

İDİOPATİK GRANÜLOMATOZ MASTİTLİ HASTALARDA CERRAHİ TEDAVİDE ONKOPLASTİK CERRAHİ TEKNİKLERİNİN KULLANILMASI

THE USAGE OF ONCOPLASTIC SURGICAL TECHNIQUES FOR THE SURGICAL TREATMENT OF IDIOPATHIC GRANULOMATOUS MASTITIS

Gamze KIZILTAN¹, Ali Özgür KARAKAŞ², Erkan YÜCE³, Berrin BABAOĞLU⁴

¹Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kırıkkale, Türkiye

²Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Kırıkkale, Türkiye

³Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, Kırıkkale, Türkiye

⁴Kırıkkale Yüksek İhtisas Hastanesi, Patoloji Kliniği, Kırıkkale, Türkiye

Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg. (Med. J. Ankara Tr. Res. Hosp.) Cilt / Volume: 52 Sayı / Number: 1 Yıl / Year: 2019 ISSN:1304-6187 Sayfa/Page :53-58

Geliş Tarihi / Submitted : Kasım 2018 / November 2018

Kabul Tarihi / Accepted : Aralık 2018 / December 2018

ÖZET

AMAÇ: İdiyopatik granülatöz mastit (İGM) tam olarak etyolojisi aydınlatılmamış, benign, inflamatuvar bir meme hastalığıdır. Memede ağrılı kitle, apse formasyonu ve fistül oluşumu ile ortaya çıkar, klinik ve histopatolojik olarak karsinomlu taklit edebilir. : Bu retrospektif çalışmada, 2015 ve 2018 yılları arasında kliniğimize başvurmuş, histopatolojik olarak İGM tanısı almış 5 hastada uyguladığımız onkoplastik teknikler ile cerrahi tedavi sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

GEREÇ: Bu çalışmaya Şubat-2015, Mart-2018 tarihleri arasında İGM tanısı ile kliniğimize tedavi edilmiş 37 hastadan onkoplastik teknikler ile cerrahi uygulanan 5 hasta çalışmaya dahil edildi.

YÖNTEM: Histopatolojik olarak İGM tanısı doğrulanmış hastalarda tutulan memede geniş cerrahi eksizyon uygulandı. Eksizyon sonrası meme şekli ve konturunun rekonstrüksiyonu amaçlandı. Uygun hastalarda tercih edilecek mastopeksi tekniği her hasta için ayrı ayrı planlandı. Preoperatif oturur pozisyonda yapılan çizim ile planlama yapıldı. Tüm ameliyatlarda aynı cerrahi ekip tarafından gerçekleştirildi. Hastalara ait kayıtlar retrospektif olarak değerlendirilerek sonuçlar özetlendi.

SONUÇ: Hastaların başvuru anında ortalama yaşı 33.2 idi (SD,10.44, 22-44 yaş aralığı). Hastalardan 3'ü (%60) kitle bulgusu ile 1'i (%20) ağrı, 1'i (%20) de abse formasyonu ile başvurmuştu. Lezyonlar, 3 hastada (%60) üst iç kadrana, 1 hastada (%20) üst dış kadrana, 1 hastada (%20) ise alt iç kadrana yerleşik olarak tespit edildi. Aynı şekilde 3 hastada (%60) lezyonlar sağ memede yerleşirken, 2 hastada (%40) sol memeye yerleşti. Kitle boyutları ortalama 4,5 cm'di (SD,3.16, 2-10 cm aralığı). Histopatolojik değerlendirmede 10 x lik olan H&E boyamalarda meme lobüllerini çevrelemiş mikst inflamatuvar hücreler ve eşlik eden non-nekrotizan granülomlar mevcut idi. Cerrahi tedavimiz insizyon ve drenaj, eksizyonel biyopsi ve parsiyel mastektomi içeriyordu. Tüm hastalara tedavi öncesi tanı amaçlı insizyonel biyopsi alınarak patolojik tanı konuldu. Apsesi olan hastalara drenaj ve kültür antibiyogram için örnekleme uygulandı. Hastaların hiçbirinde kültür antibiyogramda üreme olmadı. Cerrahi tedavi öncesi 5 hastanın 4'ü (%80) ek olarak ampirik antibiyoterapi, 2'si (%40) ise İGM nedeni ile steroid tedavisine almıştı(Tablo-2). Nüks ve total regresyon sağlanamaması nedenleri ile tüm hastalara geniş cerrahi eksizyon planlandı. Bu amaçla parsiyel mastektomi uygulanan hastaların 3'ünde (%60) intraglandüler flep transpozisyonu ile 2'sinde (%40) ise inferior pediküllü reduksiyon mamoplasti tekniği ile rekonstrüksiyon yapıldı. Memenin üst ½ sinde yerleşmiş kitleler için inferior pedikül tekniği, diğer hastalarda ise geniş eksizyon sonrası rekonstrüksiyon için NAC korunarak dermoglandüler flep transpozisyonu tekniği kullanıldı. Çalışmamızdaki bulgular idiyopatik granülatöz mastitin cerrahi tedavisinde onkoplastik mamoplasti tekniklerinin kullanılabilirliğini göstermektedir. Geniş eksizyon sonrası onkoplastik meme cerrahisi tekniklerinin uygun hastalarda rekonstrüksiyon için tercih edilebilir bir yöntem olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: İdiyopatik Granülatöz Mastit; Onkoplasti; Meme; Rekonstrüksiyon

