

Meme Kanserinde Geç Dönem Lokal Nüksü Taklit Eden Ksantogranüloamatöz İnflamasyon

Xanthogranulomatous Inflammation Mimicking Delayed Local
Recurrence of Breast Cancer
Genel Cerrahi

Başvuru: 20.04.2016
Kabul: 21.06.2016
Yayın: 12.07.2016

Hüsamettin Bayraktar¹, Burhan Hakan Kanat², Ceyhun Erdem¹, Ertuğrul Karabulut¹, Bülent Ünal¹

¹ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
² Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet

Ksantogranüloamatöz inflamasyon (KGİ) vücudun çeşitli bölgelerinde görülebilir. Mikroskopik yapısında yaygın lipit yüklü makrofajlar izlenir. Makroskopik görünümünde ise parlak sarı renkte yaygın abseler şeklinde olup, bu hali ile tümörü taklit edebilmektedir. Yazımızda, 10 yıl önce meme kanseri nedeniyle opere olup polikliniğimize insizyon altında kitle nedeniyle başvuran 60 yaşında bir kadın hasta sunulmuştur. Gelişinde yapılan tetkikler sonucunda ilk olarak lokal nüks düşünülen hasta opere edilmiştir. Patoloji sonucu KGİ olarak raporlanmıştır. Bu durum KGİ'nun tümörü taklit edebilme özelliğini desteklemiştir.

Anahtar kelimeler: *Ksantogranüloamatöz inflamasyon, Meme Kanseri*

Abstract

Xanthogranulomatous inflammation (XGI) contains common lipid-laden macrophages in the microscopic structure. It can be seen in various parts of the body. Macroscopically, it is characterized by common bright yellow abscesses, and it may mimic a tumor. A sixty-year-old woman, who had a mastectomy for breast cancer 10 years ago, referred to our polyclinic with a palpable mass under the incision line. The patient has been initially considered to have a local recurrence after the investigations and operated for the second time. However, pathology results were reported as XGI. This situation has supported the tumor imitating ability of XGI.

Keywords: *Xanthogranulomatous Inflammation, Breast Cancer*

Giriş

Ksantogranüloamatöz inflamasyon (KGİ), nedeni tam olarak bilinmeyen, vücudun çeşitli bölgelerinde görülebilen, histolojik olarak çok miktarda lipit yüklü histiyositler içeren destrüktif inflamatuvar bir süreçtir. Literatürde, deride, böbreklerde, retroperitoneal bölgede, intrakranial alanda, gastrointestinal sistemde, genital organlarda ve safra kesesinde görüldüğü bildirilmiştir^{1,2}. Görüldüğü bir çok yerde tümörleri taklit edebilir. Bu nedenle, kimi zaman ayırıcı tanıda kavram karmaşası oluşturmakta ve agresif cerrahi uygulamalar olabilmektedir³.

Günümüzde kadınlarda en sık görülen kanser türü olan meme kanseri, artık önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Tedavisinde, cerrahi, hormonoterapi, kemoterapi ve radyoterapi kombinasyonları uygulansa da stratejinin en önemli noktasını cerrahi yaklaşım oluşturmaktadır. Bu açıdan bakıldığında, kadınlarda en çok uygulanan tümör cerrahisi de meme kanserine yönelik uygulanan cerrahidir. Tedaviden sonra hem hekimin hem de hastanın en çok korktuğu durum nüks hastalık ve uzak metastazlardır. Meme kanserinin tedavisi sonrası nüksler ortaya çıktığı bölgeye göre adlandırılarak 'lokal' ya da 'bölgesel nüks' şeklinde karşımıza çıkabilir. Lokal nüks, ameliyat sonrasında aynı bölgede, yani cerrahi işlemin yapılmış olduğu bölgede ve memenin anatomik sınırlarındaki dokularda hastalığın yeniden görülmesidir⁴.

Kutanöz KGİ genellikle birincil hastalık olarak görülmektedir. Ancak, cerrahi işlem sonrası insizyon hatlarının altında da tariflenmiştir. Literatürde, meme kanseri sonrası mastektomi yapılmış bir hastada on yıl sonra yapılan

rekonstrüksiyon sonrası gelişen bir olgu bildirilmiştir. Mastektomi sonrası insizyon hattında bildirilen başka olgu yoktur^{5,6}.

