

## Stewart-Treves Sendromu

### Stewart-Treves Syndrome

**Kübra Eren Bozdağ, Oya Aydın, Murat Ermete\*, Kenan Dibek**  
*İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji ve \*Patoloji Kliniği, İzmir, Türkiye*

#### Özet

Stewart-Treves sendromu, genellikle kadın hastalarda mastektomi ve aksiller lenf nodu diseksiyonu sonrası gelişen lenfödemle ilişkili anjiyosarkomdur. Meme kanseri tedavisinin nadir bir komplikasyonu olarak gelişir ve kötü seyirli bir tablodur. Bu makalede, erken tanının önemini vurgulamak amacıyla, mastektomiden on yıl sonra Stewart-Treves sendromu gelişen bir olguyu sunuyoruz. (*Türk Dermatoloji Dergisi 2007; 1: 57-9*)

**Anahtar kelimeler:** Stewart-Treves sendromu, anjiyosarkom

#### Summary

Stewart-Treves syndrome is a lymphedema-associated angiosarcoma usually developing in female patients after mastectomy and axillary lymph node dissection. It is a rare complication of breast cancer treatment with a poor outcome. We present a patient with Stewart-Treves syndrome developing ten years after mastectomy, in order to emphasize the importance of early diagnosis. (*Turkish Journal of Dermatology 2007; 1: 57-9*)

**Key words:** Stewart-Treves syndrome, angiosarcoma

#### Giriş

Stewart-Treves sendromu (STS) genellikle kadın hastalarda mastektomi ve aksiller lenf bezi diseksiyonu sonrası gelişen lenfödemle ilişkili anjiyosarkomdur. Meme kanseri tedavisinin ender bir komplikasyonu olarak gelişir ve kötü seyirli bir tablodur (1-3). Burada, erken tanının önemini vurgulamak ve mastektomi yapılan hastalarda anjiyosarkom tanısının akla getirilmesi amacıyla STS'li bir olgu sunuyoruz.

#### Olgu

On yıl önce meme kanseri nedeniyle sağ radikal mastektomi, aksiller lenf bezi diseksiyonu ve ardından radyoterapi uygulanan 55 yaşındaki kadın hasta, sağ kolunda şişlik ve kırmızı mor renkli kabarıklıklar yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Öyküsünden, ödem yakınmasının

operasyondan üç yıl sonra başladığı öğrenildi. Son dört ayda hastanın kolundaki şişlik iyice artmış, bir ay önce üzerinde kırmızı-mor renkli bir kabarıklık oluşmuş ve zamanla sayıları hızla artarak tüm kola yayılmıştı.

Öz ve soy geçmişi özellik olmayan hastanın sistematik muayenesinde servikal lenfadenopati, dispne ve sağ hemitoraksta solunum seslerinde azalma saptandı. Dermatolojik bakıda sağ kol ve elde yaygın lenfödem, ön kol ve el sırtında mor renkli infiltrate papüller (Şekil 1), sağ kol proksimalinde infiltrate plak üzerinde yaygın mor ve siyah renkli nodüller ve hemorajik krutlu ülserasyon saptandı (Şekil 2).

Rutin kan ve biyokimyasal tetkikleri normal sınırlarda olan olgunun kolundaki nodüler lezyonlardan alınan deri biyopsisinin histopatolojik incelemesi anjiyosarkomla uyumluydu (Şekil 3). Neoplazik hücrelerin çizgili kası infiltrate ettiği saptandı. Tümör hücreleri CD31, CD34 ve Faktör VIII pozitif (Şekil 4). Bilgisayarlı toraks tomografisinde yaygın plevral efüzyon ve buna bağlı sağ akciğerde tama

**Yazışma Adresi / Corresponding Author:** Dr. Kübra Eren Bozdağ, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dermatoloji Kliniği, İzmir, Türkiye  
E-posta: bozdağk@gmail.com

**Not:** XXI. Ulusal Dermatoloji Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

yakın kollaps izlendi, sol akciğerde metastaz bulgusu saptanmadı. Radyografide sağ kolda kemik patolojisi yoktu.

