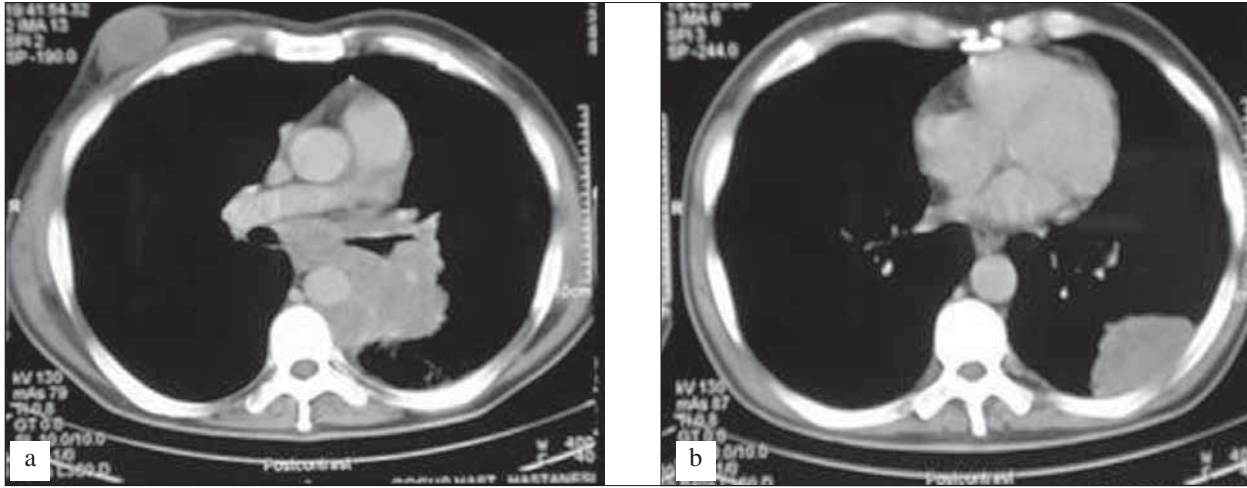
tandı. Fiberoptik bronkoskopi de, sol üst lob girişi öncesinde, sol ana bronş lateral duvarında, lümene doğru dıştan bası bulguları ve pillenme artışı saptandı. Buradan mukoza biyopsisi ve transbronşiyal ince iğne aspirasyonu (TBİA) yapıldı. Sol alt lob apikal segment mukozal kabarıklık ile tama yakın tıkalı izlendi ve TBİA ve fırçalama yapıldı. Her iki TBİA nun ve bir adet mukoza biyopsisinin



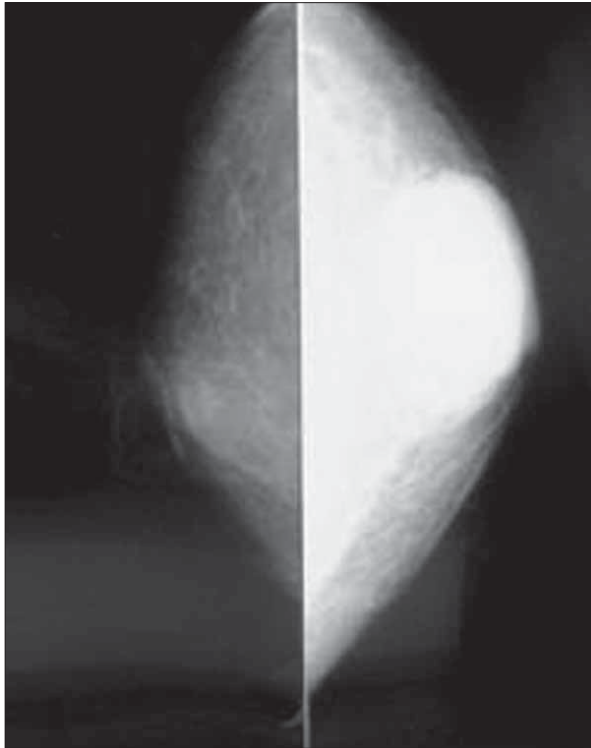
**Şekil 1.** İlk başvurudaki akciğer grafisinde, sol akciğer hilusunu büyüten homojen dansite artışı ve alt zonda 5x4 cm çapında sınırları düzenli homojen dansite artışı

