



# Memenin apokrin ter bezi karsinomu: Olgu sunumu

## *Apocrine sweat gland carcinoma of breast: Case report*

M. ARSLAN, O. KIZILKAYA, Ö. MARAL, T. MAMATİ, Ş. ÖZTÜRK,  
M. ÇALIŞ, A. DOĞAN

*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

### ÖZET

Ter bezi karsinomları nadir rastlanan tümörlerdir. Apokrin ter bezinden kaynaklananları ise daha da nadirdir. Ter bezi karsinomu tedavileri hakkında fazla bilgi bulunmamaktadır.

Olgu 47 yaşında postmenapoz bayan hastadır. Meme kanseri teşhisi ile modifiye radikal mastektomi sonrası onkolojik tedavi amaçlı olarak kliniğimize sevk edilmiştir. Patolojik değerlendirme 'memenin malign apokrin ter bezi karsinomu' şeklindedir.

Hastanın patoloji raporuna göre tümör çapı 4x3x2 cm idi ve aksillada 2/32 pozitif lenf adenopati saptandı. ER ve PR si (-), c-erb B2 (+++), HG II, NG II bulundu. Tümör markarları normal idi.

Hastaya 6 kür kemoterapi (total olarak metotraksat 50 mgr, 5fleurourasil 1 gr, endoksan 1 gr) uygulanmıştır. Hastaya tanjansiyel iç ve dış iki alana 25 fraksiyonda toplam 50 Gy external radyoterapi toraks cidarına uygulanmıştır. Hasta üç yıldır hastaliksız takip edilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Meme, apokrin ter bezi karsinomu

### ABSTRACT

Sweat gland carcinomas are rare tumors. Apocrine sweat gland carcinomas are also very rare. Treatment of these carcinomas are not well known.

The case was 47 years old, post-menopause female. Modified radical mastectomy was performed and applied to our clinic for oncologic treatment. The pathologic identification was malign apocrine sweat gland carcinoma of breast.

According to pathological report lesion was 4x3x2 cm, 2/32 positive lymphadenopathy was detected at axilla, ER and PR (-), c-erb B2 (+++), HG II, NG II and tumour markers were normal levels.

After surgery six cycles chemotherapy (50 mgr methotrexate, 1 gr 5fleurouracyl and 1 gr endoxan totally) was applied. Totally 50Gy at 25 fraction radiotherapy applied to thorax wall, to the medial and lateral two fields. The patient is under control without disease for three years.

**Key words:** Breast, apocrine sweat gland carcinoma

## GİRİŞ

Nadir olan ter bezi karsinomu ve tedavi modaliteleri hakkında bilinenler oldukça sınırlıdır. Ortalama yaş 56,7 yıl ve erkek kadın dağılımı eşittir. Tümör dağılımı: alt ekstremitte %32.9, üst ekstremitte %27.6, gövde %11.9, baş %26.3, boyun %1.3'tür. Metastaz yerleri: Lenf nodları %30.2, visera %22'dir (1).

Apokrin ter bezi karsinomu ter bezi neoplazmalarının nadir bir formudur ve ayrı bir sitolojik görünümü vardır. Aksilla bölgesi bu tümörlerin en

sık olduğu yer olmasına rağmen, anogenital bölge, göz kapağı, kulak, meme, bilek, dudak, ayak, ayak parmağı ve el parmağı apokrin ter bezi karsinomları da rapor edilmiştir. Klasik olarak yavaş büyüyen lezyonlar ağrısız, renksiz veya kırmızı, solit veya kistik nodüller şeklinde prezente olur. Teşhis anında, apokrin karsinom olarak raporlanan hastaların yarısından fazlası lenf nodu metastazı yapmış durumdadır (2).

Ter bezi neoplazmaları, lokal ve bölgesel lenf nodu rekürrensi eğilimlidirler. Onun için lenf nodu diseksiyonu ve radyoterapinin rolü olmalıdır (1,2,3,4,5). Bu lezyonlar için geniş lokal eksizyon ve lenf nodu diseksiyonu standart tedavidir.