ABSTRACT

INTRODUCTION: Idiopathic granulomatous mastitis (IGM) is a benign, inflammatory breast disease that has not been fully elucidated. Pain in the breast, abscess formation and formation of fistula occurs, can mimic carcinoma clinically and histopathologically. In this retrospective study, we aimed to present our surgical treatment results in 5 patients who were admitted to our clinic between 2015 and 2018 with histopathological diagnosis of IGM.

MATERIALS: The study included 5 patients who underwent surgery with oncoplastic techniques from 37 patients who were treated in our clinic between February 2015 and March 2018.

METHODS: Wide surgical excision of the breast was performed in patients with histopathologically confirmed IGM. After excision, reconstruction of the breast shape and contour was aimed. Mastopexy was preferred for each patient. The preoperative surgical markings were drawn at sitting position. All operations were performed by the same surgical team. The records of the patients were evaluated retrospectively and the results were summarized.

CONCLUSION: The mean age of the patients at admission was 33.2 years (SD, 10.44, 22-44 years). Three (60%) of total patients presented with 1 (20%) pain and 1 (20%) with abscess formation. The lesions were located in the upper inner quadrant in 3 patients (60%), in the upper outer quadrant in 1 (20%) patient and in the lower inner quadrant in 1 (20%) patient. Similarly, 3 patients (60%) had lesions in the right breast, while 2 patients (40%) were located in the left breast. The mean mass dimensions were 4.5 cm (SD, 3.16, 2-10 cm range). H & E staining of 10 x in the histopathological evaluation included mixed inflammatory cells and concomitant non-necrotizing granulomas encircling the breast lobules. Our surgical treatment included incision and drainage, excisional biopsy and partial mastectomy. All patients underwent incisional biopsy for preoperative diagnosis and histopathologic diagnosis was made. Drainage and culture antibiogram were sampled for patients with abscess. There was no growth in culture antibiogram in any of the patients. Before surgical treatment, 4 (80%) of 5 patients received additional empirical antibiotics and 2 (40%) received steroid treatment due to IGM (Table-2). Wide surgical excision was planned for all patients due to relapse and total regression. For this purpose, intraglandular flap transposition was performed in 3 (60%) of the patients who underwent partial mastectomy and reconstruction was performed in 2 (40%) of the patients by inferior pedicled reduction mammoplasty. The inferior pedicle technique was used for the masses located in the upper half of the breast. For the other patients a dermoglandular flap transposition technique was used for NAC preservation after wide excision. Findings in our study show that oncoplastic mammoplasty techniques can be used in the surgical treatment of idiopathic granulomatous mastitis. After extensive excision, oncoplastic breast surgery techniques have been found to be a preferable method for reconstruction in appropriate patients.

Key words: Idiopathic Granulomatous Mastitis, Oncoplasty, Breast, Reconstruction

Sorumlu Yazar / Corresponding Author:

Ali Özgür KARAKAŞ

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, 71450, Yahşihan, Kırıkkale, Türkiye

