

İDİYOPATİK GRANÜLOMATÖZ LOBÜLER MASTİT (OLGU SUNUMU)**A.Ferda DAĞLI¹, Şirin KÜÇÜK², Gülçin CİHANGİOĞLU³, M. Reşat ÖZERCAN¹, Ayşe MURAT⁴****ÖZET**

İdiyopatik granülomatöz lobüler mastit, klinik ve radyolojik olarak meme kanserini taklit eden, etyolojisi tam olarak bilinmeyen, ender kronik inflamatuvar bir meme lezyonudur. Daha çok genç kadınlarda, tek taraflı kitle oluşturur. Kesin tanı histopatolojik inceleme ile diğer granülomatöz mastit yapan nedenlerin dışlanmasıyla sonlanır. Olgu: 39 yaşında, memede ağrılı kitle ve kirli sarı renkli meme başı akıntısı ile kliniğe başvuran kadın hasta. Fizik muayenede sol meme alt dış kadranda 4x5 cm boyutunda lobüle kontürlü kitle saptandı. Bilateral mamografide sol meme alt orta kadranda 3x3 cm boyutta, düzensiz kontürlü opasite, meme ultrasonunda sol meme alt orta kadranda lobüle kontürlü yaklaşık 35x25 mm boyutunda çevresinde ekojenik alanlar bulunan heterojen hipoekoik kitle rapor edildi. Radyolojik incelemelerin meme kanserini desteklemesi üzerine yapılan İİAB'si akut inflamatuvar reaksiyon olarak değerlendirildi. Takiben yapılan biyopsi örneğinin histopatolojik incelenmesi sonucu granülomatöz lobüler mastit tanısı verildi. Operasyon sonrası tedavi verilmeden taburcu edilen olgu, 6 ay sonra tekrar aynı memede ağrı şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede sol meme alt dış kadranda 3x3 cm ve dış orta kadranda 2x1 cm boyutunda sert, mobil kitle saptandı. Eksize edilen kitlelere de granülomatöz lobüler mastit tanısı koyuldu. Sonuç olarak, idiyopatik granülomatöz lobüler mastit klinik ve radyolojik olarak meme kanserini taklit eden ender bir meme lezyonudur. Özellikle hastalığın ileri dönemlerinde fistülasyon, meme derisi-meme başı retraksiyonu ve aksiller lenfadenopatinin ortaya çıkabileceği göz önünde bulundurulmalı ve ayırıcı tanıda idiyopatik granülomatöz lobüler mastit düşünülmelidir.

Anahtar sözcükler: İdiyopatik granülomatöz mastit

Idiopathic Granulomatous Lobular Mastitis: A Case Report**SUMMARY**

Idiopathic granulomatous lobular mastitis which clinically and radiologically mimics breast cancer is a rare chronic inflammatory lesion of breast with unknown etiology. It generally engenders a unilateral mass, commonly in young women. Definitive diagnosis is made by histopathologic examination after exclusion of other causes of granulomatous mastitis. Case: A 39-year-old female patient who presented at the clinic complaining from painful mass in the breast and brown-yellow nipple discharge. Physical examination showed a 40x50 mm mass with lobular borders at the lower exterior quadrant. Bilateral mammography reported poorly demarcated opacity of 30x30 mm at the lower middle of the left breast and breast ultrasound showed a heterogeneous hypoechoic mass, surrounded by echogenic foci, measuring about 35x25 mm and bordering the lobule at the lower middle of the left breast. When radiological examination was seen to support breast carcinoma, FNAB was conducted and evaluated as acute inflammatory reaction. This was followed by histopathologic examination of the biopsy sample, by which granulomatous lobular mastitis diagnosis was given. The case who was operated on and discharged without further treatment presented again six months later complaining from pain in the same breast. Physical examination revealed solid, mobile masses measuring 30x30 mm at the lower exterior quadrant of the left breast and 20x10 mm at the exterior medial quadrant. The excised quadrants were diagnosed as granulomatous lobular mastitis. In conclusion, idiopathic granulomatous lobular mastitis is a rare breast lesion which appears as breast carcinoma clinically and in radiology. It should be noted that fistulation, breast skin-nipple retraction and axillary lymphadenopathy may occur in later stages and idiopathic granulomatous lobular mastitis should be considered in differential diagnosis.