Bu yazıda, meme kanseri nedeniyle modifiye radikal mastektomi yapılmış ve 10 yıl sonra lokal nüks ön tanısı ile ameliyat edilen ve patoloji sonucu Kİİ gelen hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Altmış bir yaşında kadın hasta polikliniğe sol göğüs duvarında eski ameliyat yerinde kitle nedeniyle başvurdu. Hikayesinde kitlenin yaklaşık yedi-sekiz aydır olduğunu ve giderek büyüdüğünü ifade etti. Özgeçmişinde 10 yıl önce meme kanseri nedeniyle dış merkezde sol modifiye radikal mastektomi yapıldığı ve kemoterapi tedavisi aldığı öğrenildi. Yedi yıl kadar rutin kontrollerini yaptırdığı ve bir sorun olmadığından daha sonra kontrole gitmediğini söyledi. Hastada ayrıca hipertansiyon mevcuttu.

Yapılan fizik bakıda, solda standart mastektomi insizyonunun olduğu ve bu insizyonun lateralinden başlayıp süperior - laterale doğru uzanım gösteren bazı alanlarında yumuşak-kistik ancak genelinde sert olan, ağrısız yaklaşık 10x8x7 cm boyutlu, muhtemel alt kas tabakalarına invaze, üzerindeki cilt tabakası hiperemik olan kitle saptandı (Şekil 1 ve 2).



Şekil 1 : Mastektomili hastada insizyon skarında görülen ve patoloji sonucu ksantogranüloamatöz inflamasyon gelen kitlenin görüntüsü



Şekil 2 : Görüntü olarak nükse benzeyen ksantogranülatöz inflamasyonun yakından görüntüsünde cildin incelmiş olduğu ve hiperemik olduğu görülmekte

Laboratuvar bulguları normal olan hastanın yapılan ultrasonografisinde solda insizyon hattı lateral kesimde büyüğü 4x3 cm boyutta birkaç adet lobüle konturlu birbiri ile birleşen kalın cidarlı yoğun içerikli heterojen hipoekoik lezyon izlendi. Bilgisayarlı tomografi sonucu da ultrasonografi sonucu ile uyumlu idi ancak alttaki kas yapıları ile sınırları net seçilemiyordu. Tetkiklerinde başka odakta malignite şüphesi yoktu. Yapılan tru-cut biyopsisinde histopatolojik tanısı nekrotik materyal olarak geldi.

Hasta, lokal nüks olarak değerlendirildi ve cerrahi eksizyon planlandı. Eski insizyon hattında kitlenin üzerinden eliptik bir kesi yapıldı. Kitlenin pektoralis majör kasına tam olarak invaze olmadığı görüldü. Kitle, en blok olarak kas tabakasının bir kısmı ile birlikte çıkarıldı. Flep hazırlanarak cilt primer kapatıldı. Hasta, ameliyatın 2. günü dreni ile taburcu edildi. Altıncı gün kontrolünde dren çekildi ve 10. gün sütür alındı. Patoloji sonucu, KGİ olarak yorumlandı ve malignite izlenmedi. Hastaya rutin takip önerildi.

Tartışma

KGİ cerrahi açısından en iyi tanımlandığı tutulum ksantogranülatöz kolesistit ve böbreklerdir. Ancak vücudun çeşitli bölgelerinde görülebilir. Karakteristik makroskopik ve mikroskopik özellikleri vardır. Makroskopik olarak, parlak sarı renkte, yer yer abse kavitesi içerebilir. Histopatolojik olarak ise yaygın lipid yüklü makrofajlar, akut ve kronik iltihabi hücreleri içerirler³.

KGİ görüldüğü bir çok yerde tümörü taklit edebilir. Bu açıdan hem hasta hem de cerrah açısından oldukça sıkıntılı bir duruma sebep olabilir^{3,7}. Bizim de bu olguda primer ön tanımız lokal nükstü. Özellikle tru-cut biyopsisinde nekrotik materyal görülmesi tarafımızdan olası tümör nekrozu olarak yorumlandı.

