# MEME KANSERİNİN KOSTA METASTAZI: OLGU SUNUMU

## Breast Cancer With Rib Bone Metastasis: Case Report

Bartu BADAK


### ÖZET

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Meme kanseri sıklıkla uzak metastaz görülen bir kanser tipidir. Meme kanserinin en sık metastaz yaptığı yer kemiktir. Kemik metastazlarının da en sık yerleşim yeri vertebradır ancak kaburga kemiğine olan metastazlar ise daha nadir görülmektedir.


**Anahtar Kelimeler:** *Meme kanseri; Uzak metastaz; Vertebra*


### ABSTRACT

Breast cancer is the most common cancer type in woman. Breast cancer is a a cancer type that distant metastasis commonly seen. The most common metastatic site of breast cancer is bone. Bone metastasis most frequently accomodate at vertebra but rib bone metastasis have been rarely seen .


**Key words:** *Breast cancer; Distant metastasis; Vertebra*

[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniği, Eskişehir

Bartu BADAK, Uzm. Dr.

**İletişim:**
Uzm. Dr. Bartu BADAK,
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Genel Cerrahi Kliniği
**Tel:** 0 222 444 66 26.
**e-mail:**
drbartu@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 22.08.2016
Kabul tarihi/Accepted: 28.02.2017

Bozok Tıp Derg 2017;7(1):105-7
Bozok Med J 2017;7(1):105-7

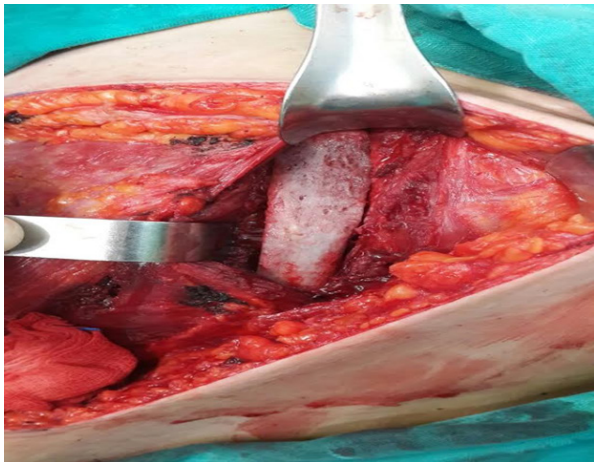
Bozok Tıp Derg 2017;7(1):105-7
Bozok Med J 2017;7(1):105-7

## GİRİŞ

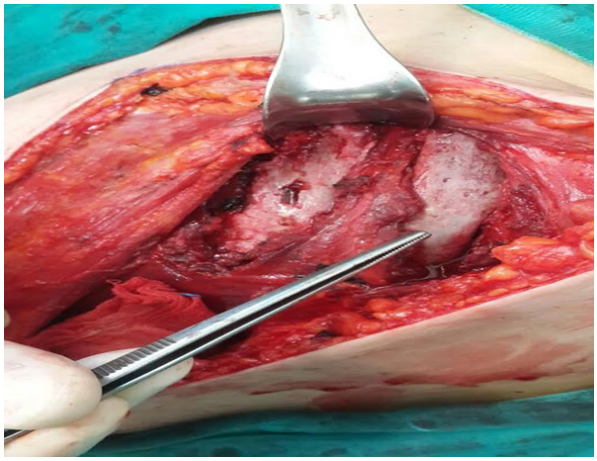
Meme kanseri kadınlarda sık gözlenen kanser türüdür. Primer tedavi sonrası nükslerin 2/3'ü uzak metastaz şeklinde ortaya çıkar. Meme kanseri en sık kemiğe metastaz yapar. Kemik metastazlarınında en yaygın yerleşim yeri vertebradır. Servikal omurga metastazları, torakal ve lomber omurgaya göre daha az oranda gözlenir. Bu tarz metastazlar osteosklerotik ve osteolitik şekilde gözlenebilir (1). Downey ve arkadaşları meme kanserli hastaların operasyon sonrası takibinde 191 hastada sadece kot metastazı olan 15 hasta tespit etmişlerdir. (2) Radyolojik olarak spinal metastaz tespit edilenlerde, vertebra cisminin % 30-50'si etkilenmemiş olmalıdır. (3) Klinik bulgular radyolojik anomalilerin gerisinde kalır. Hızlı uygulanan tedavi semptomları rahatlatabilir ve geç sekelleri önleyebilir. (4)