Key words: Idiopathic granulomatous mastitis

İdiyopatik granülomatöz lobüler mastit (IGM), memenin ender görülen benign, kronik inflamatuvar bir lezyonudur. Daha çok genç kadınları etkileyen bu lezyonu erken evre bir meme kanserinden ayırt etmek klinik ve radyolojik olarak oldukça zordur^{1,2}. İlk olarak 1970 yılında Milward ve Gough tarafından, meme kanserini taklit eden, benign, granülomatöz bir lezyon olarak tanımlanmıştır. Daha sonra 1972 yılında Kessler ve Wolloch tarafından tanımlanmış olup tüberküloz ve bazı mantar enfeksiyonları gibi

granülomatöz enfeksiyonlar ile sarkoidoz, Wegener's granülomatozu, vaskülit ve meme implantını içeren yabancı cisim reaksiyonları gibi non-enfeksiyöz nedenler elendikten sonra histopatolojik olarak non-kazeifiye granülomatöz inflamasyonun görülmesi ile tanı konulacağı belirtilmiştir³⁻⁷. Klinik olarak her iki memede görülen olgular bildirilmekle birlikte sıklıkla tek taraflı kitle oluştururlar. Özellikle hastalık ilerledikçe görülen fistülleşme, meme derisi ve meme başındaki çekilme ile aksiller lenfadenopati meme

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Patoloji AD, ELAZIĞ, TÜRKİYE

²Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Patoloji Kliniği, DİYARBAKIR, TÜRKİYE

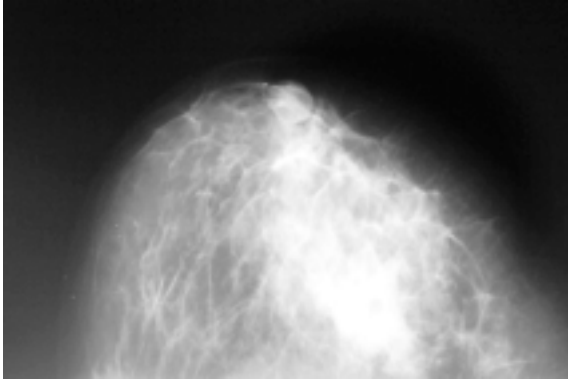
³Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji AD, ELAZIĞ, TÜRKİYE

⁴Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Radyoloji AD, ELAZIĞ, TÜRKİYE

kanserini taklit eder. Hernekadar etyoloji tam olarak aydınlatılmamışsa da postpartum dönemdeki bir takım reaksiyonların, oral kontraseptiflerin, otoimmünitinin, idiyopatik granülatöz lobüler mastit gelişme riskini arttırdığı bildirilmiştir^{4,6}.

OLGUSUNUMU

Memede ağırlı kitle ve kirli sarı renkli meme başı akıntısı bulunan 39 yaşında kadın hasta özel bir kliniğe başvurdu ve meme kansinomu şüphesi nedeniyle Fırat Üniversitesi Hastanesi Genel Cerrahi polikliniğine sevkeldi. Burada yapılan fizik muaynede sol meme alt dış kadranda 4x5 cm boyutlarında lobüle kontürlü kitle ile sol aksillar bölgede en büyüğü 1x1 cm olan birkaç adet lenfadenopati (LAP) saptandı. Bunun üzerine bilateral mamografi yapılan hastada sol meme alt orta kadranda 3x3 cm boyutta, düzensiz kontürlü opasite rapor edildi (Resim 1). Tariflenen lezyonun meme kansinomu olabileceği düşünüldü. Yine aynı zamanlarda yapılan meme ultrasonunda sol meme alt orta kadranda çevresinde belirgin ödem bulunan sınırları net seçilemeyen lobüle kontürlü yaklaşık 35x25 mm boyutunda çevresinde ekojenik alanlar bulunan heterojen hipoekoik kitle lezyonu rapor edildi. Bu bulgular da mamografide olduğu gibi kansinom lehine yorumlandı. Ayrıca sol aksillada büyüğü 15x9,5 mm olan, sağ aksillada ise büyüğü 14x7,5 mm olan birkaç adet lenf düğümü izlendiği bildirildi. Radyolojik görünümler ışığında olguya ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılması önerildi.