Hasta ortopedi kliniği ile konsülte edilerek amputasyon planlandı. Dispne nedeniyle göğüs hastalıkları hastanesine gönderilen hastanın tedavisi düzenlendi. Yakınmalarının gerilemesi üzerine tekrar ortopedi kliniğine yatırılarak sağ kola radikal amputasyon uygulandı. Postoperatif ikinci günde solunum sıkıntısının artması üzerine hastaya toraks tüpü takıldı ve göğüs hastalıkları hastanesine nakledildi. Ancak hasta ameliyat sonrası erken dönemde solunum yetmezliği nedeniyle kaybedildi.

### Tartışma

Lenfödem, lenfatik drenajın bozulduğu durumlarda, proteinden zengin interstisyel sıvının artması sonucu gelişir. Lenfödem, kökeni ne olursa olsun, immünkompetan hücrelerin hareketini güçleştirerek bölgesel bağışıklık yanıtını bozar. Ayrıca lenfödem, o bölgede anjiyogenezisi uyarak kollateral lenfatik ve kan damarları açılışına neden olur. İmmünolojik olarak zayıflamış olan bölge malin tümörlere; sürekli anjiyogenik uyarı nedeniyle de vasküler tümörlere yatkın hale gelir (4).



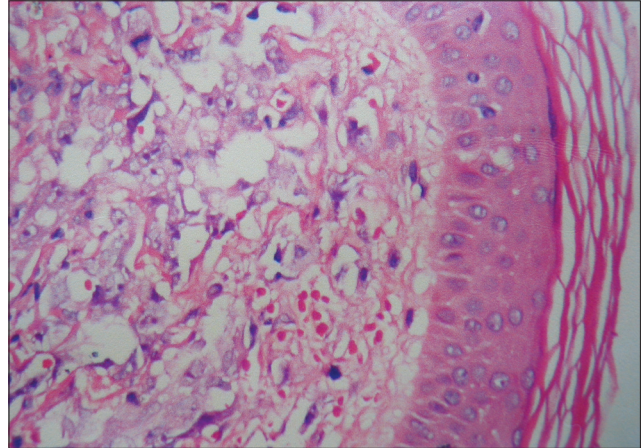
Şekil 1. Ön kol ve el sırtındaki infiltrate papüller



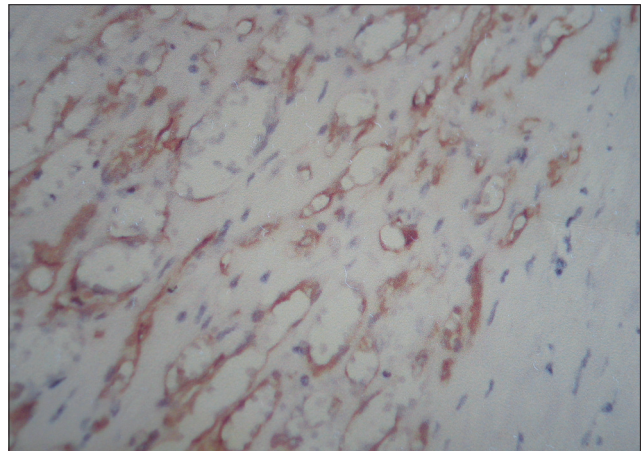
Şekil 2. Sağ üst ekstremité proksimalindeki morumsu-siyah renkli nodüller ve ülserasyon

Anjiyosarkomun yüz, saçlı deri ve boyunda görülen idiyopatik anjiyosarkom, mastektomi sonrası kronik lenfödem zemininde gelişen anjiyosarkom (STS) ve radyoterapi sonrası gelişen anjiyosarkom olmak üzere üç tipi tanımlanmıştır (1,2). Mastektomi sonrası anjiyosarkom ilk kez 1948'de Stewart ve Treves tarafından tanımlanmıştır (5). Ender görülen bu neoplazi mastektomili hastaların yaklaşık %0.5'inde gelişir (1,2). Meme kanseri tedavisinde konservatif tedaviye ek olarak radyoterapi kullanımının artmasıyla birlikte anjiyosarkom sıklığında artma olduğu bildirilmiştir (6). Anjiyosarkomun ortaya çıkış yaşı ortalama 60, mastektomi ile tümörün ortaya çıkışı arasındaki süre ise ortalama 10 yıldır (1,7). Bizim olgumuz 55 yaşında olup, mastektomi ile anjiyosarkom gelişimi arasındaki süre 10 yıldır.