## OLGU

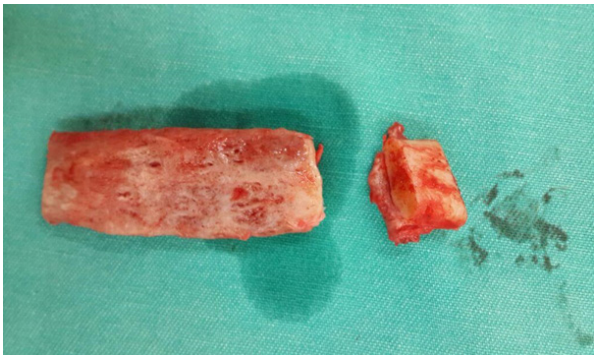
46 yaşında, bayan hasta sağ memesinde ele gelen kitle nedenli dış merkeze başvurmuş. Hastaya temmuz 2015'te bu kitleye yönelik çekilen meme ultrasonografisinde saat 6-7 lokalizasyonunda parenkim içerisinde 3.4×7.3 cm boyutunda, hipoekojen karakterde nodüler imaj mevcutmuş. Lezyona süperpoze birkaç punktat ekojenite mevcut olup, mikrokalsifikasyon açısından anlamlı olabilecekleri düşünülmüş. Devamında çekilen bilateral meme mamografisinde ise BRADS-0 olarak kabul edilmiş. Bu lezyona yönelik yapılan ince iğne aspirasyon biyopsi sonucu : invaziv duktal karsinoma gelmiş. Histopatolojik incelemede histolojik grade 2 , tubul formasyonu:3, nükleer grade: 2, mitotik aktivite: 2, desmoplastik reaksiyon: orta, perinöral ve vasküler invazyon: yok, invaziv tümör çapı: 1,7 cm, ER: %100 pozitif, PR: negatif cerbB2: skor negatif, E-Cadherin (4), Ki67: %30 + olarak raporlanması üzerine hastaya yine aynı merkezde eksizyonel biyopsi uygulanmış. Sonuç invaziv duktal karsinoma intraduktal komedokarsinoma olarak raporlanmış. Hastaya aynı dönem çekilen PET CT'de 'sağ 5. kosta anterior kesiminde malignite ile uyumlu olabilecek (lokal invazyon?) hipermetabolik destrüktif görünümün izlendiği F-18 FDG tüm vücut pozitron emisyon tomografi bulguları olarak raporlanması üzerine merkezimize yönlendirilen ve onkolojicerrahi konseyine çıkarılan hastada kot lezyonunun uzak metastaz lehine kabul edilmesi üzerine hastaya kemoterapi kararı verildi. Hastanın tüm vücut tarama tetkiklerinde başka herhangi bir organ metastazı bulunmamaktaydı. 12 hafta taxol tedavisi alan hasta modifiye radikal mastektomi için servisimize yönlendirildi. Hastaya elektif şartlarda intraoperatif göğüs cerrahisinin de iştirakı kabul edilerek sağ modifiye radikal mastektomi ve aksiller diseksiyon + 5. kot parsiyel rezeksiyon işlemleri yapılmıştır.