Gsm: +90 505 868 57 27 E-posta: aokplstk@gmail.com

GİRİŞ

İdiyopatik granülo-matoz mastit (İGM), ilk defa 1970 yılında Milward ve Gough tarafından, meme kanserini taklit eden, benign, granülo-matoz bir lezyon olarak tanımlanmıştır(1) daha sonra 1972 yılında Kessler ve Wolloch tarafından çok sayıda granülo-m ve abse formasyonları ile karakterize lezyonları olan beş olgu granülo-matoz mastit olarak bildirilmiştir(2). Memenin nadir görülen, kronik, non-enfeksiyöz ve granülo-m formasyonu ile giden nekrotizan lobulit ile karakterize bir inflamatuvar hastalıktır(3-5). Genellikle emzirme hikayesi olan doğum yapmış kadınlarda görülür (6). Hastalar sıklıkla hassas bir memede apseye benzeyen eritematoz kitle ve kronik olarak drene olan sinüs traktı varlığı ile başvururlar. Klinik olarak, meme ağrısı, şişlik, 1-10 cm arası değişebilen çaplarda, kendini sınırlamayan ve inflamasyon varlığı ile kendini gösteren kitle ile kendini gösterir. Tedaviye rağmen tekrarlayıcı karakterde bir apse gibi davranır. Sıklıkla unilateraldir ve bir taraftan diğer tarafa geçiş olmaz. Hastaların %15'inde aksiler lenfadenopati görülür (7-12). Etiyolojide birkaç sebep öne sürülmüştür. Ekstravaze olmuş meme salgısı, meme travması, subklinik enfeksiyon, otoimmün süreçler suçlanmış, Corinobakteri enfeksiyonu ve duktal ektazi ile ilişki gösterilmiştir(13, 14). Tanı kesin olarak histopatolojik olarak konulabilmektedir. İnce-iğne aspirasyonu biyopsisi epitelioid histiosit baskınlığını ve nötrofilik hücre varlığını göstermektedir(12, 15). Tedavide ise geniş cerrahi eksizyon yanında glukokortikoidler veya antibiyotikler kullanılmakla birlikte kesin bir tedavi yöntemi henüz tanımlanmamıştır(10, 11, 16, 17). Yaygın olarak uygulanan cerrahi tedavilerde yöntem, kronik inflamatuvar kitlenin eksizyonu ve primer olarak yaranın kapatılması şeklindedir. Yani enfekte alan eksize edildikten sonra kaviteyi oratadan kaldırmaya yönelik özel bir uygulama yapılmadan yara kapatılır. Bu durumda çoğunlukla eksize edilen dokunun yeri çukur kalmakta, deride büzüşme ve ciltte kontraksiyona bağlı meme ucu – areola kompleksi yer değiştirmekte, bunun sonucu olarak meme simetrisi bozulmaktadır.

Cerrahi eksizyon sonrası kabul edilebilir meme şeklinin sağlanabilmesi amacı ile meme kanseri hastalarında geniş eksizyon sonrası onkoplastik meme cerrahisi teknikleri gün geçtikçe daha sıklıkla uygulanan bir teknik haline gelmiştir. Onkoplastik teknikler tip ve yaklaşım olarak farklılıklar gösterse de genel prensip hastalıklı dokunun eksizyonu sonrası fibroglanduler dokuların kas üzerinden serbestleştirilmesi ile hazırlanan dermoglanduler flepler kaydırılarak geride boşluk bırakmadan kabul edilebilir meme şeklinin tekrar sağlanmasına dayanır. Ayrıca muskulokutan flepler ile defektin doldurulması ya da mastektomi sonrası rekonstrüksiyon da uygulanabilecek yöntemler arasındadır.

İdiyopatik granülo-matoz mastit için de vaka sunumu olarak yayımlanan ve mastektomi yapılan hastalarda muskulokutanöz fleplerle rekonstrüksiyon yapılmış bildirimler de mevcuttur (18). Bu hastalarda geniş eksizyon ile daha düşük komplikasyon oranları sağlana-

bildiği gösterilmiştir (5). Ayrıca rekürrens nispeten sık olduğundan uzun dönem takip gereklidir(19).

MATERYAL VE METOD

Bu çalışmaya Şubat-2015, Mart-2018 tarihleri arasında İGM tanısı ile kliniğimizde tedavi edilmiş 37 hastadan onkoplastik teknikler ile cerrahi uygulanan 5 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların klinik bilgileri retrospektif olarak klinik kayıtlardan derlendi. Hastaların demografik bilgileri, başvuru anındaki klinik bulgular, radyolojik ve patolojik bulguları incelendi. Bunlara ek olarak uygulanan tedaviler ve sonuçları alındı. Kayıtlar değerlendirilerek sonuçlar özetlendi.

Tüm hastaların İGM tanısı patolojik olarak doğrulanmış, primer ya da diğer tedaviler sonrası nüks nedeni ile geniş cerrahi eksizyon uygulanmıştı. Planlamada hastalara uygulanacak cerrahi teknik hastaların meme hacmi, eksizyonu planlanan dokunun lokalizasyonu göz önünde bulundurularak seçildi. Uygun hastalarda tercih edilecek mastopeksi tekniği hastaya özel planlandı. Preoperatif oturur pozisyonda yapılan çizim ile planlama yapıldı. Tüm ameliyatlar aynı cerrahi ekip tarafından gerçekleştirildi.

