

GRANULOMATÖZ MASTİT Meme Karsinomunu Taklit Eden 2 Olgu *

Nil ÇULHACI¹, Fıruzan KACAR¹, Emel DİKİCİOĞLU¹, Şükrü BOYLU²

ÖZET

Granulomatöz mastit, memenin seyrek görülen ve klinik olarak karsinomu taklit edebilen benign bir lezyondur. Burada, memede tek taraflı kitle şikayeti olan ve klinikte karsinom şüphesi taşıyan 2 granulomatöz mastit olgusu sunulmaktadır. İlk hastaya uygulanan ince iğne aspirasyon biopsisi de şüpheli olarak değerlendirilmiştir. Histopatolojik inceleme sonucu nonkazeifiye granulomatöz enflamasyon saptanmıştır. Lezyonun karsinomu taklit etmesi ve kesin tanının histopatolojik olarak konması nedeniyle ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken bir hastalıktır. Cerrahi tedavi tek tedavi seçeneği olmayıp medikal tedaviler de başarılı olmaktadır.

Anahtar sözcükler: Meme, mastit, granulomatöz mastit

Granulomatous Mastitis- A Report of Two Cases Mimicking Carcinoma

SUMMARY

Granulomatous mastitis is a rare, benign disease of the breast that can clinically mimic carcinoma. Here, we report two cases of granulomatous mastitis presenting with unilateral breast masses suspicious for carcinoma. Fine needle aspiration cytology of one patient was also suspicious. Histopathological examination revealed noncaseating granulomatous inflammation. This entity should be kept in mind for differential diagnosis since it mimics carcinoma and the definitive diagnosis is made histopathologically. The surgery may not be the best treatment. Medical treatment can also be successful.

Key Words: Breast, mastitis, granulomatous mastitis

Granulomatöz mastit (GM), memenin seyrek olarak gözlenen, etyolojisi tam bilinmeyen, benign, kronik enflamatuvar bir lezyondur. Ancak klinik olarak karsinomu taklit etmesi nedeniyle önem taşımaktadır. Hastalar çoğunlukla reproduktif çağdadır ve sıklıkla yakın zamanlı doğum öyküsü bulunmaktadır¹. Tanı, tüberküloz, sarkoidoz, yabancı cisim granulomu gibi diğer granulomatöz lezyonların ekarte edilmesiyle konur.

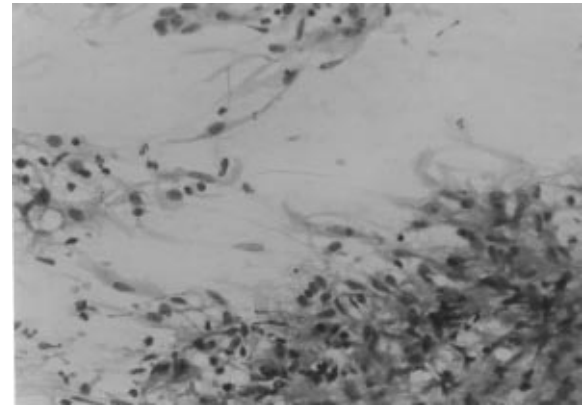
GM tedavisinde son yıllarda cerrahi rezeksiyondan çok steroid kullanımı ön plandadır. Bu nedenle ince iğne aspirasyon biyopsisinin tanıda önemi artmaktadır.

Burada klinik, radyolojik ve hatta sitolojik açıdan malignite kuşkusu taşıyan 2 granulomatöz mastit olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Birinci olgu, 40 yaşında kadın hastadır. Birkaç gün önce fark ettiği sağ memede şişlik şikayeti bulunmaktadır. Fizik muayenede üst-iç kadranda lokalize yaklaşık 5 cm çaplı, düzensiz sınırlı, hareketli, sert kitle ile alt-iç kadranda milimetrik nodularite, ayrıca aksiller bölgede lenfadenopatiler saptanmıştır. Mammografi ve

ultrasonografisinde de karsinom şüphesi bulunmaktadır. Uygulanan ince iğne aspirasyon biyopsisinde sellüler özellikteki yaymalarda lenfositler, plazma hücreleri, epiteloit histiositler, arada multinükle dev hücreler, reaktif değişiklikler gösteren duktal epitel hücre toplulukları ve yer yer de mezenkimal bir tümörü anımsatan iri, iğsi stromal hücreler izlenmektedir (Resim 1). Klinik ve radyolojik olarak karsinom şüphesinin olması, ince iğne aspirasyon biyopsisinde de birkaç kuşkulu hücre olması nedeniyle operasyona alınan hastadan intraoperatif çalışılan frozen uygulamasında