**Şekil 1:** Metastatik kot



**Şekil 2:** Normal kot ve metastatik kot



**Şekil 3:** Parsiyel kot rezeksiyonu

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Meme kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen kanser tipi olup yaklaşık %30'luk bir pay almaktadır. (5) Meme kanserinin nedenleri arasında genetik, çevresel, hormonal, sosyobiyolojik ve psikolojik etmenlerin beraberce yer aldığı düşünülmektedir. (6) Meme kanserinde en sık tutulum kemik, akciğer ve karaciğerde görülmektedir. Metastazlar yıllar sonra ortaya çıkabilir. (7) Abrams ve ark. (8) tarafından yapılan geniş çaplı bir otopsi serisi çalışmasında hastaların yaklaşık %37'sinde iskelet sistemi tutulumu olduğu bildirilmiştir. Bir başka prospektif çalışmada radikal mastektomi sonrası izlenen hastaların %26'sında ilk tutulan metastatik bölgenin kemik olduğu saptanmıştır. (9) Bu rakamlar meme kanserinde kemik metastazlarının ne denli ciddi boyutta bir sorun oluşturduğunu gözler önüne sermektedir. Sadece iskelet sistemi tutulan veya dominant metastazın kemikte olduğu meme kanserli olgularda ortalama yaşam süresi 2-3 yıl olarak raporlanmaktadır. (9) Tüm iskelet sisteminde en sık tutulan kemikler sırasıyla vertebra korpusları, pelvis, femur proksimali ve humerustur. (10) Kemik metastazları ile mücadelede sistemik tedavi, cerrahi, ışın tedavisi gibi seçenekler multidispliner bir yaklaşım çerçevesinde değerlendirilmelidir. Öncelikle komplikasyon tedavisini içeren sonrasında malign kitleye yönelik tedavi, palyasyon sağlanması, kemik yıkımının önlenmesi gibi sıralanan bir tedavi programı planlanması en uygun yaklaşım olacaktır. Olgumuzda uzak metastaz olarak sadece iskelet sistemini tutan ve de bu sistemde çok sıklıkla görülmeyen izole kot metastazı olgusunu sunmayı ve kemik ağrısı ile gelen meme kanserli hastalarda kot metastazlarının da akılda tutulmasını amaçladık.

## KAYNAKLAR

**1.** Harrington, K.D. Metastatic disease of the spine. J. Bone Joint Surg. Am. 1986; 68, 1110-1115.

**2.** Robert J Downey, Valerie Rusch, F.Ida Hsu, Larry Leon, Ennapadam Venkatraman, David Linehan, Manjit Bains, Kimberly van Zee, Robert Korst, Robert Ginsberg. Chest wall resection for locally recurrent breast cancer: Is it worthwhile? The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2000;119, 420-428.

**3.** Rayan, F, Mukundan, C., Shukla, D.D., Barrington, R.L. Odontoid metastasis: Apotential lethal complication. Eur. J. Orthop.Traumatol. 2009;10, 199-201.

**4.** Silvenberg E, Lubera J: Cancer statistics 1987. C.A. Cancer J Clin 37: 19.

**5.** Greenlee RT, Murray T, Bolden S, et al. Cancer statistics, 2000. CA Cancer J Clin 50: 7-33.

**6.** Tannock IF, Hill RP (eds): The basic science of Oncology. 2nd ed. New York, Mc Graw-Hill, 1992.

**7.** Fisher B, Constantino J, Redmond C, Poisson R, Bowman D,Couture J, et al. A randomized clinical trial evaluating sequential methotrexate and fluorouracil in the treatment of patients with node-negative breast cancer who have estrogen-receptor-negative tumors. N Eng J Med 1989; 320: 473.

**8.** Abrams HL, Spiro R, Goldstein N. Metastases in carcinoma. Analysis of 1000 cases. Cancer 1950 3:74-95.

**9.** Fisher B, Ravdin RG, Ausman RK, et al. Surgical adjuvant chemotherapy in cancer of the breast: Results of a decade of cooperative investigation. Ann Surg 1968; 168:337-56.

**10.** Aaron AD. Treatment of metastatic adenocarcinoma of the pelvis and extremites. J Bone Joint Surg Am 1997 79:917-22.