



İdyopatik granülomatöz mastitte steroid tedavisi ile tıbbi izlem ve cerrahi tedavinin karşılaştırılması: Klinik deneyimimiz

Comparison of conservative therapy with steroids and surgical treatment for idiopathic granulomatous mastitis: Our clinical experience

Alper Parlakgümüş¹, Sedat Yıldırım¹, Filiz Bolat², Aysın Purbager³, Tamer Çolakoğlu¹, Sedat Belli¹, Akın Tarım¹

Amaç: İdyopatik granülomatöz mastit tanılı hastaların klinik ve demografik özelliklerini belirlemek, tedavi yöntemlerini karşılaştırmak.

Gereç ve Yöntem: İdyopatik granülomatöz mastit tanılı 47 hastanın demografik özellikleri, klinik bulguları, mikrobiyolojik ve patolojik özellikleri, görüntüleme ve tedavi yöntemleri, iyileşme süreleri geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaş değeri 36 (27-59) idi. Son 6 ayda laktasyon öyküsü olan hasta sayısı 5 idi. Doğum kontrol hapı kullanımı ve aktif sigara içiciliği 9'ar hastada mevcuttu. Beş hastada romatolojik hastalık mevcuttu ve en sık başvuru yakınmaları kitle, kızarıklık ve akıntıydı. Meme ultrasonografisi bütün hastalara, mamografi 12 hastaya, manyetik rezonans görüntüleme ise 11 hastaya uygulandı. Meme ultrasonografisinde hiperekojen internal partiküller ve intraduktal debris, mamografide asimetric dansite, manyetik rezonans görüntüleme hipertens periferel tarzda irregüler kontrast tutulumu en sık görülen bulguydu. Yirmi sekiz hastadan mikrobiyolojik kültür çalışıldı. Alınan kültürlerde 6 hastada üreme oldu ve en sık olarak da metisilin duyarlı koagülaz negatif stafilokok tespit edildi. İdyopatik granülomatöz mastit tanısı 29 hastaya kor biyopsi, 18 hastaya da insizyonel biyopsiyle kondu. Yirmi dört hastaya geniş cerrahi eksizyon uygulandı. Yirmi üç hastaya ise steroid tedavisi uygulandı. Hastaların tedaviye başladıktan sonra ortalama takip süreleri 12 (1-96) aydı. Steroid tedavisi uygulanan hastaların iyileşme süresi 6.0 (1-12) aydı. Tıbbi tedavi ile izlenen 23 hastanın 6'sında yineleme saptanırken geniş cerrahi eksizyon uygulan hastalarda ise yineleme saptanmadı (p=0.009).

Sonuç: Radyolojik bulguların İdyopatik granülomatöz mastiti memenin malign patolojilerinden ayırmak için özgün çalışma yöntemleri olmamasından dolayı, patolojik ve klinik değerlendirme bu hastalıkta oldukça önemli bir rol almaktadır. Cerrahi tedavi tıbbi izleme göre daha tercih edilebilir görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Granülomatöz mastit, tanı, tedavi, İdyopatik

¹Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

²Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

³Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

Dr. Alper Parlakgümüş
E-posta: aparlagumus@yahoo.com

Makale Geliş Tarihi: 28.03.2012
Makale Kabul Tarihi: 26.06.2012

GİRİŞ

Granülomatöz mastit (GM), memenin etyolojisi çok iyi bilinmeyen nadir inflamatuvar hastalıklarındandır. Granülomatöz mastitler spesifik (tüberküloz, sarkoidoz, Wegener granülamatozu, yabancı cisim, mantar ve parazitik enfeksiyonlar) ve İdyopatik olarak ikiye ayrılmışlardır (1). İdyopatik granülomatöz mastit (İGM) tanısı granülomatöz inflamasyonla beraber kronik lobülit saptanması ve diğer etkenlerin dışlanması ile konur (2). İyi huylu bir durum olmasına rağmen memenin habis tümörlerini taklit etme özellik-

leri ile beraber memede abse, sinüs oluşumu ve selülit gelişmesine neden olabilmektedir. Meme kanserini taklit etmesi nedeniyle de bu tanıyı dışlama amaçlı tekrarlayan kor veya insizyonel biyopsilere gereksinim duyulabilmektedir (3,4). İdyopatik granülomatöz mastit için uygun tedavi yöntemi net olmamakla beraber hastalıklı alanın cerrahi olarak çıkartılması en çok önerilen tedavi yöntemidir. Bununla beraber, steroidlerin tedaviye eklenip eklenmemesi halen tartışmalıdır. Cerrahi olmayan tedavilerde %77 oranında iyileşme görülmekte iken geniş cerrahi eksizyon

ile hastaların tamamında iyileşmenin bildirildiği yayınlar mevcuttur (5,6). Bizim bu çalışmadaki amacımız 47 İGM'li hastanın klinik ve demografik özelliklerini belirlemek, tedavi yöntemlerini karşılaştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ekim 2006 ile Aralık 2011 tarihleri arasında Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği'nde patolojik olarak İGM tanısı konmuş 47 olgu geriye dönük olarak incelendi. Hasta özellikleri yaş, evlilik durumu, gebelik sayısı, laktasyon süresi, sigara, doğum kontrol hapı kullanımı, klinik bulgular, tanısal tetkikler, mikrobiyolojik ve histopatolojik özellikler, uygulanan tedavi yöntemi ve iyileşme süreleri incelendi.

