

Malign Fibröz Histiyositom (Postradyasyon Sarkomu): Olgu Sunumu

Malignant Fibrous Histiocytoma (Post-Radiation Sarcoma): A Case Report
Genel Cerrahi

Başvuru: 07.02.2014
Kabul: 08.04.2014
Yayın: 13.05.2014

Turan Acar¹,ERCÜMENT TARCAN¹, KÜRŞAT YEMEZ¹, TÜRKAN ATASEVER REZANKO¹, SALİH CAN ÇELİK¹, GÜLDEN BALLI ÜLKER¹, MURAT KEMAL ATAHAN¹

¹ İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet

Meme sarkomları histolojik olarak diğer anatomik bölgelerdeki yumuşak doku sarkomlarına benzerler. Bu grup içerisinde, fibrosarkom, malign fibröz histiyositom, liposarkom, leiomyosarkom, malign schwannom, rabdomyosarkom, kondrosarkom yer alır. Biz bu yazıda, modifiye radikal mastektomi (MRM) hattında, aldığı radyoterapi sonrası malign fibröz histiyositom (MFH) gelişmiş bir olgumuzu sunmayı amaçladık. Kırk bir yaşında bayan hastaya 2003 yılında sol meme kanseri nedeniyle MRM yapılmış. Ardından altı kür kemoterapi (KT) ve altı kür de radyoterapi (RT) almış. Sonrasında sistemik (kemik + akciğer + beyin) metastaz nedeniyle tekrardan kemoterapi ve radyoterapi almış. Kontrolleri sırasında, sol memede insizyon hattı boyunca kitle oluştuğu gözlenmiş. Hastanın insizyon hattındaki kitle tarafımızca eksize edilmiştir. Patoloji sonucu, MFH/Postradyasyon Sarkomu, olarak raporlandı. Postoperatif dönemde RT aldı. Sonraki yıllarda aynı bölgede 2 kez nüks gelişti ve bunlar da eksize edildi. Bu eksize materyallerinin patolojileri de MFH, olarak raporlandı. Sarkomların klinik prezentasyonu hızlı büyüyen, büyük, ağrısız meme kitleleri şeklindedir. Nüksler çok sık görülür. Tanı kalın- iğne biyopsisi veya açık biyopsi ile konulur. Primer tedavisi geniş eksizeyondan mastektomiye kadar değişir. Palpe edilebilir lenfadenopati olmadıkça aksiller diseksiyon endike değildir.

Anahtar kelimeler: *Malign Fibröz Histiyositom, Postradyasyon Sarkomu Meme kanseri*

Abstract

Breast sarcoma is histologically similar to soft tissue sarcomas of the other anatomical regions. Fibrosarcoma, malignant fibrous histiocytoma, liposarcoma, leiomyosarcoma, malignant schwannoma, rhabdomyosarcoma, chondrosarcomas are within this group. In this case report, we have presented a patient with malignant fibrous histiocytoma (MFH) occurred on the modified radical mastectomy (MRM) incision scar after radiotherapy. A 41 year-old female, underwent MRM due to left breast cancer in 2003. After the operation she had 6 cycles of chemotherapy and radiotherapy. After a while, because of systemic metastasis (lung, brain, skeletal) she had chemoradiotherapy again. During her clinical follow-up, a mass occurred over the incision line and we have excised the tumor. The pathology report of the tumor has resulted as MFH. Due to pathology report, she had radiotherapy again. In following years she had recurrence in the same area two times. These tumors have also reported as MFH. Clinical presentation of sarcomas are in the form of rapid-growing, large, painless breast masses. Recurrences are very common. Diagnosis can made by tru-cut or excisional biopsy. Primary treatment varies from wide excision to mastectomy. Axillary lymph node dissection is not indicated unless there is a palpable lymphadenopathy.

Keywords: *Malignant fibrous histiocytom, Post - radiation sarcoma Breast cancer*

Giriş

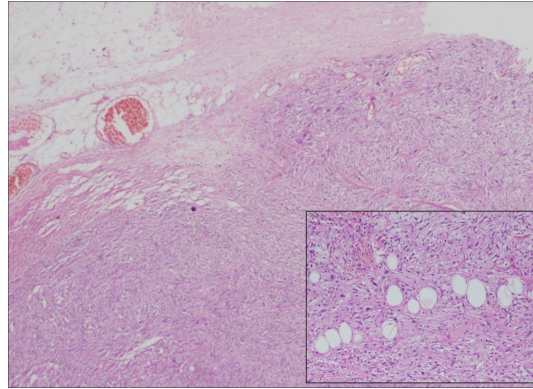
Memede meydana gelen primer sarkomlar, tüm malign meme tümörlerinin % 1'den daha azını oluşturur^{1,2}. Meme sarkomları histolojik olarak diğer anatomik bölgelerdeki yumuşak doku sarkomlarına benzerler. Bu grup içerisinde, fibrosarkom, malign fibröz histiyositom (MFH), liposarkom, leiomyosarkom, malign schwannoma, rabdomyosarkom, kondrosarkom yer alır. Bunlardan MFH'lar, ilk olarak 1964 yılında O'Brien ve Stout tarafından ayrı bir klinikopatolojik hastalık olarak tanımlanmıştır³. MFH bağ dokusu kökenli bir tümör olup, primer veya

sekonder olarak radyasyona maruz kaldıktan sonra ortaya çıkabilir^{4,5}.

