

Hematolojik kökenli meme kitleleri

A. Nurdan Barça, Umut Aydın, Özlen Ercan, Levent Araz

A. N. Barça (E), U. Aydın, Ö. Ercan, L. Araz
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji
Kliniği, Ankara

Lenfoma, lösemi, plazmositoma gibi lenforetiküler malignansilerde primer meme tutulumuna nadir rastlanır. Bu nedenle radyolojik görüntüleri de nadiren bildirilmiştir (1). Lenforetiküler malignansilerde memenin metastatik veya sekonder tutulumu nispeten daha siktir (1,2).

Olgu bildirisi

Olgu 1

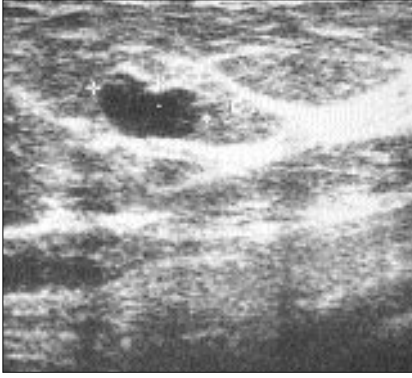
Altmış üç yaşında kadın hasta, 1 yıldır boyun bölgesinde ve her iki aksillada giderek büyüyen şişlikler nedeniyle hastanemiz cerrahi polikliniğine başvurdu. Fiziksel incelemede her iki servikal bölgede 4-5 cm, sol aksiller bölgede 5-6 cm, sağ aksiller bölgede 4-5 cm büyüklükte lenf nodları saptandı. Sağ meme üst dış kadranda ele gelen kitle mevcuttu. Meme ultrasonografisinde sağ meme üst dış kadranda 18x9 mm boyutlarında, lobüle konturlu, sınırları çevre dokudan iyi ayrılan hipoekoik solid kitle lezyonu izlenmekte idi (Resim 1). Her iki aksillada en büyüğü 60x20 mm boyutlarında olmak üzere multipl lenf nodu mevcuttu (Resim 2). Mamografide sağ meme üst dış kadranda düzgün konturlu dens kitle lezyonu ve her iki aksillada multipl lenf nodu saptandı. (Resim 3). Yapılan aksiller biyopsi sonucu B hücreli malign lenfoma olarak bildirildi.

Olgu 2

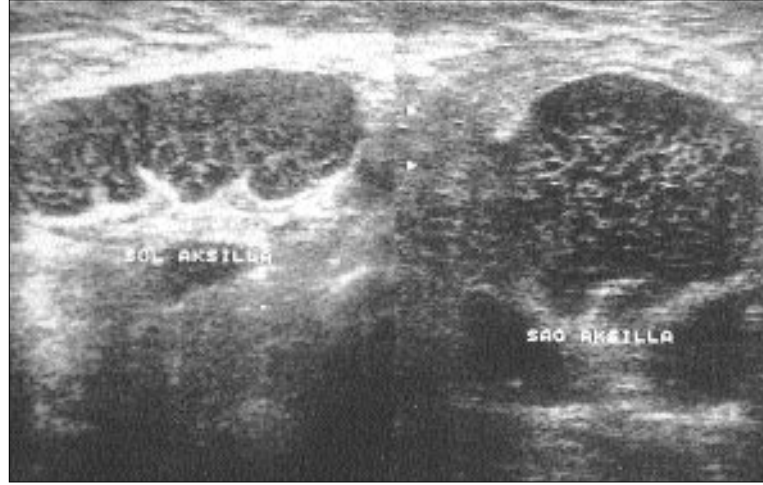
Altı ay önce karında ağrı yakınması ile akut miyelositik lösemi tanısı alan, kemoterapi ve radyoterapi uygulanan, 42 yaşındaki bayan hasta, 3 aydır fark ettiği memede şişlik şikayeti ile hastanemize başvurdu. Fiziksel incelemede her iki memede çok sayıda kitle, sol aksillada lenf nodu tespit edildi. Meme ultrasonografisinde her iki memede lobüle konturlu, sınırları çevre dokudan kısmen ayrılabilen, multipl hipoekoik solid kitle lezyonu (Resim 4 ve 5) ve sol aksillada lenf nodu izlenmekte idi (Resim 6). Mamografide bilateral memede çok sayıda düzgün konturlu dens kitle lezyonu saptandı (Resim 7). Yapılan meme biyopsisi sonucu lösemik infiltrasyon olarak bildirildi.