**Sunulduğu Kongre:** Türk Toraks Derneği 8. Yıllık Kongresi, 27 Nisan-1 Mayıs 2005, Kemer, Antalya

**Yazışma Adresi / Address for Correspondence:** Pelin Duru Çetinkaya, İzmir Dr. Suat Seren, Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları ve Tüberküloz Kliniği, İzmir, Türkiye Tel: +90 532 707 75 06 E-posta: pelindurucetinkaya@hotmail.com



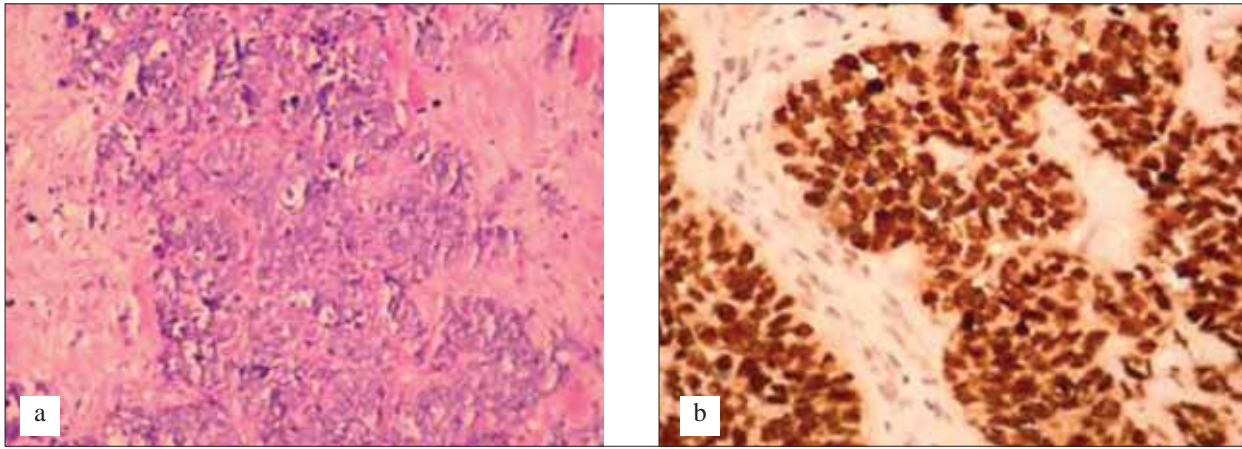
**Şekil 2a-b.** Toraks BT de: mediyasten ve sol pulmoner artere invaze, santral nekrotik kitle, sol akciğer posterobazalde, 5 cm çapında subplevral kitle ve sağ meme düzeyinde 4.5 cm çapında solid yumuşak doku dansitesi



**Şekil 3.** Mammografi de sol meme normal ve sağ memede solid opasite

histopatolojik değerlendirilmesi benign, sol alt lob superior segmente ait fırçalamanın sitolojisi indifferansiye karsinom olarak raporlandı. Sol alt lob, subplevral yerleşimli periferik lezyona BT eşliğinde transtorasik ince iğne aspirasyonu yapıldı. Patolojisi, küçük hücreli dışı akciğer karsinomu idi. Evreleme amaçlı, batin ultrasonografisi (USG), beyin BT si çekildi ve metastaz saptanmadı. Aynı lob içerisine metastaz olarak değerlendirilen hastanın evresi T4NOMO (Evre 3B) olarak belirlendi. ECOG 0 olarak değerlendirilen hasta önerilen tedavi seçeneklerini kabul etmeyerek kendi isteği ile taburcu oldu. Hasta iki ay sonra sağ memesinde fark ettiği şişlik ile tekrar baş-

