

# Mamografide Kitlenin Eşlik Etmediği Yapısal Distorsiyon Alanında Radyal Skar - Tübüler Karsinom Birlikteliği: Olgusu

Ercan İnci, Tan Cimilli, Fatma Beyazal Çeliker, Sibel Bayramoğlu, Sema Aksoy

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

## ABSTRACT

*Coexistence of radial scar and tubular carcinoma in an architectural distortion area on mammograph: Case report*  
In this case report, the coexistence of radial scar and tubular carcinoma in an architectural distortion area that didn't change in a period of 2 years is reported. In such cases, MRI and serial mammograms are not useful in diagnosis and these cases should be localized and marked with imaging techniques for histopathologic evaluation.

**Key words:** Architectural distortion, radial scar, tubular carcinoma

Bakırköy Tıp Dergisi 2005;1:36-38

## GİRİŞ

Meme başına doğru seyreden normal dokuların bozulmasına yapısal distorsiyon adı verilir. Bu desmoplastik bir reaksiyondur ve mamografide santral dansitenin eşlik etmediği spikülasyonlar şeklinde görülür. Yapısal distorsiyon erken meme kanserinin tek veya erken bir bulgusu olabilir. Normal meme dokusunun superpozisyonu (Cooper ligamanlarının sumasyonu) da aynı görünümü verebilir. Bu iki ön tanı ekarte edildikten sonra, yapısal distorsiyonun ayırıcı tanısında travma ve tedavi sonrası değişiklikler, malignite, sklerozan adenozis ve radyal skar düşünülmelidir.

## OLGU

45 yaşında bayan olgu, menopoz nedeniyle 1.5 yıldır hormon replasman tedavisi (HRT) almaktaydı. Çekilen mamografide bilateral orta yoğunlukta dens meme paterni mevcut olup, sol meme üst dış kadranda, periferde doğru ince spikülasyonlarla kendini gösteren, santral

dansitenin ve kalsifikasyonların eşlik etmediği 25 mm boyutunda bir yapısal distorsiyon alanı izlenmekteydi. Hastanın iki yıl önce çekilen mamografisinde bu yapısal distorsiyon alanının aynı özelliklerle mevcut olduğu izlendi (2 yıl önceki mamografide izlenen bu lezyon, USG'de kitle görülmeince benign olarak değerlendirilip takibi önerilmiş). Fizik muayene normaldi. Travma, geçirilmiş meme operasyonu ve ailede meme kanseri anamnezi yoktu. Ultrasonografik kontrolde lezyon bölgesinde şüpheli gölgelenmelerle birlikte net demarke kitle izlenmedi. Her iki aksillada patolojik boyutta lenf nodu saptanmadı.

Bu özellikleriyle lezyon öncelikle radyal skar olarak düşünüldüyse de eşlik edebilecek veya ayırıcı tanıda ekarte edilmesi gereken in situ duktal karsinom (DCIS), tübüler karsinom veya invaziv karsinom gibi patolojik prosesler nedeniyle stereotaksi eşliğinde meme işaretleme iğnesiyle işaretlenip çıkarılması ve histopatolojik tetkiki önerildi. Tetkik sonucu vaka radyal skar ve eşlik eden tübüler karsinom tanısı aldı.

## TARTIŞMA

Memede trabeküler ağ ve duktuslar meme başına doğru yönlendirilmiştir. Bu yapıların meme başı dışında herhangi bir odağa doğru yönelmeleri halinde parankimal distorsiyondan söz edilir. Cooper ligamanlarının superpozisyonu, normal meme dokusunun mamografisinde

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Fatma Beyazal Çeliker  
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği,  
Bakırköy, İstanbul - Turkey