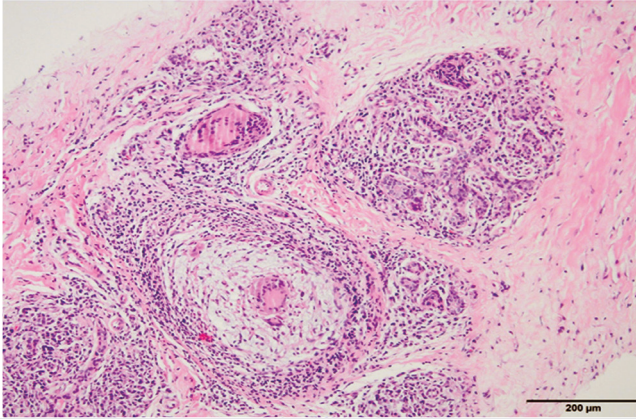
BULGULAR

Hastaların başvuru anında ortalama yaşı 33.2 idi (SD,10.44, 22-44 yaş aralığı). Hastalardan 3'ü (%60) kitle bulgusu ile 1'i (%20) ağrı, 1'i (%20) de abse formasyonu ile başvurmuştu. Lezyonlar, 3 hastada (%60) üst iç kadrana, 1 hastada (%20) üst dış kadrana, 1 hastada (%20) ise alt iç kadrana yerleşik olarak tesbit edildi. Aynı şekilde 3 hastada (%60) lezyonlar sağ memede yerleşirken, 2 hastada (%40) sol memeye yerleşti. Kitle boyutları ortalama 4,5 cm'yd (SD,3.16, 2-10 cm aralığı). Hastalardan yalnızca birinde travma öyküsü mevcut idi. Hiçbiri OKS kullanmamıştı. Hastaların tümünde prolaktin değerleri normal sınırlarda tesbit edildi.(Tablo -1)

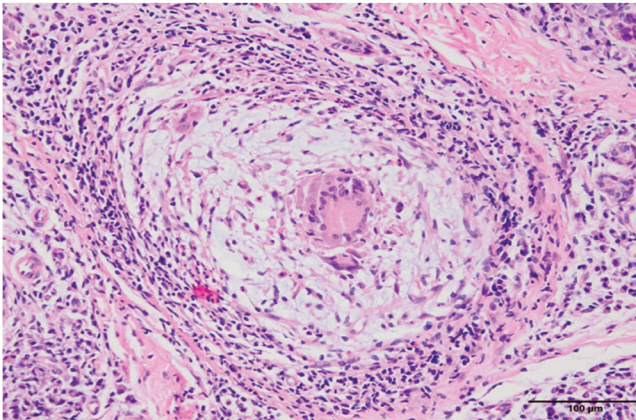
Tablo 1: Hastalara ait demografik veriler

Hasta	Yaş	Doğum sayısı	Oks kullanımı	Meme travma öyküsü
1 (AG)	40	2	yok	var
2 (YE)	38	1	yok	yok
3 (FG)	44	2	yok	yok
4 (FS)	22	1	Yok	Yok
5 (ZG)	22	yok	yok	yok

Histopatolojik değerlendirmede 10 x lik olan H&E boyamalarda meme lobüllerini çevrelemiş mikst inflamatuvar hücreler ve eşlik eden non-nekrotizan granülo-malar mevcut idi. Granülo-malar; epitelioid histiositler, lenfositler, plazma hücreleri ve daha az oranda eozinofil ve nötrofil lökositlerden oluşmakta olup arada eşlik eden multinükleer dev hücreler görüldü. (resim 1-2)



Resim 1: Hematoksilin - eozin (H&E) (10x1)



Resim 2: H&E boyamalarda meme lobüllerini çevrelemiş mikst inflamatuvar hücreler ve eşlik eden non-nekrotizan granülomlar (20 x 1)