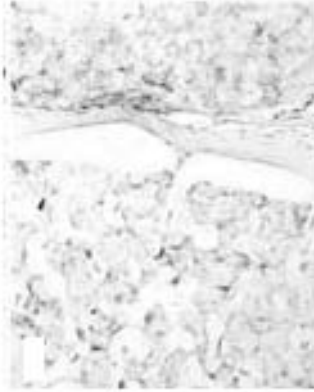
Habis ektrin ter bezi tümörü ise genellikle daha önce olan selim az matür ektrin ter bezi tümöründen menşei alır (7). Bu tümörler genel olarak baş, boyun ve ekstremitte bölgelerine lokalizedir. Yavaş gelişen nodül veya infiltrate plak olarak prezente olur (8).

### Yazışma adresi:

Mehmet ARSLAN  
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyasyon  
Onkolojisi Kliniği  
Tel: (0212) 231-22-09 / 1335-1342

Geliş tarihi / Date of receipt: 7 Şubat 2008 / February 7, 2008

Kabul tarihi / Date of acceptance: 31 Mart 2008 / March 31, 2008



**Resim 1:** Lezyonun patolojik görünümü

## OLGU

Olgu 47 yaşında bayan hastadır. İnce iğne aspirasyon biopsi sonucu meme kanseri ön tanısı ile henüz apokrin ter bezi karsinom tanısı olmadığından yapılan modifiye radikal mastektomi sonrası onkolojik tedavi amaçlı kliniğimize sevk edilmiştir. Nihai patolojik değerlendirme ‘memenin pür apokrin karsinomu’ şeklindedir.

Memede şişlik şikâyeti ile başvuran hastanın muayenesinde üst dış kadranda kitle doğrulanırken aksillada patolojik bulgu saptanmadı. Radyolojik değerlendirmelerde metastaz saptanmadı. Hastanın patoloji raporuna göre tümör çapı 4x3x2 cm idi ve aksillada 2/32 pozitif lenf adenopati saptandı. ER ve PR si (-), c-erb B2 (+++) bulundu. Tümör markırları normal idi. Radyolojik incelemelerde sistemik metastaz saptanmadı.

Hastaya 6 kür kemoterapi (metotraksat 50 mgr, 5flourourasil 1 gr, endoksan 1 gr ) uygulanmıştır. Hastaya tanjansiyel iç ve dış iki alandan 25 fraksiyonda toplam 50 Gy external radioterapi toraks cidarına uygulanmıştır.

Rutin kontrollerine düzenli olarak gelen hastanın fizik muayenesi, laboratuvar ve radyolojik tetkiklerinde nüks ve/veya metastaz tespit edilmemiş olup, üç yıldır hastaliksız olarak takip edilmektedir.

## TARTIŞMA

Nadir olan ter bezi karsinomu ve tedavi modaliteleri hakkında bilinenler oldukça sınırlıdır. Biz, bu tümörlerin doğal seyri ve en iyi tedavi

şeklini belirlemek için ter bezi karsinomu konusunda literatürü taradık.

Apokrin karsinomlar, memenin çok seyrek görülen malign tümörlerinden olup, tümüyle apokrin tipte epitelden oluşur. Vücudun diğer bölgelerinde de rastlanmakla birlikte meme-aksilla bölgesi bu tümörlerin en sık olduğu yer olmaktadır. Literatürde genellikle postmenapozal dönemde rastlandığı ifade edilen tümörde ortalama yaş 56 yıldır. Erkek kadın dağılımı ise eşittir. Teşhis anında, hastaların yarısından fazlası lenf nodu metastazı yapmış durumdadır. Hastamız da lenf nodu metastazı yapmış olarak presente olmuştur.

Histolojik olarak selim davranışına rağmen hastalığın seyri hastalar için oldukça sıkıntılıdır (6). Bir kısmı zamanla habis forma dönüşüm gösterir (9,10,11). Kanser hücrelerinde östrojen reseptörü hastamızda olduğu gibi daima negatiftir.