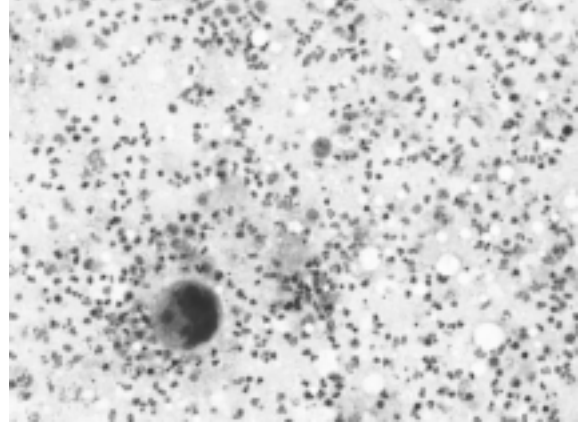


Resim 1. Mamografide sol meme alt orta kadranda meme kansinomu açısından şüpheli 3x3 cm boyutlarında düzensiz kontürlü opasite görülüyor.

Yapılan İİAB'de kan elemanlarıyla karışık halde bulunan, çok sayıda nötrofil, lenfosit, histiyosit, eozinofil ve az sayıda multinükleer dev hücre dikkati çekti (Resim 2). Tam akut inflamatuvar yayma olarak değerlendirildi.

Takiben yapılan kitle eksizyon materyalinin makroskopik incelenmesinde küçüğü 2x2x0,7 cm, büyüğü 3x1,5x1 cm boyutlarında kirli beyaz renkli 2 adet materyal izlendi. Materyallerden küçüğünün kesit yüzeyi incelendiğinde çapı 2 cm olan çevre yağ

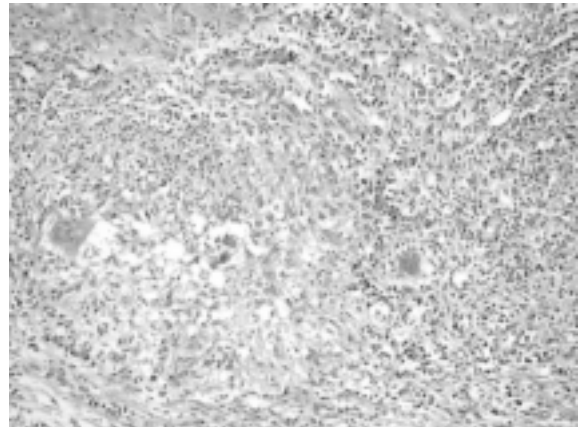
dokusundan düzensiz sınırlarla ayrılmış kirli beyaz renkli solid nitelikte alanlara rastlandı. Büyüğünün kesit yüzeyinde ise çapı 1,5 cm olan, çevreden nispeten düzenli sınırlarla ayrılmış yine aynı



Resim 2. Yayma preparatlarında çok sayıda nötrofil, lenfosit, histiyosit ve multinükleer dev hücrelerin varlığı görülüyor (MGGX400).



Resim 3. Çevrede kalan az sayıda normal lobül yapısı yanı sıra, genel olarak tüm lobül yapılarını destrükte etmiş non-kazeifiye granülom yapıları görülüyor (HE x 40).



Resim 4. Epiteloid histiyositler, lenfositler ve langhans tipi dev hücrelerden meydana gelen granülom yapıları görülüyor (HE x 400).

özelliklere sahip lezyon izlendi.