Cerrahi tedavimiz insizyon ve drenaj, eksizyonel biyopsi ve parsiyel mastektomiyi içermekteydi. Tüm hastalara tedavi öncesi tanı amaçlı insizyonel biyopsi alınarak patolojik tanı konuldu. Apsesi olan hastalara drenaj ve kültür antibiyogram için örnekleme uygulandı. Hastaların hiçbirinde kültür antibiyogramda üreme olmadı. Cerrahi tedavi öncesi 5 hastanın 4'ü (%80) ek olarak ampirik antibiyoterapi, 2'si (%40) ise İGM nedeni ile steroid tedavisi almıştı (Tablo-2). Nüks ve total regresyon sağlanamaması nedenleri ile tüm hastalara geniş cerrahi eksizyon planlandı. Bu amaçla parsiyel mastektomi uygulanan hastaların 3'ünde (%60) intraglandüler

flep transpozisyonu ile 2'sinde (%40) ise inferior pediküllü redüksiyon mamoplasti tekniği ile rekonstrüksiyon yapıldı. Tüm ameliyatlar aynı cerrah tarafından uygulandı. Cerrahide tutulan dokunun eksizyonu ile başlandı. İnflamatuvar lezyonun bulunduğu yere göre tedavi şöyle planlandı. Üst ½ sinde yerleşmiş kitleler için inferior pedikül tekniği, diğer hastalarda ise geniş eksizyon sonrası rekonstrüksiyon için NAC korunarak dermoglandüler flep transpozisyonu tekniği kullanıldı. Hastalar post-operatif dönemde 48 saat süresince hastanede tutuldular, kanama ve ağrı kontrolü açısından takip edildiler. Hastalara profilaktik antibiyotik ve post-operatif NSAID uygulandı. Hastaların ortalama takip süresi ortalama 23,4 ay (en az: 7 ay, max: 44 ay) idi. Hastaların hiçbirinde takip süresince nüks görülmedi.

Postoperatif takiplerinde hastalarımızın hiçbirinde seroma, hematoma gelişimi, cerrahi yara enfeksiyonu gibi minor komplikasyonlar ortaya çıkmadı. Yalnızca 1 hastada yara ayrışması ortaya çıktı. Yara ayrışması gelişen hastamızda pansuman ile takip sonucunda iyileşme görüldü, ek cerrahi gerektirmedi.

TARTIŞMA

İdiyopatik granülomatoz mastit nadir görülen benign inflamatuvar bir hastalıktır. Açık bir neden olmadan kronik granülomatoz lobulit ile karakterizedir. Bu hastalık sıklıkla genç doğurgan kadınlarda görülmektedir (2). Bizim çalışmamızda da tüm hastalar genç - doğurgan yaş grubunda idi.

Yapılan çalışmalarda İdiyopatik granülomatoz mastitte etnik bir yatkınlık gösterilememiştir (20).

İGM tanısında çoğu zaman zorluklar ile karşılaşılabilir. İGM etyolojisinde lokal immün aracılı inflamasyon öne sürülmüştür. Ekstravaze olan laktasyonel salgılar lenfositik lokal granülomatoz cevaba ve makrofaj migrasyonuna neden olabilir. Lüminal sekresyonların ekstravazasyonu lokal travmaya veya duktal epitelin hasarlanmasına neden olan enfeksiyona sekonder ortaya çıkabilir (4,5,21,22). Ayırıcı tanıda sarkoidoz, Wegener granülomatozu ve diğer granülomatoz hastalıklar ile karışabilmektedir. Ayrıca alta yatan otoimmün bir etyoloji olabileceği düşünülmektedir. İGM otoimmün tiroit, otoimmün prostatit ve otoimmün orşit ile patolojik benzerlik göstermektedir (23). Ayrıca İGM eritema

Tablo 2: Klinik prezentasyon ve Tedavi

Hasta	Semptom	Taraf	Sinus varlığı	Yerleşim	Nüks	Ek tedavi	Cerrahi
1	Kitle	Sol	Yok	Üik	Yok	Steroid	İnferior pedikül
2	Abse	Sağ	Var	Üik	Yok	Yok	Dermoglandüler flep
3	Kitle	Sol	Var	Üdk	Yok	Steroid	Dermoglandüler flep
4	Kitle	Sağ	Var	Aik	Yok	Yok	İnferior pedikül
5	Kitle	Sağ	Yok	Üik	Yok	Yok	Dermoglandüler flep

nodosum ile ilişkisi bu hastalığın otoimmün kaynaklı olabileceğini destekler niteliktedir (14). Bizim de bir hastamızda da yaygın cilt tutulumu ile seyreden eritema nodosum tespit edilmişti. Bu hastada steroid tedavisi sonrası eritema nodosum bulguları total regrese oldu.

İGM etyolojisinde ayrıca enfeksiyöz nedenler de öne sürülmüştür. Taylor ve ark. İGM ile corynebacterium suşları, özellikle C.kroppenstedtit ile ilişkisini ortaya koymuştur (14). Ancak serolojik ve bakteriyel testler genellikle negatiftir(24). Bizim hastalarımızda da üreme tespit edilmedi.