Biz bu yazıda, modifiye radikal mastektomi (MRM) hattında, aldığı radyoterapi sonrası 3 kez nüks gelişen MFH tanımlı bir olgumuzu sunmayı amaçladık.

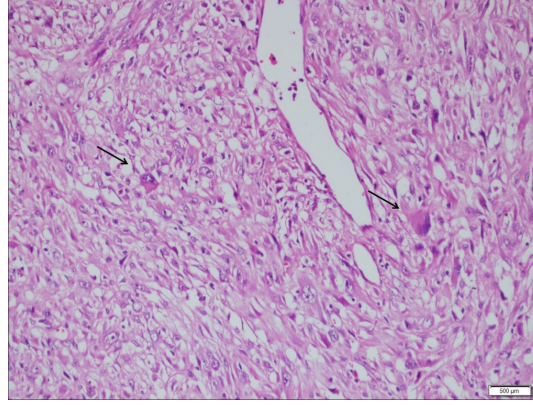
Olgu Sunumu

Kırkbir yaşındaki bayan hastanın başka bir hastalığı ve devamlı kullandığı ilaç yok. Hastaya 2003 yılında sol meme areola altında kitle nedeniyle yapılan tetkikler sonrasında meme kanseri tanısı konmuş. Mamografide aksillada patolojik lenf nodlarının olması üzerine MRM yapılmış. Patoloji sonucu, invaziv duktal karsinom ve aksilladan diseke edilen 21 lenf nodunun 11'i karsinom metastazı, olarak raporlanmış. Bunun üzerine, hastadaki kötü prognostik faktörler de gözönünde bulundurularak, 6 kür kemoterapi ve radyoterapi uygulanmış. Sonrasında 2008 yılında sistemik (kemik + akciğer + beyin) metastaz nedeniyle tekrardan kemoterapi ve radyoterapi almış. Kontrolleri sırasında, sol memede insizyon hattı boyunca kitle oluşması üzerine polikliniğimize yönlendirilmiş. Hastanın insizyon hattındaki kitle tarafımızca eksize edildi. Patoloji sonucu MFH / postradyasyon sarkomu olarak raporlandı. Tümörün çapı 4x3,2 cm idi. Mikroskopik olarak, demetler yapan, iğsi ve oval nükleuslu, bazıları pleomorfik olan tümör hücreleri gözlemlendi (Resim 1). Ayrıca tümör hücreleri, çevre kas ve yağ dokuyu infiltrasyon etmekte idi (Resim 2). Tümör de düz kas aktin (-), CD 68 (+) ve Ki67 %25 idi (Resim 3). Pektoralis majör kasının bir kısmında eksize edilmesine rağmen, posterior alanda salim cerrahi sınıra ulaşamadı. Bunun üzerine postoperatif dönemde bu bölgeye radyoterapi verildi. Sonraki yıllarda aynı bölgede 2 kez nüks gelişti ve bunlarda eksize edildi. Bu eksize materyallerinin patolojileri de MFH olarak raporlandı. Bunlarda sırasıyla tümör çapları 1 cm ve 0,8 cm idi. Hasta son operasyondan yaklaşık 3 ay sonra exitus oldu.



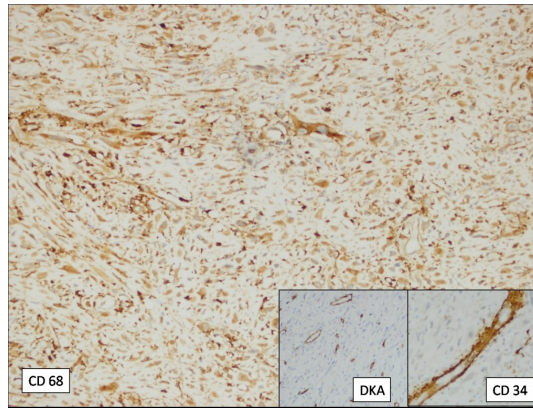
Şekil 1 : Çevre kas ve yağ dokuyu (küçük resim) infiltrasyon eden tümör dokusu (Hematoksilen & Eosin X 40, X100)

Ayrıca tümör hücreleri, çevre kas ve yağ dokuyu infiltrasyon etmekte idi (Şekil 2).