Meme kanseri ülkemizde rutin tarama programında olup, bu sayede farkındalığındaki artış ile birçok hasta artık tedavi edilebilir evrelerde başvurmaktadır. Buna rağmen kadınlarda kanserden ölüm nedenleri arasında akciğer

kanserinden sonra ikinci sırada gelmektedir. Tedavisinin en önemli aşamasını cerrahi kısmı oluşturmaktaysa da multidisipliner tedavi önemlidir. Hızla gelişen tıpta bir çok hastalıkta olduğu gibi meme kanserinde de her gün yeni stratejiler gelişmektedir, ancak yine de rekürren meme kanseri hala önemini korumaktadır.

Rekürren meme kanseri primer tümörden yayılan hücrelerden gelişir. Cerrahi girişimden sonra aynı tarafta; sternum, arka aksiller çizgi, klavikula ve arkus kostalis arasında kalan alanda gelişen yeni odaklara 'lokal nüks' denir. Hastamızda da lezyon bu alanda olduğundan lokal nüks olarak değerlendirildi. Kanımızca, özgeçmişinde meme kanseri olan hastamızda eski insizyon hattında gelişen kitle birçok cerraha ilk olarak lokal nüksü düşündürecektir. Bu durumda ilk yapılması gereken tetkik bizim de başvurmuş olduğumuz biyopsidir. Ardından uzak metastaz taraması yapılmalıdır. Biyopsi bize net veri sağlamadığı zaman yapılması gereken kitlenin negatif cerrahi sınırlar ile çıkarılmasıdır.

Ciltte tarif edilen KGI'ların büyük çoğunluğunda viseral bir organdaki hadisenin cilde fistülü mevcuttur. Primer cilt KGI daha nadirdir⁶. Özellikle chole-cutaneous ve reno-cutaneous fistüller araştırılmalıdır. Tüberküloz ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Biz, hastamızda, ameliyat öncesi ayırıcı tanıda herhangi bir şey düşünmediğimiz için ayırıcı tanı yapmadık. KGI'nın primer tedavisi cerrahidir. Bizim hastamıza da cerrahi uygulandığından ek bir tedavi yapılmamıştır.

Sonuç olarak, KGI, klinik ve radyolojik olarak büyük kitlelere ulaşması ve destrüksiyon yapması açısından maligniteyi taklit etmesi sebebiyle akılda tutulmalıdır. Vücudun çeşitli yerlerinde görülebileceği unutulmamalıdır.

Referanslar

1. Taskesen F, et al. A rare finding during a common procedure: xanthogranulomatous cholecystitis. *Int Surg.* 2014;99(5):595-9. doi: 10.9738/INTSURG-D-13-00094.1.
2. Erdem H, Uzunlar AK, Albayrak M, Şahiner C. Ksantogranülatöz ooforit: Olgu sunumu Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2011; 1 (2): 28-30.
3. Kim HS, et al. Xanthogranulomatous pancreatitis presents as a solid tumor mass: a case report. *J Korean Med Sci.* 2011;26(4):583-6. doi: 10.3346/jkms.2011.26.4.583.
4. Banlı O, Altun H, Kavlıkoğlu B. Mastektomiden sonra görülen geç dönem lokal nüksler: Bir olgu sunumu. *Ulus Cerrahi Derg.* 2005; 21 (4): 204-5.
5. Hussain T, et al. Xanthogranulomatous inflammation involving latissimus dorsi donor site and implant breast reconstruction: case report and literature review. *World J Surg Oncol.* 2012;10:166. doi: 10.1186/1477-7819-10-166.
6. Rogers S, Slater DN, Anderson JA, Parsons MA. Cutaneous xanthogranulomatous inflammation: a potential indicator of internal disease. *Br J Dermatol.* 1992;126(3):290-3.
7. Baykara M, Karahan Öİ. Safra kesesi karsinomunu taklit eden ksantogranülatöz kolesistit. *Tanısal ve Girişimsel Radyoloji.* 2004; 10:56-8.