Yapılan çalışmalarda östrojen ve veya progesteronun yüksek seviyeleri ve yükselmiş prolaktin İGM patogenezinde etkili olduğu öne sürülmüş, gebelik öyküsü ve emzirmenin İGM ortaya çıkmasında önemli olduğu ortaya çıkmıştır (25-29). Hastalarımızın tümünde prolaktin değerleri normal sınırlarda idi. Granulomatöz mastit memede sert soliter kitle, kronik drene olan fistül traktarı veya apse kavitesi olarak kendini gösterebilir (7,30). Bizim hastalarımızda da %60 ele gelen kitle bulgusu ile, 1'i (%20) ağrı, 1'i (%20) de abse formasyonu ile başvurmuştu.

İGM galaktore ve deri ülserasyonu ile de kendini göstererek meme kanseri ile karışabilir.

İGM sıklıkla unilateral görülse de literatürde bilateral tutulum olan vakalar da mevcuttur (5). Bizim hastalarımızın tümü unilateral tutulum göstermiş idi.

Radyolojik bulgular da sıklıkla kanser özelliklerini taşıyabilir. Mamografide mikrokalsifikasyonlar spiküle konturlu kitle ve mikrokalsifikasyonlar görülebilir. Ultrasonda ise hipoekojenite ve nodularite görülebilir (31). Son zamanlarda bazı çalışmalarda Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR) kullanılmış, sınırları belirsiz fokal homojen büyüyen kitleler tespit edilmiştir. MR tanısal modalitede tamamlayıcı bir tetkiktir. Ancak literatüre göre MR'ın meme bulguları inflamatuvar süreçte nonspesifiktir. Ancak mamografi ve ultrasonda belirgin patoloji bulunamayan hastalarda yardımcı olabilir.

Lezyonların büyüme ve küçülmesini tespit etmekte kullanılabilir(32-34). Biz çalışmamızda MR kullanmadık.

İGM histopatolojik değerlendirmesi ise İİAB veya eksizyonel biyopsi ile yapılabilir. Bununla beraber sitolojik değerlendirme memenin diğer grannulomatoz hastalıkları ve karsinoma, duktal ektazi, periduktal mastit, plazma hücreli mastit, sarkoidoz ve vaskülitten ayrımını yapamaz(35-36).

İGM'de meme kitlelerinin eksizyonu en sık bildirilen tedavi yöntemidir. Cerrahi eksizyon terapötik olmasının yanı sıra cerrahi, aynı zamanda kesin tanı da sağlar. Konservatif yaklaşımı önerenler olsa da sınırlı cerrahi sonrası rekürrens görülebileceği bilinmektedir (17). Bu nedenle geniş rezeksiyon veya mastektomi İGM cerrahi tedavisinde sıklıkla tercih edilmektedir.

Son yıllarda meme kanseri hastaları için giderek artan sayıda mamoplasti ve rekonstruktif teknikleri içeren onkoplastik meme cerrahisi tercih edilmektedir. Kozmetik sonuçlar ve hasta memnuniyetinin öne çıkması ile birlikte bu teknikler her geçen gün daha fazla merkezde uygulanmaya başlamıştır. Meme kanseri için bile kozmetik sonuçlar ön plana çıkmışken, İGM gibi benign bir hastalık için cerrahi sonrası ortaya çıkan ciddi deformiteler ve kötü kozmetik sonuçlar kabul edilemez. Bu nedenle bu hastalar için de mamoplasti ve rekonstruktif tekniklerin kullanılabilceğini düşünüyoruz.

Hastalarımızda da geniş eksizyona olanak sağlayan inferior pedikül tabanlı Wise patern redüksiyon mamoplastisi diğer bir isimlendirme ile redüksiyon mastopeksi (**resim 3**), diğer hastalarda ise lumpektomi sonrası mastopeksi yani geniş eksizyon sonrası defekt alanı rekonstruksiyonu için dermoglanduler flep transpozisyonu (**resim 4**) uygulanmıştır. Hastalarımızın hepsinde tercih edilen teknikler ile geniş total eksizyon sağlanabilmiş, rezidü meme dokusu rekonstruksiyon için yeterli olmuştur. Hastalarımızın hiçbirinde mastektomi ihtiyacı olmamıştır. Ortalama 23,4 ay (min: 7 ay, max: 44 ay) takip süresince hastalarımızın hiçbirinde hastalık nüksü tespit edilmemiştir.