Şekil 2 : Demetler yapan, iğsi ve oval nükleuslu, bazıları pleomorfik (ok) tümör hücreleri (Hematoksilen & Eosin X 200)

Tümör de düz kas aktin (-), CD 68 (+) ve Ki67 %25 idi (Şekil 3).



Şekil 3 : İmmunhistokimyasal olarak tümöral hücrelerde CD 68 (+) liği, Düz Kas Aktin (DKA) ve CD 34 (-) liği 8 X 2

Tartışma ve Sonuç

Memede meydana gelen primer sarkomlar, tüm malign meme tümörlerinin % 1'den daha azını oluşturur^{1,2}. Bizim hastanemizde meme tümörü nedeniyle takibimizde olan hasta sayımız çok fazla olmasına rağmen, kayıtlara geçmiş sadece 1 tane MFH vakası bulunmaktadır.

MFH'lar, genellikle dev pleomorfik ve inflamatuvar hücreler ile karışık fibroblast ve histiositik benzeri hücrelerden oluşmaktadır⁶. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) son verilerine göre, yumuşak doku sarkomları 3 gruba ayrılmıştır. Bunlar: Storiform- pleomorfik MFH, dev hücreli MFH ve inflamatuvar MFH dir.

Genellikle orta yaşlı kadınlarda (ortalama 57 yaş), nadiren de daha yaşlı erkeklerde (ortalama 67 yaş) görülür^{7,8}. Bizim hastamızda literatürlerde belirtildiğinden daha genç yaşta MFH oluşması yüksek radyasyon öyküsüne bağlanmıştır. Hastalar genellikle kısa bir süre içinde ortaya çıkan, memede kitle veya şişlik şikayetiyle başvururlar. Lenfovasküler invazyon olmadığı sürece ağrı şikayetine sık rastlanmaz. İleri evre hastalarda, kilo

kayı ve yorgunluk gibi tipik olmayan bulgular da görülebilir⁹. Büyük bir çoğunluğunda radyasyon öyküsü mevcuttur.

Literatürler incelendiğinde, meme MFH tedavisinde ilk seçeneğin cerrahi olduğu görülmektedir. Radikal mastektomi, MRM ve meme koruyucu cerrahisi de (MKC) dahil olmak üzere, meme MFH için çeşitli cerrahi seçenekleri önerilmektedir^{10,11}. Bazı araştırmacılar cerrahinin, lokal nüks oranını azaltmak için göğüs kaslarını da içeren radikal mastektomi şeklinde olması gerektiğini savunmaktadır¹⁰. Bazı araştırmacılar da negatif cerrahi sınır sağlamak koşulu ile 5 cm ve altı tümörlerde MKC nin uygulanabileceğini söylemektedirler¹¹. Aksiller lenf nodu diseksiyonunun gerekliliği halen tartışma konusudur. Fakat çoğu araştırmacı aksiller lenf nodu diseksiyonunun, aksiller tutulumu olan hastalar için önemli bir prognostik faktör olduğundan yapılması gerektiğini savunmaktadır^{3,12}. Fakat son zamanlarda etkin olarak kullanılan ve aksiller diseksiyonun morbiditesinin azaltan sentinal lenf nodu biyopsisi (SLNB) yapıp, SLNB sonucu pozitif gelenlerde aksiller diseksiyon yapılabilir.

Lokal nüks ve uzak organ yayılımı açısından yüksek insidansa sahiptirler. Lokal nüks oranları yaklaşık %44 olarak belirtilmiştir. En sık uzak metastaz akciğere (%80) olup, kemik, karaciğer ve plevraya metastaz yapabilmektedirler. Bizim hastamızda da, ilk operasyonda radikal bir girişim yapılmasına rağmen, iki kez lokal nüks nedeniyle reeksizyon yapılmıştır ve hastamızda kemik + akciğer + beyin metastazı gelişmiştir.

MFH için adjuvan tedavinin (kemoterapi, radyoterapi, hormonoterapi) yeri yetersiz prospektif randomize klinik çalışmaların eksikliği nedeniyle belirsizdir^{10,13}. Kemoterapi sistemik yayılımı engellemek amaçlı verilebilir fakat Blanchard rutin adjuvan radyoterapiyi önermemektedir¹⁴. Bizim hastamızda da adjuvan tedavi almasına rağmen sistemik metastaz gelişmiştir.