Histopatolojik incelemede kollajenden zengin bağ dokusu artışı ile destrükte ve dilate olmuş lobül yapılarının çevresinde çok sayıda nötrofil ve eozinofilin bulunduğu, çevrede ise plazma hücreleri, lenfositler, histiyositler ile langhans tipi dev hücrelerce oluşturulmuş, değişik büyüklüklerde non-kazeifiye granülom yapıları dikkati çekti (Resim 3-4). Bu bulgular ışığında olguya idiyopatik granümatöz lobüler mastit tanısı koyuldu.

Hasta, yaklaşık 6 ay sonra yine aynı memede ağrı ve kitle şikayeti nedeniyle kliniğe başvurdu. Fizik muayenede sol meme alt orta kadranda 3x3 cm ve dış orta kadranda 2x1 cm boyutlarında sert, mobil kitle ile sol aksillar bölgede en büyüğü 1x1 cm olan birkaç adet LAP görüldü. Yapılan bileteral meme USG'de sol meme alt kadranda 32x15 mm boyutta ve alt orta kadranda 10x7 mm boyutta lobüle kontürlü çevre doku planlara uzanan heterojen hipoekoik lezyon alanları saptandı. Bu radyolojik bulguların nüks veya rezidü bir kitle olabileceği düşünüldü. Bu lezyon çevresinde meme parankiminde ödem ile insizyon hattı boyunca loküle mayii izlendi. Sağ aksillada 11x5 mm, sol aksillada ise 15x11 mm boyutta lobüle kontürlü lenf nodu izlendi. Bunun üzerine kitle eksizeyonu yapılan olgunun histopatolojik incelenmesinde bir önceki lezyonla benzer özellikler içermesinden dolayı idiyopatik granümatöz lobüler mastit tanısı koyuldu.

TARTIŞMA

İGM, klinik ve radyolojik olarak meme kanserini taklit eden, memenin ender görülen, benign kronik inflamatuvar bir lezyonu olan İGM'nin yaş aralığı 17-42 (ortalama 33) yaşlar arasında değişmektedir. Özellikle doğum sonrası ilk birkaç yıl içerisinde genç-orta yaşlı kadınlarda görülür¹⁻¹². Otoimmün bozukluklar, oral kontraseptif kullanımı, enfeksiyöz etkenler, gebelik, emzirme, meme travması, galaktorenin eşlik ettiği hiperprolaktinemi ile α -1 antitripsin eksikliği gibi çeşitli faktörlerin İGM riskini attırdığı bildirilmekle birlikte etyoloji net olarak bilinmemektedir (4-6). Gebelik, laktasyon ve doğum sonrası görülmesi, oral kontraseptiflerle (OKS) olan ilişkisi olası bir hormon düzensizlik teorisini desteklemektedir. Ancak olguların yalnızca 1/3'ünde OKS kullanımı bulunmaktadır ve gebelik ilişkisi olmayan olgular da bildirilmiştir⁴⁻⁶. Bizim olgumuzda ise 1,5 yıl önce doğum öyküsü olup doğum öncesi ve sonrası OKS kullanımı ile otoimmün hastalık saptanmadı.

Her iki memeyi de eşit sıklıkta tutan İGM'de hastalar kliniğe sıklıkla tek taraflı ağrılı-ağrısız sert kitle ile başvururlar. Bununla birlikte her iki memeyi de lezyon tutabilir ve lezyonun iki taraflı görülme oranı %25'tir. Ayrıca hastalar kliniğe, meme başı akıntısı, akut bir inflamasyonu düşündüren kızarıklık, sıcaklık artışı, hassasiyet ile başvurabileceği gibi,

yıllar içerisinde gelişen kronik bir süreç sonucunda fistül oluşumu, abse, ülserasyon, meme başı çekilmesi ile aksiller LAP gibi meme karsinomunu taklit eden bulgular ile de başvurabilirler^{1-4,8,10}. Olgumuz ise kliniğe sert, ağrılı kitle ve non-spesifik meme başı akıntısıyla başvurdu. Klinik ve radyolojik bulgular m

eme karsinomu lehine yorumlandıysa da karakteristik histopatolojik görünümle tanıya gidildi.