Tartışma

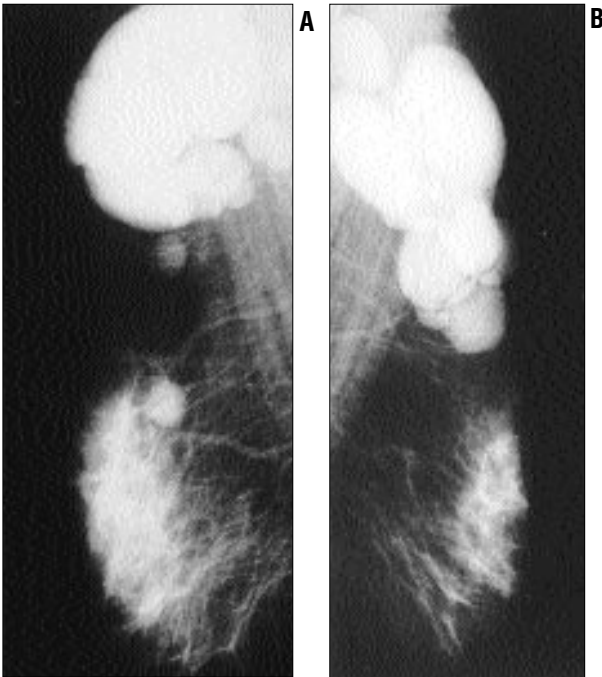
Meme normalde çok az miktarda lenfoid doku içermektedir. Çalışmalar lenfosit ve makrofajların normalde duktal ve lobüler epitel için de bulduklarını göstermektedir (3). Lenfoid doku bazen de duktus ve



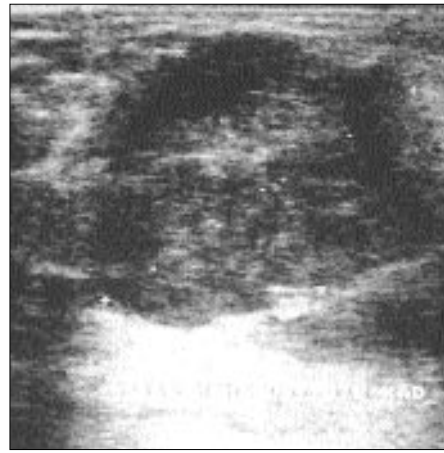
Resim 1. Lenfomalı olgunun meme US'sinde, sağ meme üst dış kadranda lobüle konturlu, sınırları çevre dokudan net olarak ayrılabilen, 18x9 mm boyutlarında hipoeoik solid kitle lezyonu izlenmektedir.



Resim 2. Lenfomalı olgunun US'sinde her iki aksillada multipl lenf nodu izlenmektedir.



Resim 3. A. Lenfomalı olgunun sağ meme mediyolateral oblik mamografisinde üst dış kadranda düzgün konturlu dens kitle lezyonu, sağ aksillada multipl lenf nodu mevcuttur. **B.** Aynı olgunun sol meme mediyolateral oblik mamografisinde sol aksillada multipl lenf nodu izlenmektedir.



Resim 4. Lösemili olgunun sağ meme US'sinde lobüle konturlu, sınırları çevre dokudan kısmen net olarak ayrılabilen hipoeoik solid kitle lezyonu izlenmektedir.