Blanchard ve arkadaşları, meme MFH hastaların ortalama yaşam süresini 58 ay olarak belirtmiş ve primer tümörün büyüklüğü ile hastalığın nüksü veya ölüm riski arasında bir ilişki olduğunu rapor etmişlerdir¹⁴. Bizim hastamızda lokal nüks ve uzak organ nüksünün erken dönemelerde olması nedeniyle ortalama yaşam süresi 19 aydır. Hastalığın düşük insidansı nedeniyle, meme MFH için prognostik faktörler tam olarak bilinmemektedir. İncelenen literatürlerde özellikle tümörün büyüklüğü, uzak metastaz varlığı, ileri yaş, Ki-67 pozitifliği ve aksiller tutulum kötü prognostik faktör olarak belirtilmektedir^{15,16}.

Sonuç olarak, lokal ve uzak nüks oranları, özellikle aksilla tutulumu olanlarda, yüksek olduğundan agresif cerrahi MFH için ilk seçenek olmalıdır. Operasyon sonrasında morbiditeyi azaltmak için aksiller diseksiyon kararı, yapılan sentinel lenf nodu biyopsisi sonucuna göre verilebilir. Fakat tümör davranışının ortaya konması, tanı yöntemlerinin geliştirilmesi ve tedavi yaklaşımlarının netleştirilmesi için daha geniş serileri içeren verilere ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Donegan WL. Sarcomas of the breast. In: Donegan WL, Spratt JS, eds, Cancer of the Breast. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1993. p. 744-64.
2. Adem C, Reynolds C, Ingle JN, Nascimento AG. Primary breast sarcoma: clinicopathologic series from the Mayo Clinic and review of the literature. Br J Cancer. 2003; 19: 237-41.
3. Iellin A, Waizbard E, Levine T, Behar A. Malignant fibrous histiocytoma of the breast. Int Surg. 1990;75: 63- 6.
4. De Cesare A, et al. Malignant fibrous histiocytoma of the breast. Report of two cases and review of the literature. Anticancer Res. 2005;25 (1) : 505-8.
5. Kirova YM, et al. Radiation-induced sarcomas after radiotherapy for breast carcinoma: a large-scale single-institution review. Cancer. 2005; 104 (4): 856- 63.

6. O'Brien J E, Stout A P. Malignant fibrous xanthomas. *Cancer*. 1964;17: 1445– 55.
7. Hartel PH, Bratthauer G, Hartel JV, Fanburg-Smith JC. Primary malignant fibrous histiocytoma (myxofibrosarcoma/pleomorphic sarcoma not otherwise specified) of the breast: clinicopathologic study of 19 cases. *Ann Diagn Pathol*. 2011;15 (6):407–13.
8. Bilici S, Yigit O, Taskin U, Gucin Z. Recurrence of a simultaneous tumor of the parotid gland and scalp skin malignant fibrous histiocytoma. *J Craniofac Surg*. 2011;22 (5):1898–999.
9. Elmas E, Kälisch T, Borggreffe M, Haghi D. A mobile structure at the entrance of the left atrial appendage in a patient with malignant fibrous histiocytoma. *Anadolu Kardiyol Derg*. 2011;11 (8):741–2.
10. Pollard S G, Marks P V, Temple L N, Thompson H.H. Breast sarcoma. A clinicopathologic review of 25 cases. *Cancer*. 1990; 66:941–44.
11. Gutman H. et al. Sarcoma of the breast: implications for extent of therapy. The M D Anderson experience. *Surgery*. 1994; 116: 505– 09.
12. Van Niekerk J L, Wobbes T, Holland R, van Haelst U J. Malignant fibrous histiocytoma of the breast with axillary lymph node involvement. *J Surg Oncol*. 1987; 34: 32– 5.
13. Jones M W, Norris H J, Wargotz E S, Weiss S W. Fibrosarcoma-malignant fibrous histiocytoma of the breast. A clinicopathological study of 32 cases. *Am J Surg Pathol*. 1992;16: 667– 74.
14. Blanchard D K, Reynolds C A, Grant C S, Donohue J H. Primary nonphylloides breast sarcomas. *Am J Surg*. 2003; 186: 359– 61.
15. Hartel PH, Bratthauer G, Hartel JV, Fanburg-Smith JC. Primary malignant fibrous histiocytoma (myxofibrosarcoma/ pleomorphic sarcoma not otherwise specified) of the breast: clinicopathologic study of 19 cases. *Ann J Diag Pathol*. 2011;15 (6):407– 13.
16. Pencavel T, Allan CP, Thomas JM, Hayes AJ. Treatment for breast sarcoma: a large, single-centre series. *Eur J Surg Oncol*. 2011; 37 (8): 703–8.

Sunum Bilgisi

24-27 Ekim 2013 Antalya Gloria Kongre Merkezinde 12. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresinde poster olarak sunulmuştur.