İGM'de radyolojik bulgular net olmamakla beraber mamografide sıklıkla fibroglandüler doku yoğunluğunda diffüz artış ile asimetrik opasite görülür. Daha seyrek olarak mikrokalsifikasyon içermeyen, düzensiz sınırlı soliter kitleler yada çok sayıda, düzgün sınırlı, bir araya toplanmış kitleler şeklinde görülürler. Bunun dışında mamografi bulguları normal olabilir yada meme karsinomunu taklit eden mikrokalsifikasyon görülebilir⁷. USG'de, mamografiden daha spesifik bulgular elde edilir. Düzensiz sınırlı, heterojen hipoekoik kitle ve kitleyle devamlılık gösteren hipoekoik tübüler uzantılar görülür. Diğer bir bulgu tek yada çok sayıda, tübüler yada nodüler hipoekoik oluşumlar veya parankimal ekojenitede fokal azalma ve arkasında akustik gölgelenme içeren alanların görülmesidir⁷. Her ne kadar MRI görüntüleme yöntemine özgü bulgular bulunmasa da sıklıkla çevresel kontrastlanma gösteren, düzensiz sınırlı, homojen görümlü kitle imajı saptanır⁴. Sunduğumuz olguda ise ilk yapılan USG'da lobüle kontürlü, çevresinde ekojenik alanlar bulunan heterojen hipoekoik kitle lezyonu izlenirken, 6 ay sonra tekrarlanan USG'de yine lobüle kontürlü çevre doku planlara uzanım gösteren heterojen hipoekoik nüksü düşündüren lezyon alanlarına rastlandı. Ayrıca lezyon çevresinde sıvı birikimi izlendi.

Biyopsi örneğinin histopatolojik incelemesi hastalığı saptamada en önemli tanı yöntemidir. Bunun yanında ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) ve truçut ile de tanı konabilir. İİAB kolay uygulanabilir ve minimal invaziv bir yöntem olmasına karşın tanıdaki doğruluk oranı düşüktür¹⁰.

İGM, makroskopik olarak çevre meme dokudan kolaylıkla ayırt edilen, sert kitle lezyonu şeklinde karşımıza çıkar. Kesit yüzeyi gri-ten renkli, belirgin nodüler görünümdedir. Bazen bu nodüler yapılar fokal olarak apse oluşumları içerir ancak yaygın birleşen apse oluşumu İGM için karakteristik değildir³.

Mikroskopik olarak lobül yapılarını tutan non-kazeifiye granülomlardan oluşan inflamatuvar infiltrasyon görülür. Granümatöz infiltrat içerisinde epitelooid histiyositler, langhans tipi multinükleer dev hücreler, eozinofiller, polimorf nüveli lökositler, lenfositler ve plazma hücreleri izlenir. Destrukte ve dilate olmuş lobül yapılarının çevresinde nötrofillerden oluşan ince bir zon, fibroblastik aktivite ile küçük abse odakları görülebilir^{3,7-9}.

Ayrıncı tanıda tüberküloz, sarkoidoz, kedi tırmığı hastalığı, bazı mantar enfeksiyonlarını içeren

granülatöz inflamatuvar durumlar ile sarkoidoz, Wegener granülatozu, vaskülit ile meme implantına karşı gelişen yabancı cisim reaksiyonlarını içeren non-enfeksiyöz nedenler yer alır^{3,4}. Bu sayılan lezyonlarda, klinik bulgular patolojik verilerle desteklenerek tanıya gidilir³. Önemli bir nokta da karsinomlara granülatöz reaksiyonların eşlik edebileceğidir. Birlikte gösteren olgularda sıklıkla karsinomatöz alanlar granülatöz alanlardan rahatlıkla ayırt edilir. Ancak bazı olgularda granülatöz reaksiyonlar tümörü maskeleyebilir. Bu gibi olgularda immünohistokimyasal olarak sitokeratin ile diğer epitelyal belirteçlerden karsinom alanlarını göstermede faydalanılır³.