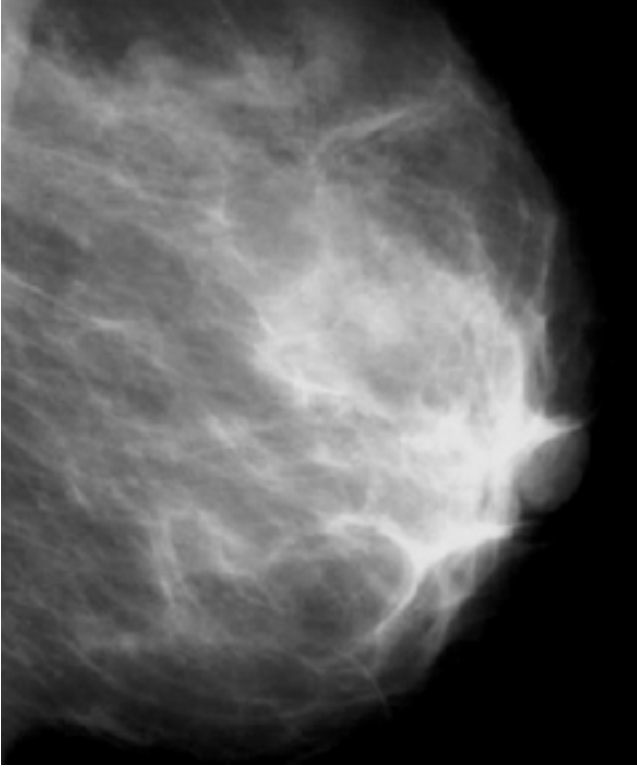
Telefon / Phone: +90-212-542-6969/620-621

Faks / Fax: +90-212-542-4491

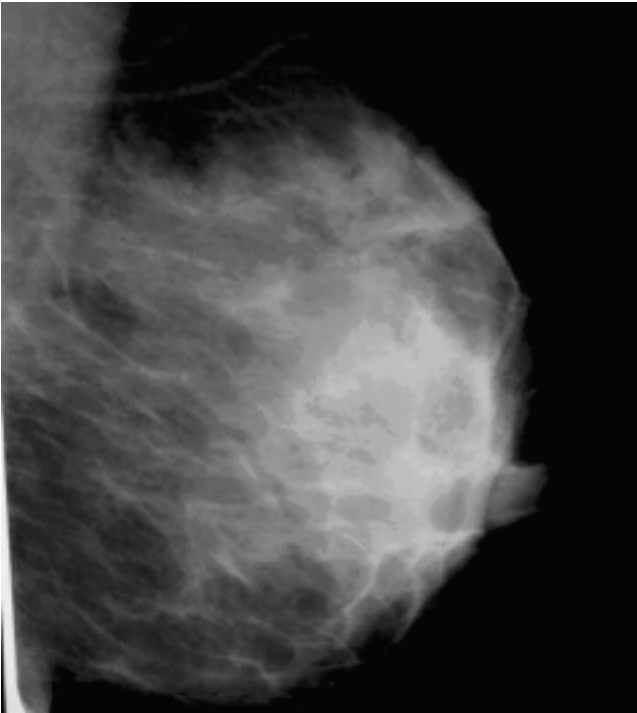
Elektronik posta adresi / E-mail address: fabece@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 16 Mayıs 2005 / May 16, 2005

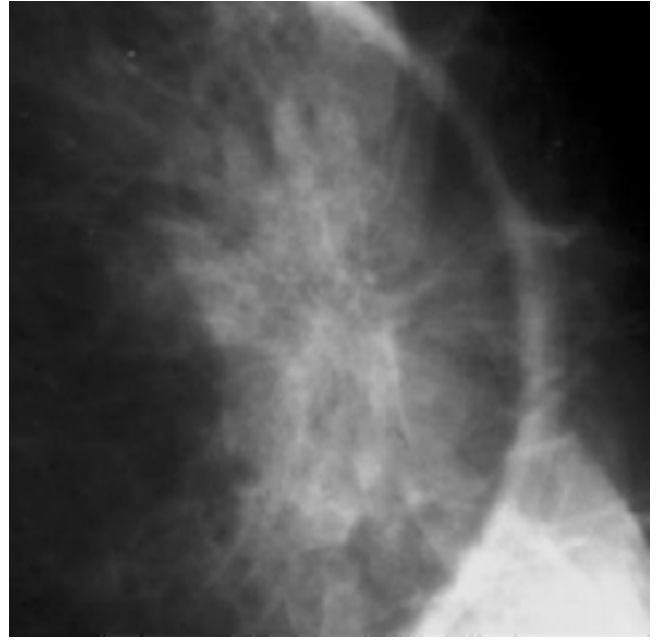
Kabul tarihi / Date of acceptance: 31 Mayıs 2005 / May 31, 2005