vurdu. Fizik muayenede, sağ meme üst iç kadranda ve areolayı dolduran cilde tutunmuş yaklaşık 4.5 x 3.5 cm, sert, fikse kitle palpe edildi. Yeni akciğer grafisinde lezyonlarda progresyon saptandı. BT de, sol ana bronş başlangıç kesimi ve alt lob bronşundan köken alan, aortikopulmoner pencere, karina, posterior mediyasten, desenden aorta ve sol pulmoner artere invazyon olduğu düşünülen, en geniş çapı 8 cm'e ulaşan, santral nekrotik kitle ve mediyastende en büyüğü sağ paratrakeal yerleşimli yaklaşık 2.5 cm çapa ulaşan lenf nodları izlendi. Sol akciğer posterobazal düzeyde en geniş çapı 5 cm'e ulaşan subplevral kitle lezyonu ve hastanın ilk toraks BT'sinde saptanmayan sağ meme düzeyinde en geniş çapı 4,5 cm olan solid yumuşak doku dansitesi izlendi (Şekil 2 a-b). Batin USG de, daha öncekinde izlenmeyen sağ sürrenal metastazı bulundu. Meme USG de sağ memede kitle lezyonu ve sağ aksillada lenfadenopati (LAP) belirlendi. Mammografi de sağ memede retroareolar yaklaşık 3.7 x 3.5 x 2.8 cm çapında lokule kenarlı, keskin konturlu, solid özellikle opasite ve sağ aksiller, 1 cm çapında LAP saptandı (Şekil 3). Sağ memedeki kitleye ince iğne aspirasyonu yapıldı ve sitolojisi küçük hücreli dışı karsinom metastazı, primer olarak öncelikle bronş sistemi düşünülmüştür olarak raporlandı. Kitlenin primerini saptamak ve immunhistokimyasal inceleme yapabilmek için memeden doku biyopsisi yapıldı. Histopatolojik incelemede; desmoid stroma içerisinde düzensiz yığınlar oluşturmuş, az diferansiye, iri veziküler nükleuslu, asidofil sitoplazmalı malign epitelyal hücre grupları izlendi. Immunhistokimyasal incelemede tümör hücreleri TTF-1 ile diffüz, Milk Fat Globülin ile zayıf pozitif, östrojen ve progesteron reseptörü ile negatif sonuç verdi. Bu bulgular "küçük hücreli dışı akciğer karsinomu metastazı" olarak değerlendirildi (Şekil 4a-b). Evre 4 küçük hücreli dışı akciğer karsinomu (meme metastazı) tanısıyla doze-taksel cisplatin kemoterapisi başlandı. Hasta, ilk tanının konulmasından 5 ay ve meme metastazı saptanmasından 3 ay sonra exitus oldu.



Şekil 4a-b. Düzensiz yığınlar oluşturan tümör hücreleri (HEX100) ve Tümör hücrelerinde TTF-1 pozitifliği (Anti-TTF-1X100)

**Tablo 1.** Memeye ince iğne aspirasyonu yapılarak metastatik meme karsinomu tanısı alan olgular ve primeri akciğer karsinomu olan olgular

Yazar/yıl/ kaynak no	Çalışma süresi	Meme İİA sayısı	Metastatik meme sayısı	Primeri akciğer karsinomu	Primeri akciğer karsinomunda cinsiyet
Davit,2002 (9)	10 yıl	5150	17	4 (1KHAK+3KHDAK)	1 erkek, 3 kadın
Sneige,1989 (6)	2 yıl	1034	20	6(6KHDAK)	2 erkek, 4 kadın
Mc.Crea,1983 (2)	7 yıl		16	3 (1KHAK+2KHDAK)*	
Bhagat,1990 (8)	18 yıl	>14000	2	0	0
Hadju,1972 (4)	10 yıl	4000	51	6 (5KHAK+1KHDAK)*	
Silverman,1987 (10)	12 yıl	2529	18	4(3KHAK+1KHDAK)	2 erkek, 2 kadın

\* Primeri akciğer karsinomu olan olgularda cinsiyet belirtilmemiş

## TARTIŞMA

Akciğer kanseri sıklıkla karaciğer, akciğer, beyin, sümürnal, kemik, abdominal lenf bezleri ve böbreğe metastaz yapmaktadır. KHDAK nun nadir metastaz yaptığı yerler; mide, pankreas, ince barsak, arteriovenöz hemangiom, choroid pleksus, kas, penis, memedir. Nadir görülmekle birlikte, memeye en sık malign melanom, lenfoma, lösemi ve akciğer kanseri metastaz yapmaktadır [1,3-6]. Metastatik memede ağrı, hassasiyet, akıntı çok nadir görülür ve en sık görülen klinik bulgu ele gelen kitledir [3]. Bu makalede sunulan erkek olgu da, sağ memede ele gelen kitle lezyonu ile başvurmuştur. Metastatik memede lezyonlar genellikle bilateral ve multipl olma eğilimindedir [3,4]. Buna karşılık, bu olguda tek taraflı ve tek bir metastatik lezyon saptanmıştır. Erkeklerde meme kanseri tüm meme kanserlerinin %1 ini oluşturur ve metastatik meme karsinomu erkeklerde daha da nadir görülmektedir [7,8].

