

# Sekretuar(Juvenil) Karsinom: Olgu Sunumu

## Secretory Carcinoma: A Case Report

Nevin TOPAK<sup>1</sup>, Fatma Hüsniye DİLEK<sup>1</sup>, Hamide SAYAR<sup>2</sup>, Fatma AKTEPE<sup>1</sup>

Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Patoloji AD, Afyonkarahisar  
Afyon Devlet Hastanesi, Patoloji AD, Afyonkarahisar

**ÖZET:** Onaltı yaşında bir kız çocuğun sağ memesinde bulunan 4,5x3,5x3 cm boyutlarda kitle eksizyonel olarak çıkarıldı. Kitlenin makroskopik incelemesinde; çevreden çok iyi sınırlı, fakat kapsülsüz tümöral doku izlendi. Tümörün mikroskopik görüntüsü belirleyici olup, eozinofilik sekresyonla dolu lümen oluşturan eozinofilik, granüler veya berrak sitoplazmalı hücrelerle döşeli tubuloalveolar ve fokal papiller yapılar vardı. Hücrelerin bazılarında nükleus belirgin nükleol içermekteydi, mitoz nadir olarak izlendi. S-100 protein, östrojen ve progesteron reseptörü, poliklonal karsinoembriyjenik antijen (CEA) antikorları ile yapılan immunhistokimyasal boyamalarda S-100 ile pozitif reaktivite görüldü. Östrojen ve progesteron reseptörü, CEA ile pozitif reaktivite saptanmadı. Bu bulgularla olguya sekretuar karsinom tanısı verildi. Meme tümörlerinin nadir görülen tipi olan sekretuar karsinom, meme kanserlerinin %1'inden azını oluşturur. Prognozu çok iyidir ve bir çok seride 5 yıllık yaşam %100'e yakın olarak bildirilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** meme kanseri, juvenil kanser, sekretuar kanser

**ABSTRACT:** 16 year-old girl with a mass measuring 4,5x3,5x3 cms, in the right breast was presented. The patient underwent surgical resection. Grossly, it was a noncapsulated, well circumscribed neoplasm. The microscopic appearance was distinctive. Tubuloalveolar and focally papillary formations, lined by cells with eosinophilic, granular or clear cytoplasm were seen forming lumina filled by an eosinophilic secretion. Some nucleus had prominent nucleoli, but mitoses were very scant. Immunohistochemistry was performed by using the following antibodies: S-100 protein, oestrogen and progesterone receptor and polyclonal carcinoembryonic antigen (CEA). The tumor cells were positive for S-100 protein and negative for, oestrogen and progesterone receptor and CEA. Clinical and morphological findings were consisted with a secretory carcinoma. Secretory carcinoma of the breast is a rare variant of the breast carcinoma. It is accounting less than 1% of all breast neoplasms. The overall prognosis is excellent, most series quoting a 5-year survival rate close to 100%.

**Key Words:** breast carcinoma, secretory carcinoma, juvenil carcinoma

### GİRİŞ

Sekretuar meme karsinomu infiltratif meme kanserlerinin %1'inden azını oluşturan oldukça nadir görülen bir tümördür(1,2). Genel olarak çocuklarda görülmesine rağmen tüm yaş gruplarında görülebilir(2,3). Hastaların çoğu kadın olmakla birlikte erkeklerde de bildirilmiştir.(1,3,4,5).

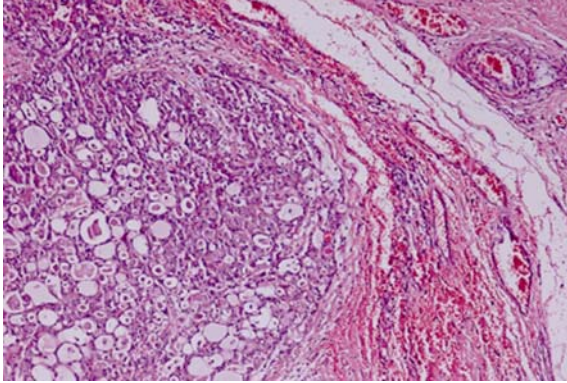
### OLGU SUNUMU

Onaltı yaşında sağ memede kitle şikayeti ile başvuran kız çocuğunda kitle eksizyonel olarak çıkarılmıştır. Materyalin makroskopik incelemesinde