**Resim 1: Sol meme üst dış kadranda periferik doğru ince spikülasyonlarla kendini gösteren, santral dansitenin ve kalsifikasyonun eşlik etmediği yapısal distorsiyon alanı.**



**Resim 3: İki yıl önceki mamografide yapısal distorsiyon aynı özellikte izlenmekte**



**Resim 2: Spot kompresyon grafide yapısal distorsiyon daha net izlenmekte**

de yapısal distorsiyon görünümü verebilir. Spikülasyonlar tek projeksiyonda izlenmekteyse, ek pozisyonlarda alınan grafilerle (spot kompresyon, rolling grafiler gibi) durumun superpozisyona bağlı olduğu ortaya konabilir. Posttravmatik ve postterapötik durumlarda da yapısal distorsiyon oluşabilir. Ayırıcı tanıda bunlar dışında tübüler karsinom, invaziv karsinom, radyal skar ve sklerozan adenozis de düşünülmelidir. Bazı radyal skarlar DCIS veya tübüler karsinom ile birlikte olabilir. Kesin tanı bu alanın çıkarılması ve histopatolojik incelenmesiyle konur (1,2).

Radyal skar, kanser tarafından oluşturulana benzer spikülasyonlarla karakterize idyopatik bir lezyondur. Cerrahi sonrası değişikliklerle çok karışır, ancak travmayla ilişkili değildir. Santral sklerotik bir fokus ve bunun etrafında yer alan fibröz konnektif dokuyla çevrili duktal elemanların ışınal tarzda uzanımıyla karakterizedir. Mamografide ve makroskopik bakıda tipik düzensiz biçimi ve spiküle konturları ile invaziv karsinoma benzerlik gösterir (3). Lezyon santralinin radyölüsen olması spesifik bir bulgu değildir (4). Nadiren kalsifikasyon da eşlik edebilir ki bu durum adenozisle karakterizedir (5). Bizim olgumuzda kalsifikasyon izlenmemiştir. Lezyonun 5 yıldan daha fazla stabil kalması malignite şüphelerini gidermez (6). Olgumuzda da lezyon 2 yıl süreyle aynı özelliklerde izlenmekteydi. Mamografinin şüpheli olduğu durumlarda

Yapılan USG'de, yer kaplayan kitle olmaksızın şüpheli kötü sınırlı gölgelenmeler şeklinde görülür. Olgumuzda da USG'de lezyon bölgesinde şüpheli gölgeler izlendi. USG lezyonu değerlendirmede faydalı değildir (6). Lezyon lokalizasyonunda şüpheye düşülüyorsa MRI distorsiyon alanını belirlemede yardımcı olabilir, fakat in situ karsinomla birlikte olan radyal skar belirsiz kontrast tutulumu gösterir (7). Tanının doğrulanması için lezyonun ekzizyonu gereklidir.

Mikroskobik görünüm, farklı derecelerdeki skleroz, elastoz ve adenozise, santral zondaki dolu tübüllerin miktarına ve çevreleyen duktuslardaki proliferatif değişiklikler ile ektaziye bağlı olarak değişir (8). Olgumuzun mikroskobik bulguları; kesitlerde yaygın stromal fibrozis, adenozis, mikrokist formasyonları, apokrin metaplazi, santral hiyalinizasyon ve periduktal elastozisi içermektedir. Bazı dilate duktuslarda, lümenal köprüleşmeler ve yarıklar oluşturan 6 sıradan fazla epitelyal proliferasyon mevcuttu.

Radyal skar olarak bildirilen vakaların %25'inden fazlasında eş zamanlı olarak karsinom mevcut olduğu bildirilmiştir. Bu durumda karsinom genellikle lezyonun periferinde lokalize olur ve sıklıkla tübüler karsinom, daha az olarak da DCIS tipindedir (9). Olgumuzda radyal skar alanının posterior, üst mediale bitişik kısmında tübüler yapılarından oluşan tümör izlendi.