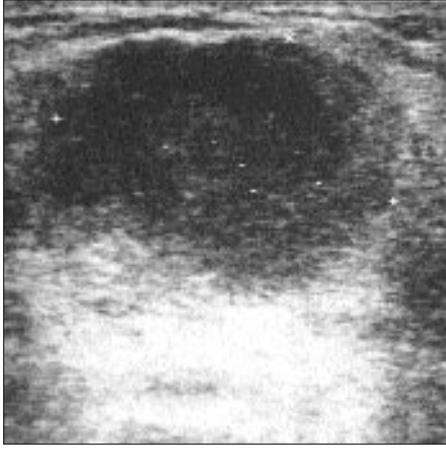
lobüllerin etrafında görülebilmektedir (4). Ek olarak, lenf nodları bazen memenin içindeki lenfatik kanallar ile birlikte, özellikle üst dış kadranda aksiller bölgeye yakın komşulukta bulunmaktadır. Bu lenfoid agregatlar lenfoid neoplazilerin gelişiminde primer rol oynarlar (2). Lenforetiküler sistem malignitelerinde primer meme tutulumuna nadir rastlanır (1). Primer lenfoma tüm meme tümörlerinin % 0.05-0.53'ünü oluşturur. Bu tümörlerin de çoğu non-Hodgkin lenfoma tipidir (5,6). Memeye metastaz yapan

tümörlerin büyük grubunu oluşturmalarına karşın memenin sekonder lenfomaları da nadirdir (7). Bizim ilk olgumuzda da servikal bölgede multipl lenf nodu tutulumu mevcut olup, sekonder olarak meme tutulumu saptanmıştır.

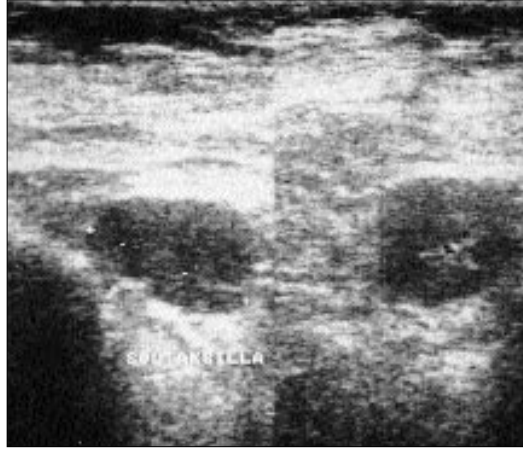
İmmünohistokimyasal çalışmalar göstermiştir ki, meme lenfomalarının çoğu B hücre tipidir. T hücreli lenfomaya oldukça nadir rastlanmaktadır. Cohen ve Brooks'un 13 meme lenfomalı hastada yaptıkları immünohistokimyasal testlerin sonuçlarına göre 9

olguda B hücreli lenfoma saptanırken, ancak 1 olguda T hücreli lenfoma tespit edilmiştir (7). Bizim ilk olgumuzda da B hücreli lenfoma saptanmıştır. B hücre tipi lenfoma olgularının çoğunda IgM ağır zincir üretimi, nadiren de Ig A gözlenmiştir. Hiçbir seride aşırı IgA üretimi gözlenmemiş olup, bu da meme lenfomasının GİS ve solunum sisteminde tanımlanan MALT (mucosa associated lymphoid tissue lymphoma) tipi lenfomanın bir parçası olmadığını göstermektedir. Kappa ve lambda hafif zincirleri ise değişen frekanslarda bulunmuştur (2).

Primer ve sekonder meme lenfomasında sağ meme tutulumuna ve glandüler tabakadan zengin olan üst dış kadranda lokalizasyonuna daha sık rastlanmaktadır, ancak nedeni için net bir açıklama getirilememiştir (8). Paulus'un 31 meme lenfoma olgusunda,



Resim 5. Lösemili olgunun sol meme US'sinde lobüle konturlu, sınırları çevre dokudan kısmen net olarak ayrılabilen hipoekoik solid kitle lezyonu saptanmıştır.



Resim 6. Lösemili olgunun meme US'sinde sol aksillada multipl lenf nodu mevcuttur.



Resim 7. Lösemili olgunun sağ meme mediolateral oblik mamografisinde sağ memede düzgün konturlu multipl dens kitle lezyonu izlenmektedir.