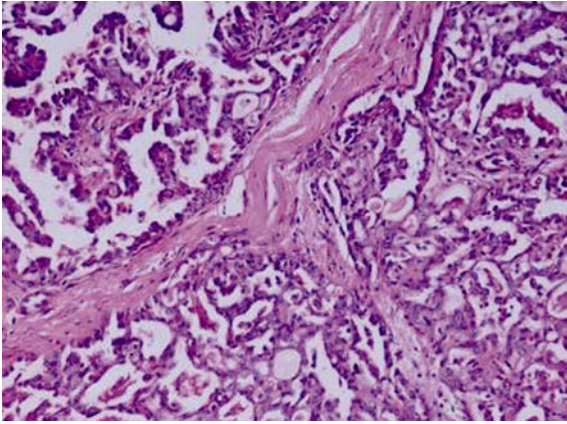
7x6x5,5 cm ölçülerinde gri sarı, gri-kahverenkli meme dokusunda çevreden iyi sınırlı, 4,5x3,5 cm ölçülerinde beyaz- kahverenkli tümör dokusu görüldü. Tümörü oluşturan hücreler uniform, veziküler nükleuslu olup bazılarının nükleolleri belirgindi. Hücreler tubulo-alveolar ve yer yer papiller yapı oluşturmaktaydı (Resim 1). Hücrelerin sitoplazmaları eozinofilik, granüler veya şeffaf görünümdeydi. Tubuler yapılar içinde pembe ya da yoğun eozinofilik boyanan, sekresyon materyali mevcuttu (Resim 2). Materyal uygulanan PAS histokimyasal boyası ile pozitif boyandı. Hücrelerde belirgin atipik değişiklikler yoktu, mitoz nadir olarak izlendi. Yapılan immunohistokimyasal boyamalarda tümör hücrelerinde S-100 ile diffüz pozitif reaktivite görülürken östrojen-progesteron reseptörü ve poliklonal CEA ile pozitif reaktivite saptanmadı. Tipik morfolojik görünümü ve destekleyen boyanma özellikleri ile olguya sekretuar karsinom tanısı verildi.

Yazışma ve tıpkı basım için; Dr. Nevin Topak  
Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi Patoloji AD, AFYON  
GSM: 0537 406 12 38 Faks: 0 272 2133066  
(E-posta: ntopak@hotmail.com)

Not: Olgu 1-6 Ekim 2004 tarihinde yapılan XVII. Ulusal Patoloji Sempozyumu'nda poster olarak sunulmuştur.



**Resim 1.** Çevreden iyi sınırlı, amorf eozinofilik materyal içeren tubuloalveoler yapılardan oluşan tümör H&E X100



**Resim 2.** Tümörde yer yer görülen papiller yapılar H.&E X200

## TARTIŞMA

Sekretuar karsinom ilk olarak 1966 yılında McDivit ve Stewart tarafından juvenil meme karsinomu olarak tanımlanmıştır (1,3,6,7). Başlangıçta sadece çocuklarda görüldüğü düşünülmeyle birlikte görülme yaş aralığı geniştir. Yaş dağılımı 3 ile 87 arasında değişir(2,3). Hastaların çoğu kadındır. Ancak erkek hastalarda da görülebileceği bildirilmektedir (1,3,4,5).

Memenin herhangi bir bölgesinden gelişebilmekle birlikte en sık subareolar bölgeye lokalizedir (2,6). Genellikle sert, mobil ve iyi sınırlıdır (1,2,6,8). Çapı 1 cm'in altında olabildiği gibi 16 cm'den daha büyük de olabilir (1). Literatürde ektopik meme dokusundan geliştiği bildirilen sekretuar meme karsinomu olguları da mevcuttur (9).

Bizim olgumuz 16 yaşında kız çocuğu olup kitlesi 4,5 cm çapında ve çevreden iyi sınırlıydı.

Klinik ve radyolojik olarak genellikle fibroadenom ve fibrokistik değişiklikleri taklit eder.

Mamografide benign opasite, asimetrik dansite artışı veya mikrokalsifikasyon görülebilir. USG'de iyi sınırlı hipoekoik nodül görünümündedir (1,3,6).

Meme kanserlerinde bildirilen hormonal bozukluk, karsinojen maruziyeti, genetik ve çevresel faktörler, jinekomasti gibi risk faktörlerinin sekretuar meme karsinomu gelişimi üzerine etkisi açık değildir (3).

Histopatolojik olarak genellikle sınırlı olmakla birlikte yağ doku invazyonu sık görülür. Tümör yapısal olarak 3 paternin kombinasyonundan oluşur. Bu paternler:

1- Mikrokistik (bal peteği) paterni: tiroid foliküllerini anımsatan küçük kistlerden oluşur.

2- Sıkıca bir araya gelmiş solid patern.

3- Sekresyon içeren çok sayıda tubülden oluşan tubüler patern

Fokal papiller yapılar görülebilir (1,2,8). Lezyonun merkezinde sklerotik alan bulunabilir. Neoplastik hücreler soluk ya da granüler sitoplazmalıdır. Nükleus oval şekilli olup küçük nükleoller vardır. Çok sayıda değişik büyüklükte intrasitoplazmik lümen bulunur. İntrasitoplazmik lümenlerin birleşimi sonucunda mikrokistik yapılar oluşur(10). İntrasitoplazmik ve ekstrasitoplazmik alanlarda sekresyon bulunur (1-3,5,6,8). Sekresyon materyali alsian mavisi, PAS ve PAS-diyastaz ile pozitif boyanır(1-3). Mitoz ve nekrotik alan nadirdir. Tümör içinde veya sınırda duktal karsinoma in situ alanı görülebilir(10).