Tübüler karsinom, iyi diferansiye bir invaziv duktal karsinom formudur. İyi prognozlu olup düşük metastaz potansiyeline sahiptir. Aksiller nodları nadiren tutar (10,11). Tüm meme karsinomlarının %2'sini, mamografi ile tesbit edilen karsinomların %8-20'sini oluşturur. Genellikle 2 cm'den küçüktür. %12-%38 oranlarında bilateral, %28 oranında multisantrik yerleşimlidir. Tübüler karsinomlu hastaların %40'ında pozitif aile hikayesi bildirilmiştir (12,13). Histolojik olarak, fibröz stroma içerisinde iyi diferansiye çekirdekleri olan düzensiz dağılmış tübüler yapılardan oluşur. Mamografide tipik olarak spiküle konturlu lezyonlar şeklinde tesbit edilir. Mamografik görünüm olarak karıştırıldığı lezyonlar ifadesi sklerozan adenozis, mikroglandüler adenozis ve radyal skardır. Sklerozan adenozisde tübüller komprese, lümen ve çevresi hemen hemen oblitere olur ve hem epitelyal hem miyotelyal hücrelerle döşelidir. Mikroglandüler adenozisde ise lümen açık ve kolloid benzeri sekretuar maddelerle doludur. Tübüller tek sıra epitelle döşelidir. Miyotelyal hücreler yoktur. Tübüler karsinomda tübüllerin lümenleri açık olup, tek sıra epitelyal hücrelerle döşelidir. Epitelyal hücreler atipi gösterir.

Sonuç olarak mamografide yapısal distorsiyon tesbit edildiğinde, santral dansite mevcut olsun olmasın ayırıcı tanıdaki radyal skar, tübüler karsinom ve DCIS ilişkisi nedeniyle kesin tanı için histolojik örnekleme gereklidir.

## KAYNAKLAR

1. Feig SA: Breast masses. Mammographic and sonographic evaluation. *Radiol Clin North Am* 1992; 30 :67-92.
2. Evans WP: Breast masses. Appropriate evaluation./ *Radiol Clin North Am* 1995; 33:1085-1108.
3. Cohen MI, Matthies HJ, Mintzer RA, et al: Indurative mastopathy: a cause of false-positive mammograms. *Radiology* 1985;155:69-71.
4. Ciatto S, Morrone D, Catarazi S, et al: Radial scars of the breast: review of 38 consecutive mammographic diagnoses. *Radiology* 1993;187:757-760.
5. Orel SG, Evers K, Yeh IT, Troupin RH: Radial scar with microcalcifications: radiologic- pathologic correlation. *Radiology* 1992;183:479-482.
6. Kopans DB(ed). *Pathologic, Mammographic and Sonographic Correlation*. In *Breast Imaging*. 2nd ed., Philadelphia: Lippincott - Raven, 1997: 565.
7. Tabar L, Gad A, Holmberg L, Ljunquist U: Significant reduction in advanced breast cancer. Results of the first seven years of mammography screening in Kopparberg, Sweden. *Diagn Imaging Clin Med* 1985;54:158-164.
8. Anderson JA, Carter D, Linell F: A symposium on sclerosing duct lesions of the breast. *Pathol Annu* 1986;21(part 2):145-179.
9. Liberman L, Dershaw DD, Rosen PP, et al: Stereotaxic core biopsy of palpable spiculated breast masses. *AJR Am J Roentgenol* 1995;165:551-554.
10. Elson BC, Helvie MA, Frank TS, et al: Tubular carcinoma of the breast: mode of presentation, mammographic appearance, and frequency of nodal metastases. *AJR Am J Roentgenol* 1993;161:1173-1176.
11. Ellis IO, Galea M, Broughton N, et al: Pathological prognostic factors in breast cancer. II. Histological type. Relationship with survival in a large study with long- term follow-up. *Histopathology* 1992;20:479-489.
12. Sheth NA, Saruiya JN, Ranadive KJ, Sheth AR: Ectopic production of human chorionic gonadotrophin by human breast tumors. *Br J Cancer* 1974;30:566-570.
13. Lagios MD, Rose MR, Margolin FR: Tubular carcinoma of the breast: association with multicentricity, bilaterality, and family history of mammary carcinoma. *Am J Clin Pathol*. 1980;73:5-30.