Tablo 1 de özetlenen çalışmalar; memeye ince iğne aspirasyonu yapılan olgularda metastatik meme kanserinin nadir görüldüğünü, erkek olgularda görülme sıklığının daha da nadir olduğunu göstermektedir. KHDAK nun, KHAK na göre daha fazla sıklıkta memeye metastaz yapmış olduğu saptanmıştır [2,4,6,8-10]. Ramar ve ark. 56 yaşındaki erkek olguda KHDAK nun memeye metastazını sunmuşlardır [5]. Masmoudi ve ark. 54 yaşındaki bayan hastada meme metastazı yapmış olan akciğer adenokarsinomunu yayınlamışlardır [11]. Sadikot ve ark. 47 yaşındaki kadın olguda memeye metastaz yapmış olan KHDAK bildirmişlerdir [1].

Memeye metastaz yapmış akciğer kanserinde, sağ kalım genellikle kötüdür ve metastaz saptandıktan sonraki yaşam süresi ortalama 3 - 6 ay olarak bildirilmektedir [6]. Bu makalede sunulan olgu akciğer karsinomu tanısından 5 ay, memeye metastaz saptandıktan 3 ay sonra exitus olmuştur. Buna karşılık Gomez-Caro ve ark., bir erkek hastada, adenokarsinom nedeniyle uyguladıkları pnömonektomiden 18 ay sonra meme metastazı saptamışlardır. PET ile yapılan taramada başka tutulum görülmemesi üzerine mastektomi uygulamışlar, gerek histopatolojisi gerekse de sitokeratinleri ile KHDAK nun meme metastazını belirlemişler ve hastanın mastektomiden 6 ay sonra semptomsuz olduğunu bildirmişlerdir [12].

Sonuç olarak primer akciğer karsinomunun meme dokusuna metastazı nadir görülmekte olup, erkek olgularda daha da nadir olarak ortaya çıkmaktadır. Genellikle sağ kalım kötüdür. Bu olgularda primer veya metastatik meme karsinomunun ayırımının yapılması önemlidir ve buna göre tedavileri planlanır.

## KAYNAKLAR

1. Sadikot RT, Renwick DS, DaCosta P, et al. Breast metastasis from non small cell lung cancer. South Med J 1997;90:1063-4.
2. McCrea ES, Johnston C, Haney PJ. Metastases to the breast. AJR 1983;141:685-90.
3. Akçay MN. Metastatic disease in the breast. The Breast 2002;11:526-8.
4. Hajdu SI, Urban JA. Cancers metastatic to the breast. Cancer 1972;29:1691-6.

5. Ramar K, Pervez H, Potti A, Mehdi S. Breast metastasis from non small cell lung carcinoma. *Medical Oncology* 2003;20:181-4.
6. Sneige N, Zacharian S, Fanning TV. Fine-needle aspiration cytology of metastatic neoplasms in the breast. *Am J Clin Pathol* 1989;92:27-35.
7. Tatar D, Böncü M, Yıldırım Y, ve ark. Erkeklerde ileri evre meme kanseri (olgu sunumu). *Akciğer Arşivi* 2002;1:37-40.
8. Bhagat P, Kline TS. The male breast and malignant neoplasms. *Cancer* 1990;65:2338-41.
9. David O, Gattuso P, Razan W, et al. Unusual cases of metastases to the breast. *Acta Cytologica* 2002;46:377-85.
10. Silverman JF, Feldman PS, Covell JL, Frable WJ. Fine needle aspiration cytology of neoplasms metastatic to the breast. *Acta Cytologica* 1987;31:291-300.
11. Masmoudi A, Mathieu MC, Soria JC. Breast metastasis from lung adenocarcinoma: a case report. *Anticancer Research* 2003;23:1825-6.
12. Gomez-Caro A, Pinero A, Roca MJ, et al. Surgical treatment of solitary metastasis in the male breast from non-small cell lung cancer. *The Breast Journal* 2006;12:366-7.