Resim 3: inferior pedikül tekniği kullanılarak opere edilmiş hasta pre op ve post op görünüm



Resim 4: Eksizyon sonrası dermoglanduler flep kaydırılarak defekt kapatılmış hasta pre op- post op görünüm

Gerek malign gerekse benign sebeplerle yapılmış reduksiyon mammoplasti ameliyatlarında literatürde bildirilen komplikasyon oranları %10–91 arasında değişmektedir (37-38). Postoperatif takiplerinde hastalarımızın sadece birinde (%20) erken dönem yara komplikasyonu ortaya çıkmıştır. Bu oran literatür ile uyumludur. Bu durum İdiyopatik granüloatoz mastitin yara komplikasyon oranını arttırmadığını gösteriyor olabilir.

SONUÇ

İGM memenin nadir görülen, benign bir inflamatuvar hastalığıdır. İGM etyolojisi henüz aydınlatılmamış olup optimal tedavi için çeşitli öneriler bulunmaktadır. Tedavi için drenaj, steroid tedavisi ve cerrahi eksizyonlar gerekebilmektedir. Sıklıkla görülen nüksler nedeni ile geniş cerrahi eksizyonlar ön plana çıkmaktadır.

İGM gibi benign bir hastalık için cerrahi sonrası ortaya çıkan ciddi deformiteler ve kötü kozmetik sonuçlardan kaçınabilmek amacı ile bu hastalar için de mammoplasti ve rekonstruktif tekniklerin kullanılabileceğini düşünüyoruz.

Çalışmamızdaki bulgular idiyopatik granüloatoz mastitin cerrahi tedavisinde onkoplastik mammoplasti tekniklerinin kullanılabileceğini göstermektedir. Geniş eksizyon sonrası onkoplastik meme cerrahisi tekniklerinin uygun hastalarda rekonstrüksiyon için tercih edilebilir bir yöntem olduğu görülmüştür.

KAYNAKLAR

- 1.)Milward TM, Gough MH. Granulomatous lesions in the breast presenting as carcinoma. *Surg Gynecol Obstet.* 1970;130(3):478-82.
- 2.)Kessler E, Wolloch Y. Granulomatous mastitis: a lesion clinically simulating carcinoma. *Am J Clin Pathol.* 1972;58(6):642-6.
- 3.)Imoto S, Kitaya T, Kodama T, Hasebe T, Mukai K. Idiopathic granulomatous mastitis: case report and review of the literature. *Jpn J Clin Oncol.* 1997;27(4):274-7.
- 4.)Diesing D, Axt-Flidner R, Hornung D, Weiss JM, Diedrich K, Friedrich M. Granulomatous mastitis. *Arch Gynecol Obstet.* 2004;269(4):233-6.
- 5.)Akan A, Akyildiz H, Deneme MA, Akgun H, Aritas Y.

- Granulomatous lobular mastitis: a complex diagnostic and therapeutic problem. *World J Surg.* 2006;30(8):1403-9.
- 6.)Belaabidia B, Essadki O, el Mansouri A, Squalli S. [Idiopathic granulomatous mastitis: apropos of 8 cases and review of the literature]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2002;30(5):383-9.
- 7.)Pouchot J, Foucher E, Lino M, Barge J, Vinceneux P. Granulomatous mastitis: an uncommon cause of breast abscess. *Arch Intern Med.* 2001;161(4):611-2.
- 8.)Engin G, Acunas G, Acunas B. Granulomatous mastitis: gray-scale and color Doppler sonographic findings. *J Clin Ultrasound.* 1999;27(3):101-6.
- 9.)Al-Khaffaf B, Knox F, Bundred NJ. Idiopathic granulomatous mastitis: a 25-year experience. *J Am Coll Surg.* 2008;206(2):269-73.
- 10.)Lai EC, Chan WC, Ma TK, Tang AP, Poon CS, Leong HT. The role of conservative treatment in idiopathic granulomatous mastitis. *Breast J.* 2005;11(6):454-6.
- 11.)Azlina AF, Ariza Z, Arni T, Hisham AN. Chronic granulomatous mastitis: diagnostic and therapeutic considerations. *World J Surg.* 2003;27(5):515-8.
- 12.)Yip CH, Jayaram G, Swain M. The value of cytology in granulomatous mastitis: a report of 16 cases from Malaysia. *Aust N Z J Surg.* 2000;70(2):103-5.
- 13.)Going JJ, Anderson TJ, Wilkinson S, Chetty U. Granulomatous lobular mastitis. *J Clin Pathol.* 1987;40(5):535-40.
- 14.)Taylor GB, Paviour SD, Musaad S, Jones WO, Holland DJ. A clinicopathological review of 34 cases of inflammatory breast disease showing an association between corynebacteria infection and granulomatous mastitis. *Pathology.* 2003;35(2):109-19.
- 15.)Tse İGM, Poon CS, Law BK, Pang LM, Chu WC, Ma TK. Fine needle aspiration cytology of granulomatous mastitis. *J Clin Pathol.* 2003;56(7):519-21.
- 16.)DeHertogh DA, Rossof AH, Harris AA, Economou SG. Prednisone management of granulomatous mastitis. *N Engl J Med.* 1980;303(14):799-800.
- 17.)Bani-Hani KE, Yaghan RJ, Matalka, II, Shatnawi NJ. Idiopathic granulomatous mastitis: time to avoid unnecessary mastectomies. *Breast J.* 2004;10(4):318-22.
- 18.)Hladik M, Schoeller T, Ensaf F, Wechselberger G. Idiopathic granulomatous mastitis: successful treatment by mastectomy and immediate breast reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2011;64(12):1604-7.
- 19.)Taghizadeh R, Shelley OP, Chew BK, Weiler-Mithoff EM. Idiopathic granulomatous mastitis: surgery, treatment, and reconstruction. *Breast J.* 2007;13(5):509-13.
- 20.)Ocal K, Dag A, Turkmenoglu O, Kara T, Seyit H, Konca K. Granulomatous mastitis: clinical, pathological features, and management. *Breast J.* 2010;16(2):176-82.