Tüm anjiyosarkom tiplerinde klinik, başlangıçta travma sonrası oluşmuş bir ezik, bere yada hemanjiomu düşündürecek şekilde, yavaş ilerleyen kırmızı veya mor renkli leke şeklindedir. Bu masum görüntü ve anjiyosarkomun sık akla gelmemesi genellikle tanıda gecikmeye neden olur. Lezyon yıllar içinde yavaş yavaş büyür ve daha sonra nodül ve ülserasyonlar gelişir. Ekstremitedeki yaygın ve dirençli ödem tanıyı güçleştirir. Nodüller geliştiğinde ise hastalık bizim olgumuzda da olduğu gibi genellikle yayılmıştır.



Şekil 3. Belirgin nükleoluslu atipik epitelooid görünümlü endotelial hücreler (HEX110)



Şekil 4. Neoplazik hücrelerin immunohistokimyasal olarak CD31 ile diffüz boyanması (220)A

Histopatolojisinde normal dokuları infiltrate eden vasküler yapılar dokular arasındaki her boşluğu dolduracak şekilde yayılmış olup hemoraji belirgindir. İmmünohistokimyasal çalışmalarda en çok kullanılan belirteç CD31'dir. Tanı güçlüğü olan durumlarda CD31, CD34 ve Faktör VIII'e karşı antikorların üçü de araştırılmalıdır.

Yüz ve saçlı deri anjiyosarkomu erken dönemde genellikle benin vasküler proliferasyon veya travmatik ekimoz ile karışır. STS'de ise kanser metastazı ve Kaposi sarkomu ile ayırıcı tanı yapılmalıdır (2,7).

Tüm anjiyosarkom tiplerinde prognoz kötüdür. Ekstremitelerdeki erken dönem anjiyosarkomlarda amputasyon küratif olabilir. Ancak tümör genellikle klinik olarak görülen ve palpe edilebilen sınırların ötesine ulaştığından salim cerrahi sınır elde etmek her zaman olası değildir. Radyoterapi genellikle palyatiftir. Kemoterapiye yanıt daha iyi olup, ilk tedavi kürüne yanıt alınırsa yaşam süresini uzatabileceği bildirilmektedir (7). Hastamıza amputasyon yapılmış, ancak erken dönemde gelişen komplikasyonlar nedeniyle kemoterapi veya radyoterapi yönünden değerlendirilememiştir. STS'de tanı konduktan sonra yaşam süresi ortalama 10-15 aydır. Tedavi sonrası beş yıllık yaşam süresi %10-33 olarak bildirilmiştir (1,8).

Sonuç olarak STS'de cerrahi sınırların salim olduğu geniş cerrahi eksizyon en iyi tedavi seçeneği olarak kabul edilmektedir. Tümörün büyüklüğü ve eksizyonun tam olması prognozu etkileyen en önemli faktörlerdir. Bu nedenle mastektomili hastalarda tümörün erken tanınması ve tedavisi önemlidir.

## Kaynaklar

1. Calonje E, MacKie RM. Soft-tissue tumours and tumour-like conditions. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. Text Book of Dermatology. 7th ed. Oxford: Blackwell Science; 2004. p.53.28-9.
2. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC, editors. Dermatology. 2nd ed. Berlin: Springer-Verlag; 2000. p. 1579-80.
3. Roy P, Clark MA, Thomas JM. Stewart-Treves syndrome: treatment and outcome in six patients from a single centre. Eur J Surg Oncol 2004;30:982-6.
4. Ruocco V, Schwartz RA, Ruocco E. Lymphedema: an immunologically vulnerable site for development of neoplasms. J Am Acad Dermatol 2002;47:124-7.
5. Stewart FW, Treves N. Lymphangiosarcoma in postmastectomy lymphedema: A report of six cases in elephantiasis chirurgica. Cancer 1948;1:64-81.
6. Hanasono MM, Osborne MP, Dielubanza EJ, et al. Radiation-induced angiosarcoma after mastectomy and TRAM flap breast reconstruction. Ann Plast Surg 2005; 54: 211-4.
7. Noguchi M, Hasegawa H, Tajiri K, et al. Stewart-Treves syndrome. A report of two cases with a review of Japanese Literature. Jpn J Surg 1987;17:407-12.
8. Komorowski AL, Wysocki WM, Mitus J. Stewart-Treves syndrome. Pol Merkuriusz Lek 2004;16:493-4.