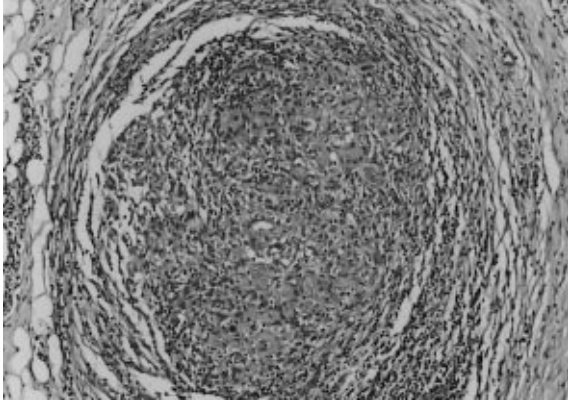
Resim 1. 1. Olgu, İİAB, iğsi hücreler (H&E, x200)

*Bu çalışma, 11-15 Aralık 2000 tarihlerinde düzenlenen Adnan Menderes Üniversitesi II. Bilim Haftası Etkinlikleri'nde poster olarak sunulmuştur.

¹ Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD

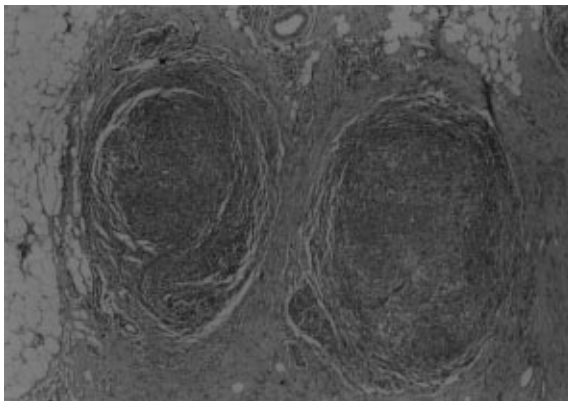
² Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD

lobul yapısını bozan nonkazeifiye granülom yapılarının, multinükle dev hücrelerin, epiteloid histiositlerin, arada mikroabse odaklarının görülmesi üzerine granülatöz mastit tanısı konmuş ve yalnızca eksizyonel biyopsi uygulanmıştır (Resim 2).



Resim 2. 1. Olgu, granülatöz enflamasyon (H&E, x100)

İkinci olgu ise 46 yaşında kadın hastadır. Bu olguda da ele gelen kitle yakınması ve klinik, radyolojik malignite kuşkusu bulunmaktadır. Sağ memede, üst dış kadranda 4 cm çaplı kitle palpe edilmektedir. Olguya öncelikle eksizyonel biyopsi uygulanmış, materyalin kesit yüzünde sert, beyaz renkli alanlar izlenmiştir. Ancak histopatolojik inceleme sonucunda diğer olguda da olduğu gibi granülatöz mastit tanısı almıştır (Resim 3).



Resim 3. 2. Olgu, lobul yapısını bozan granülatöz enflamasyon (H&E, x40)

Her iki olguda da yakın zamanda gebelik, oral kontraseptif kullanım öyküsü yoktur. Tuberkulin deri testi (PPD) negatif, akciğer grafisi normaldir. Histopatolojik incelemede kazeifikasyon nekrozu, vaskulit bulguları yoktur. Ziehl-Neelsen boyası negatiftir, fungal elemana rastlanmamıştır. 1. olgu bir yıl, 2. olgu ise iki

yıldır izlemde olup hastalık tekrarı saptanmamıştır.

TARTIŞMA

GM memenin seyrek görülen ve malignite ile karışabilen enflamatuvar bir lezyonudur. GM'te hastalar çoğunlukla reproduktif çağdadır. Ortalama yaş 30 (17-82) olarak bildirilmektedir¹. Olgularımız da 40 ve 46 yaşlarında olup bu yaş grubuna girmektedir. Tüm hastalarda öyküde ele gelen ve hassas kitle bulunmaktadır. Olguların ¼ ü bilateraldir. Çoğunlukla da malignite kuşkusu ile operasyona alınmaktadır. Özellikle aksiller lenfadenopatileri olan olgularda malignite daha ön planda düşünülmektedir.