- 21.)Asoglu O, Ozmen V, Karanlık H, et al. Feasibility of surgical management in patients with granulomatous mastitis. *Breast J.* 2005; 11:108-114.
- 22.)Ozturk M, Maili E, Kahriman G, et al. Granulomatous mastitis: radiological findings. *Acta Radiol.* 2007;48:150-155.
- 23.)Erhan Y, Veral A, Kara E, et al. A clinicopathologic study of a rare clinical entity mimicking breast carcinoma: idiopathic granulomatous mastitis. *Breast.* 2000;9:52-56.
- 24.)Marchant DJ. Inflammation of the breast. *Obstet Gynecol Clin N Am.* 2002. 29:89-102.
- 25.)Destek S et al. Pituitary adenoma and hyperprolactinemia accompanied by idiopathic granulomatous mastitis. *Case Rep Endocrinol.* 2017
- 26.)Goldberg J et al. Granulomatous mastitis in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2000;96:813-815.
- 27.)Laghazaoui Boukaidi M et al. Granulomatous recurrent mastitis during pregnancy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2000; 29(1):102-104.
- 28.)Uysal E. et al. Factors related to recurrence of idiopathic granulomatous mastitis: what do we learn from a multicentre study? *ANZ J Surg.* 2017; 88(6):635-639.
- 29.)Omranipour R, Mohammadi SF, Samimi P. Idiopathic granulomatous lobular mastitis - report of 43 cases from iran; introducing a preliminary clinical practice guideline. *Breast Care.* 2013; 8(6):439-443.
- 30.)Han BK, Choe YH, Park JM, et al. Granulomatous mastitis: mammographic and sonographic appearances. *Am J Roentgenol.* 1999; 173:317-320.
- 31.)Memis A, Bilgen I, Ustun EE, et al. Granulomatous mastitis: imaging findings with histopathologic correlation. *Clin Radiol.* 2002;57:1001-06.
- 32.)Dixon JM, Chetty U. Diagnosis and treatment of granulomatous mastitis. *Br J Surg.* 1995;82:1143-4.
- 33.)Schelfout K, Tjalma WA, Cooremans ID, et al. Observations of an idiopathic granulomatous mastitis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2001; 97:260-2.
- 34.)Tuncbilek N, Karakas HM, Otken OO. Imaging of granulomatous mastitis: assessment of three cases. *The Breast.* 2004;13:510-4.
- 35.)Sakurai T, Oura S, Tanino H, et al. A case of granulomatous mastitis mimicking breast carcinoma. *Breast Cancer.* 2002;9:265-8.
- 36.)Heer R, Shrimankar J, Griffith CDM. Granulomatous mastitis can mimic breast cancer on clinical, radiological or cytological examination: a cautionary tale. *Breast.* 2003;12:283-6.
- 37.)J.McIntosh, J.M. O'Donoghue. Therapeutic Mammoplasty – A Systematic Review of the Evidence. *ESJO.* (2012); 38: 196 – 202.
- 38.)Mattingly AE, Ma Z, Smith PD, Kiluk JV, Khakpour N, Hoover SJ, Laronga C, Lee MC. CME Article: Early Postoperative Complications after Oncoplastic Reduction. *South. Med. J.* 2017;110. 660-666.