Prognozu ve sağkalımı meme kanserinden daha iyidir. Prognozu çok iyi olmayan apokrin ter bezi karsinomlarında uygun tedavi, geniş lokal eksizyon, lenf bezi diseksiyonu, sistemik kemoterapi ve eksternal radioterapi olmalıdır. Konfirme lenf nodu metastazı olanlarda terapötik lenf nodu diseksiyonu endikedir ve çapı büyük, gradı yüksek ve dar cerrahi marjlı tümörlerde terapötik lenf nodu diseksiyonu uygulanabilir (2).

Apokrin bez karsinomu kemoterapiye zayıf cevap veriyor olmasına rağmen, ileri lokal ve bölgesel hastalıklarda adjuvan radyoterapi kullanılabilir (2). Tavsiye edilen adjuvan radyoterapi dozu 46-50 Gy dir. Kemoterapi çok etkili olmakla birlikte hastamızda olduğu gibi 5FU bazlı kemoterapi kombinasyonları tavsiye edilmektedir.

Olgumuz için, modifiye radikal mastektomi sonrası kemoterapi ve postoperatif radyoterapi uygulandı. Altı kür kemoterapi (metotraksat 50 mgr, 5flourourasil 1 gr, endoksan 1gr) yapıldı. Kemoterapi çok etkili olmamakla birlikte hastamızda olduğu gibi 5FU bazlı kemoterapi kombinasyonları tavsiye edilmektedir. Tanjansiyel iç ve dış iki alandan 25 fraksiyonda toplam 50 Gy external radioterapi toraks cidarına uygulandı. Takiplerinde nüks veya metastaz tespit edilmemiş

olup, üç yıldır hastalısız olarak takip edilmektedir.

Memenin apokrin ter bezi karsinomunda uy-

gun yaklaşım, agresiv seyir dikkate alınarak, geniş lokal eksizyon, sistemik kemoterapi ve eksternal radioterapi olmalıdır (2).

### KAYNAKLAR

1. Asley I, Smith-Reed M, Chernys A. Sweat gland carcinoma. *Dermatol Surg*; 23(2): 129-33, 1997.
2. Chamberlain RS; Huber K; White J C; Travaglino-Parda R. Apocrin gland carcinoma of the axilla. Review of the literature and Recommendations for Treatment. *Am J Clin Onkol*; 22(2): 131-5. 1999.
3. Beekly AC; Brown TA ; Porter C. Malignant eccrine spiradenoma. *Am Surg*; 65(3): 236-40, 1999.
4. Ritter AM; Graham RS; Amaker B; Broaddus WC; Young HF. Intracranial extension of an eccrine poro carcinoma. *J Neurosurg*; 90(1): 138-40, 1999.
5. Tay JS; Tapen EM; Solari PG. Malignant eccrine spiradenoma. *Am J Clin Oncol*; 20(6): 552-7. 1997.
6. Irwin LR; Bainbridge LC; Reid CA; Piggot TA; Brown HG. Dermal eccrine cylindroma (turban tumour). *Br J Plast Surg*; 43(6): 702-5, 1990.
7. Shafer WF; Hine MK; Levy BM; eds. A textbook of oral pathology. Philadelphia: WB Saunders, 20, 1983.
8. Bijan Safai; Douglas E. Brash. Tumors of eccrine glands. In: Cancer. Vincent T. DeVita. Philadelphia. Lippincott-Raven, 40, 1997.
9. Urbanski SJ; From L; Abramovicz A; et al. Metamorphosis of dermal cylindroma. *J. Am Acad Dermatol*; 12:188, 1985
10. Lyons JB; Rouillard LM. Malignant degeneration of turban tumour of scalp. *Trans St Jhon's Hosp Dermatol Soc*; 46:74, 1961.
11. Bondeson L. Malignant dermal eccrine cylindroma. *Acta Derm Venereol (Stockh)*; 59:92, 1979.