21'inde tutulum sağ memede, 10'un-da ise sol memededir (1). Cohen ve Brooks'un 35 meme lenfoma olgusunun 20'sinde sağ meme etkilenmiştir (7).

Memede tek veya multipl sayıda, değişik boyutlarda kitleler izlenebilir. Küçük olanların konturları daha düzgündür (2). Aksiller lenf nodu tutulumu da olaya eşlik edebilir. Meme lenfomalı hastaların %30'unda bilateral aksiller lenf nodu tutulumu vardır. İlk olgumuzda da her iki aksillada multipl lenfadenomegali mevcut idi. Bilateral aksiller lenf nodu büyümesi ile

memede kitle varlığı lenfomatöz hastalık için bir ipucu olabilir (1,8).

Mamografide, meme lenfomasında lezyonlar sıklıkla düzgün konturlu, yuvarlak veya hafif lobüle, kalsifikasyon içermeyen kitleler şeklinde olmakla birlikte; lösemi veya plazmositomada genellikle sınırları net olarak seçilemeyen kitleler veya diffüz dansite artışı şeklinde karşımıza çıkar (1). Bunların bir kısmında, retrograd ödeme bağlı olabilecek cilt kalınlaşması ve aksiller lenf nodu büyümesi de bulunabilir (1,5). İkinci olgumuzda her iki memede multipl nodüler kitle lezyonları ve sol aksillada lenfadenomegali mevcut idi.

Hematolojik orijinli meme kitleleri ultrasonografide genellikle düzgün konturlu, nadiren irregüler konturlu, oval veya lobule, homojen iç yapıya sahip, distal akustik güçlenmesi olan, hipoekoik kitleler şeklinde görülmeler. Bazen de diffüz cilt kalınlaşması ve diffüz ekojenite artışı olabilir (1,9).

Sonuç olarak; lenforetiküler sistem malignansilerinin radyolojik görünümü spesifik değildir. Birbirlerinden, iyi sınırlı benign tümörlerden, karsinomalardan veya diffüz inflamasyondan ayrımlarında karakteristik bulgulara sahip değildir. Tanı ve evreleme eksizyonel biyopsiye dayanır.

CASE REPORT: BREAST MASSES OF HEMATOLOGIC ORIGIN

Primary or secondary involvement of the breast by lymphoreticular malignancy including lymphoma, leukemia and plasmocytoma is very rare. One of the patients reported here was 63 years old and had B cell type non Hodgkin lymphoma and the other patient was 42 years old and had leukemia. There are no mammographic or ultrasonographic criteria to distinguish lymphoreticular malignancies from other malignant tumors, carcinomas and benign conditions such as inflammation or benign tumors. Exact diagnosis is based on excisional biopsy.

TURK J DIAGN INTERVENT RADIOL 2002; 8:228-230

Kaynaklar

1. Paulus DD. Lymphoma of the breast. Radiol Clin North Am 1990; 28:833-840.
2. Dao AH, Adkins RB, Glick AD. Malignant lymphoma of the breast: a review of 13 cases. Am Surg 1992; 58:792-796.
3. Ferguson DJP. Intraepithelial lymphocytes and macrophages in the normal breast. Virchows Arch (A) 1985; 407:369-378.
4. Adair FE, Herrman JB. Primary lymphosarcoma of the breast. Surg 1944;16:836-853.
5. Slanetz P. J, Whitman GJ. Non-Hodgkin's lymphoma of the breast causing multiple vague densities on mammography. AJR 1996; 167:537-538.

6. Hugh JC, Jackson FI, Hanson J, et al. Primary breast lymphoma: an immunohistologic study of 20 new cases. Cancer 1990; 66:2602-2611.
7. Cohen PL, Brooks JJ. Lymphomas of the breast. A clinicopathologic and immunohistochemical study of primary and secondary cases. Cancer 1991; 67:1359-1369.
8. Schouten JT, Weese JL, Carbone PP. Lymphoma of the breast. Ann Surg 1981; 194: 749-753.
9. Heywang SH, Schreer I, Dershaw DD. Diagnostic breast imaging. Thieme Stuttgart-New York, 1997; 272-274.