GM'te etyoloji bilinmemektedir. Genellikle gebelik sonrasında 3 yıl içinde gözlemlendiği söylenmektedir¹. Oral kontraseptif kullananlarda daha sık izlendiği de bildirilmektedir. Bazı araştırmacılar ise immünmekanizma üzerinde durmaktadır. Olgularımızda yakın bir gebelik veya ilaç öyküsü bulunmamaktadır.

GM'in sitolojik özellikleri ilk olarak 1990'da Macansh ve arkadaşları tarafından tanı sırasında gebe olan bir olguda yayınlanmıştır². İnce iğne aspirasyon biyopsisinde sellüler yaymalarda lenfositler, epiteloid histiositler, dev hücreler, fibroblastlar, reaktif duktal hücreler izlenmektedir^{2,3}. Epiteloid hücrelerin koheziv yapısı proliferatif lezyonları taklit edebilir. Bazı olgularda epitelial hücrelerde nükleer büyüme, nükleol belirginliği, hatta hiperkromazi gibi reaktif değişikliklerin görülmesi maligniteyi düşündürülebilmektedir. Ayrıca arada iğsi hücrelerin varlığı diğer birçok lezyonda da izlenebildiğinden tanıda karışıklığa yol açabilir⁴. Bu nedenle reaktif lezyonlar, granülasyon dokusu, sellüler fibroadenom, dermatofibrom gibi benign neoplastik lezyonlar, düşük dereceli phylloides tümör veya yüksek dereceli malign lezyonlar da ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Kobayashi ve arkadaşları olgularında epiteloid hücrelerin çoğunda ve Langhans tipi dev hücrelerde CD 68 ile immunpozitiflik saptamışlar ve bu hücrelerin histiositik orijinini göstermişlerdir⁵. Enflamatuvar bir zemin ve CD 68 ile gösterilen histiositik orijinli hücreler ayırıcı tanıda yararlı olabilir. İlk olgumuzda tipik sitopatolojik bulgular yanısıra arada izlenen iğsi, kuşku hücreler klinik bulgular ile birlikte değerlendirildiğinde tanının zor olabileceğini göstermektedir.

GM makroskopik olarak 3-6 cm. çap

gösterir. Noduler, sert yapıdadır. Histopatolojik incelemede lobul yapısını bozan nonkazeifiye granülom yapıları izlenmektedir¹. Çok sayıda multinükleer dev hücreler, lenfositler, plazma hücreleri, epitelioid histiositler, arada nötrofiller, eosinofiller bulunmaktadır. Mikroabse odakları gözlenebilir. Roy ve arkadaşları çalışmalarında lezyonların zaman içinde değişim gösterdiğini, lobüllerin mononükleer hücrelerce infiltrasyonunun erken dönem bulguları olduğunu, lobuler yapıyı bozan granülomların ise daha geç dönemde oluştuğunu belirtmektedirler⁶.

Ayırıcı tanıda tüberküloz, blastomikosis, histoplazmosis, aktinomikosis, paraziter enfeksiyonlar ve diğer granümatöz enflamasyon oluşturan lezyonlar bulunmaktadır^{7,8}. Enfeksiyon etyolojilerini ekarte etmek için özel boya yöntemleri ve kültür uygulanmalıdır.

GM bazı özellikleri ile tüberkülozdan ayrılmaktadır. GM'te tüberkülozdaki gibi kazeifikasyon nekrozu bulunmamaktadır. PPD deri testi, akciğer grafisi ve özel boyalar tüberküloz tanısında yardımcı inceleme yöntemleridir. Bizim olgularımızda asit fast boyası negatif bulunmuştur. PPD negatif olarak bildirilmiştir.

Fungal mastit de seyrek olarak izlenir, ancak süpüratif granümatöz lezyonlarda akla gelmelidir. Özel boyalar ile ve kültürle funguslar gösterilir.

Sarkoidoz da nedeni bilinmeyen granümatöz lezyonlardan biridir. Granülomlar iyi sınırlı, perivasküler özellikte olup nekroz ve mikroabse odakları yoktur. Olgularımızda sarkoidozu düşündürecek radyolojik bulgular yoktu, ayrıca histopatolojik incelemede mikroabse odakları sarkoidozdan uzaklaştırmaktaydı.

Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken diğer lezyonlar duktal ektazi, yağ nekrozu, yabancı cisim reaksiyonu, Wegener granümatozisidir. Bu lezyonlarda da dev hücreler izlenebilir, ancak granülom yapıları lobul merkezli değildir. Yabancı cisim varlığı kolayca saptanabilir. Ayrıca yağ nekrozunda hastalarda travma öyküsü vardır ve histopatolojik incelemede köpüklü histiositler ön plandadır. Sitolojik inceleme GM'te olduğu gibi sellüler değildir. Wegener granümatozisinde ise vasküler tutulum tanısaldır. Olgularımızda vaskülit bulguları izlenmemekteydi.