İGM'nin tedavisi konusunda kabul edilen ortak bir uygulama biçimi bulunmamaktadır. Geçmiş yıllarda lezyon eksizyonunun yeterli olduğu düşünülse de, özellikle eksizyon bölgesinde bulunan deri ülserasyonu, abse oluşumu, sekonder infeksiyon ile rekürrens gibi komplikasyonların gelişmesi ideal tedavinin geniş kitle eksizyonu olması gerektiği kanısını güçlendirmektedir^{3,5,6,10}. Etiyolojide otoimmünitinin suçlandığı olgularda cerrahi tedaviye ek olarak steroid tedavisi en az 6 hafta süreyle, remisyon sağlanana kadar kullanılır. Abse oluşumu gelişen olgularda ise etkene yönelik antibiyotik tedavisi kullanılması oldukça faydalıdır^{3,10}. Yine etiyolojide hiperprolaktineminin bulunduğu olgularda cerrahi tedaviye eklenecek metotreksat tedavisi uygun tedavi biçimini oluşturmaktadır¹⁰.

Sonuç olarak İGM, klinik ve radyolojik olarak meme kanseriyle karışan, orta yaşta kadınlar da görülen, nadir bir meme lezyonu olması nedeniyle kolayca gözden kaçırılabilir. Özellikle hastalık ilerledikçe görülen fistül oluşumu, meme derisi ve meme başı çekilmesi ile aksiler lenfadenopati memekanserini düşündürebileceğinden, bu gibi kanser şüphesi olan olguların ayırıcı tanısında İGM'nin de olması gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Lee JH, Oh KK, Kim E, Kwack KS, Jung WH, Lee HK. Radiologic and clinical features of idiopathic granulomatous lobular mastitis mimicking advanced breast cancer. *Yonsei Med J* 2006;47:78-84.
2. Taghizadeh R, Shelley OP, Chew BK, Mithoff W. Idiopathic granulomatous mastitis: Surgery, treatment and reconstruction. *Breast J* 2007;13:509-13.
3. Rosen PP. Inflammatory and reactive tumors. In: Rosen PP, editor. *Rosen's breast pathology*, 2nd ed. Lippincott Williams Wilkins, USA, 2001: 29-63.
4. Altıntoprak F, Baytekin HF, Altınay AE, Eren T. Meme kanserini taklit eden idiyopatik granülatöz mastit. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009;5:40-3.
5. Katz U, Molad Y, Ablin J, Ben-David D, Paran D, Gutman M and Langevitz P. Chronic idiopathic granulomatous mastitis. *Ann NY Acad Sci* 2007;1108:603-8.
6. Su FH, Suen JH, Chen DS, Lou MA. Idiopathic granulomatous mastitis: A case successfully treated

with a minimum dose of a steroid. *Chang Gung Med J* 2005;28:431-5.

7. Gökalp G, Topal U, Şahin N. İdiyopatik granülatöz mastit. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2003;2:43-6.
8. Tuli R, O'Hara BJ, Hines J and Rosenberg AL. Idiopathic granulomatous mastitis as masquerading as carcinoma of the breast: a case report and review of the literature.
9. Kara E, Özer C, Apaydın FD. Apse formasyonu gösteren idiyopatik granülatöz mastit. *Türk Tanısal ve Girişimsel Radyoloji Dergisi* 2003; 9:116-7.
10. Çoşkun T, Kara E, Kaya Y, Güler Y, Kandiloğlu AR, Gökten C. Granülatöz mastit. *Meme Sağlığı Dergisi* 2006;2:26-30.
11. Imota S, Kitaya T, Kodama Tetauro, Hasebe Takahiro and Mukai K. Idiopathic granulomatous mastitis: Case report and review of the literature. *Jpn J Clin Oncol* 1997;27:274-7.
12. Dalkılıç G, Gül AE, Acar H, Baştürk E, Gezen C, Vural S. İdiyopatik granülatöz mastit: Olgu sunumu. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi* 2006;104-6.

YAZIŞMA ADRESİ

Uzm. Dr. Şirin KÜÇÜK
Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları
Hastanesi, Patoloji Kliniği, DİYARBAKIR, TÜRKİYE

E-Posta : sirinozer79@mynet.com

Geliş Tarihi : 16.07.2010

Kabul Tarihi : 31.12.2010