Hücreler immunhistokimyasal olarak genellikle alfa laktalbümin, keratin, S-100 protein ve CEA ile pozitif boyanır (1,3). Olguların çok büyük bir kısmında östrojen ve progesteron reseptörü negatiftir (6).

Literatürdeki olguların büyük bir kısmı gibi bizim olgumuz da östrojen ve progesteron reseptörü ile negatif reaktivite gösterdi(10). Ancak literatürdeki bilgilerin aksine CEA ile pozitif reaktivite saptamadık.

Sitolojik incelemelerde hücrelerin görünümü özellikle laktasyonel değişiklik ve laktasyonel adenom gibi benign epitelyal proliferatif lezyonlara benzediği için ince iğne aspirasyon sitolojisinde yanlış tanı alabilir. Sitolojik incelemede belirgin intrasitoplazmik vakuolizasyon görülmesi tanıda yardımcıdır (2,5).

Kistik hipersekretuar hiperplazi, taşlı yüzük hücreli meme karsinomu ve laktasyonel adenomu içeren diğer sekretuar görünümlü meme lezyonları ile histopatolojik ayırıcı tanısı yapılmalıdır (2-3).

Prognozunun klasik duktal karsinoma göre daha iyi olduğu kabul edilmektedir. Bazı serilerde 5

yıllık sağ kalım oranını %100'e yakın olarak verilmektedir (1). Genç yaşlarda ve lezyonun periferinde stromal invazyon yokluğunda prognoz daha iyidir (7). Yaşlı hastalar gençlere göre hafifçe daha agresif gidiş gösterir (10). Lokal rekürrens görülebilmekle birlikte lezyon çapı 2 cm'in altında ise bu olasılık düşüktür (7,11). Uzak metastaz oldukça nadir olmakla birlikte literatürde uzak metastaz yaptığı bildirilen olgular mevcuttur(12).

Tedavisi konusunda tartışmalar mevcuttur (13). Lokal eksizyonun yeterli tedavi sağlamadığına dair görüşler bulunmakta ve basit mastektomi ya da radikal mastektomi yapılması önerilmektedir (9,12).

Sonuç olarak olguyu klinik, makroskopik ve histopatolojik özellikleri nedeniyle sekretuar karsinom olarak değerlendirdik. Sekretuar karsinom nadir görülen bir meme tümörü olduğu için olguyu literatür eşliğinde sunduk.

#### **KAYNAKLAR**

1. Rosai J(ed), Rosai and Ackerman's Surgical Pathology In: Breast. Mosby Edinburg 2004 9rd ed, p.20:1809.
2. Tavassoli FA(ed). Pathology of The Breast. In: Infiltrating Carcinoma: Special Types. Appleton&Lange Stamford Connecticut. 1999 2rd ed, p.522-27.
3. de Bree E, Askoxylakis J, Giannikaki E, Chroniaris N, Sanidas E, Tsiftsis DD. Secretary carcinoma of the male breast. Ann Surg Oncol. 2002;9(7):663-7.
4. Kuwabara H, Yamane M, Okado S; Secretary breast carcinoma in a 66 year old man. J Clin Pathol 1998;51:545-547.
5. Kavalakat AJ, Covilakam RK, Culas TB; Secretary carcinoma of the breast in a 17 year-old male; World J Surg Oncol. 2004 Jun 2;2(1):17.
6. Bond SJ, Buchino JJ, Nagaraj HS, McMaster KM, Sentinel lymph node biopsy in juvenil secretary carcinoma. J Pediatr Surg. 2004;39(1):120-1.
7. Costa NM, Rorigues H, Pereira, Pardal F, Matos E, Secretary breast carcinoma case report and review of the medical literature Breast. 2004;13(4):353-5.
8. Murpy JJ, Morzaria S, Gow KW, Magee F. Breast cancer in a 6 year old child.J Pediatr Surg. 2000; 35(5):765-7.
9. Shin SJ, Sheik FS, Allenby PA, Rosen PP, İnvasive secretary (juvenil) carcinoma arising in ectopic breast tissue of the axilla. Arch Pathol Lab Med.2001;125(10):1372-4.
10. Tavassoli F.A, Devilee P(eds), Tumors of the Breast and Female Genital Organs: Tumors of the Breast. IARCPress Lyon 2003 5rd ed, p.1:42-3
11. Karl SR, Ballantine TV, Zaino R. Juvenile secretary carcinoma of the breast. J Pediatr Surg. 1985;20(4):368-71.
12. Herz H, Cooke B, Goldstein D. Metastatic secretary breast cancer. Non-responsiveness to chemotherapy: a case report and review of the literature. Ann Oncol.2000;11(10):1343-7, (abstract)
13. Longo OA, Mosto A, Moran JC, Mosto J, Rives LE, Sobral F. Breast carcinoma in childhood and adolescence: Case report and review of the literature. Breast J. 1999;5(1):65-69