GM için kesin tedavi yöntemi belirlenmemişse de cerrahi tedavi veya steroid

tedavisi önerilmektedir. Cerrahi sonrası abse oluşumu, yara yeri enfeksiyonu ve hastalığın tekrarlama olasılığı nedeniyle özellikle son yıllarda steroid tedavisi ön plandadır. 1996'da Sato ve arkadaşları çalışmalarında 2 haftalık 60 mg/gün steroid (prednisolon) tedavisi sonrasında palpasyon ve ultrasonografi ile kitle boyutunda azalma, 3 hafta sonra da İİAB'de sellülaritede azalma saptamaları üzerine steroid dozunu azaltarak tedaviye devam etmişlerdir. Sonuçlarında tam rezolüsyon olana dek yüksek doz steroid vermenin gereksiz olduğunu, tekrarlayan İİAB ile hastalığı kontrol edip dozu ayarlamayı önermektedirler⁹. Burada tekrar İİAB'nin önemi ortaya çıkmaktadır. İİAB'nin artan kullanımı özellikle ele gelen meme lezyonlarında multinükleer dev hücreler, epitelioid histiositlerin daha sık olarak görülmesine neden olmaktadır. Fakat bu yapılar birçok lezyonda izlenebilmektedir. Bu nedenle bazı araştırmacılarca bu sitolojik bulguların izlenmesi halinde "memenin granümatöz lezyonu" tanımlamasının daha uygun olacağı düşünülmektedir¹⁰. Önemli olan İİAB'nin artan kullanımı ve önemi nedeniyle bu tür yaymalara bakarken sitopatoloğların bu lezyonu akılda tutmalarıdır.

Sonuç olarak GM özellikle klinik bulguların maligniteyi taklit etmesi nedeniyle ayırıcı tanısı önemli olan bir meme lezyonudur.

KAYNAKLAR

1. Tavassoli FA. Pathology of the breast. 2nd ed. Connecticut: Appleton & Lange, 1999: 793-794.
2. Macansh S, Greenberg M, Barraclough B, Pacey F. Fine needle aspiration cytology of granulomatous mastitis. Acta Cytol 1990; 34: 38-42.
3. Kumarasinghe MP. Cytology of granulomatous mastitis. Acta Cytol 1997; 41: 727-730.
4. Chhieng DC, Cangiarella JF, Waisman J, Fernandez G, Cohen JM. Fine needle aspiration cytology of spindle cell lesions of the breast. Cancer 1999; 87(6): 359-371.
5. Kobayashi TK, Sugihara H, Kato M, Watanabe S. Cytologic features of granulomatous mastitis. Report of a case with fine needle aspiration cytology and immunocytochemical findings. Acta Cytol 1998; 42: 716-720.
6. Roy A, Axelsen RA, Reasbeck P. Granulomatous lobular mastitis: report of a case with previously undescribed histopathological abnormalities. Pathol 1988; 20: 383-389.
7. Osborne BM. Granulomatous mastitis caused by histoplasma and mimicking inflammatory breast carcinoma. Hum Pathol 1989; 20: 47-52.
8. Moreira MAR, Freitas R, Gerais BB. Granulomatous mastitis caused by sparganum-a case report. Acta Cytol 1997; 41: 859-862.

9. Sato N, Yamashita H, Kozaki N, Watanabe Y, Ohtsuka T, Kuroki S, Nakafusa Y, Ota M, Chijiwa K, Tanaka M. Granulomatous mastitis diagnosed and followed up by fine needle aspiration cytology, and succesfully treated by cprticosteroid therapy : report of a case. Jpn J Surg 1996; 26: 730-733.
10. Parra DM, Santos MN, Guerrero BM, Solano JG, Guilmain CCH, Guillermo MP. Utility of fine-needle aspiration in the diagnosis of granulomatous lesions of the breast. Diagn Cytopathol 1997; 17: 108-114.

YAZIŞMAADRESİ

Yrd. Doç. Dr. Nil ÇULHACI
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji
Anabilim Dalı 09100 AYDIN

Tel : 0256 2124078-145/227
Fax : 02562120146

E-posta : nculhaci@hotmail.com

Geliş Tarihi : 30.04.2001
Kabul Tarihi : 03.09.2001