Hastalardan mikrobiyolojik inceleme olarak pü ve doku kültürleri alındı. Antibiyotik tedavisi bu sonuçlara göre planlandı. Tüberküloz araştırması için asit rezistan bakteri ve Löwenstein-Jensen kültürü, dokulardan polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) bakıldı. GM tanısı kor iğne biyopsisi ve cerrahi olarak yapılan açık biyopsilerle konuldu. Tüm patolojik preparatlara, histopatolojik inceleme için Hematoksilen+Eosin (H+E) boyama, mikroorganizmaların saptanması için gram boyaması, tüberküloz etkeni için Ziehl-Neelsen (ZN) boyama ve mantar enfeksiyonunu araştırmak için Periodik asit-Schiff (PAS) boyamaları uygulandı.

Hastalar, cerrahın tercihine göre konservatif veya cerrahi tedavi uygulanmış iki grup olarak ayrıldı. Antibiyotik tedavisi ise hiperemi ve abse gelişimi olan hastalara ampirik olarak başlanıp, kültür sonucu ve klinik yanıtı göre devam edildi. Steroid verilen konservatif tedavi grubu, metil-prednisolonun ilk hafta 0.8 mg/kg/gün başlanıp dozun 8 haftada 0.1 mg/kg/gün'e kadar düşürüldüğü hastalardan oluşmakta idi. Cerrahi tedavide ise temiz cerrahi sınır ile hastalıklı dokular çıkartıldı. Bu çalışmada sonlanım noktası yinelemeyi her iki grupta araştırmak idi.

İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 17.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümlerle ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum - maksimum) olarak özetlendi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki kare testi ya da Fisher testi kullanıldı. Gruplar arasında sürekli ölçümlerin karşılaştırılmasında dağılımlar kontrol edildi, parametreler normal dağılım

göstermediği için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Bu popülasyonda ortanca yaş değeri 36 (27-59) idi. On hasta postmenapozal idi. İki hastada evlilik hikayesi yok iken sadece bu hastaların çocuk hikayesi mevcut değildi. Son 6 ayda laktasyon öyküsü olan hasta sayısı 5 iken, doğum kontrol hapı kullanan 9 hasta mevcuttu. Dokuz hasta sigara kullanmıştı. Bir hastada diabetes mellitus, bir hastada kronik obstrüktif akciğer hastalığı, 5 hastada ise hipertansiyon mevcuttu. Hastaların 2'sinde romatoid artrit, 1'inde Sjögren sendromu, 1'inde ailevi Akdeniz ateşi, 1'inde anki-lozan spondilit mevcuttu. İGM mevcut olan hastaların 4'ünde tibia ön yüzünde eritema nodozum vardı (Resim 1). Ailede meme kanseri hikayesi olan 4 hasta vardı. Tüberküloz mastiti saptanmış olan bir hasta çalışmaya dahil edilmedi.

Hastaların başvuru şikayeti, 38 hastada memede kitle, 14 hastada memede kızarıklık ve ödem, 12 hastada pürülan akıntı idi (Resim 2). Hastalık sağ memede 24, sol memede 23 hastada saptandı. İGM'ye en sık sağ üst kadran ve sol üst dış kadranda rastlanıldı (sırasıyla, %31.9, %17.0). Bu hastaların 15'inde fizik muayenede aksillada palpabl lenf nodu mevcut olarak saptandı.

Meme ultrasonografisi bütün hastalara uygulandı. Hiperekojen internal partiküller ve intraduktal debris 20 hastada (%42.6), heterojen hipoekoik lobüler lezyon 14 hastada (%29.8), abse formasyonu 5 hastada (%10.6), anekoik ve komplike kistler ve cilt altı ödem ve kalınlaşma 3'er hastada (%6.4 ve %6.4, sırasıyla) ve distrofik kalsifikasyon ve satellit nodüller 2'ser



Resim 1. Bacak ön yüzünde eritema nodozum şeklinde deri lezyonları.

hastada (%4.3 ve %4.3, sırasıyla) rastlandı.

Mamografi 12 hastaya uygulandı. Bu hastaların 4'ünde asimetrik dansite (%33.3), 2'sinde distrofik kalsifikasyon, düzensiz sınırlı kitle, mastitle uyumlu bulgular (sırasıyla, %16.6, %16.6 ve %16.6), 1'er hastada benign kalsifikasyonlar ve mikrokalsifikasyonlar (sırasıyla, %6.2 ve %6.2) saptandı (Resim 3).

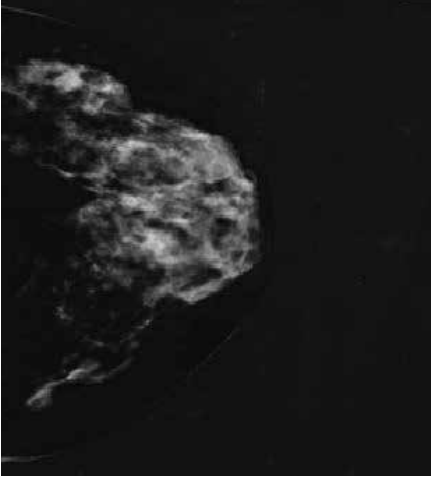
Manyetik rezonans görüntüleme (MR) ise 11 hastaya uygulandı. Hipertens periferik tarzda irregüler kontrast tutulumu 5 hastada (%45.4), parankimde heterojen sınırlı lezyon 3 hastada (%27.2), Spiküller sınırlı lezyon, hiperintens komplike kontrast tutulumu, homojen kontrast tutulumu 1'er hastada saptandı (sırasıyla, %9, %9, %9 ve %9) (Resim 4).

Yirmi sekiz hastadan mikrobiyolojik kültür çalışıldı. Alınan kültürlerin 6'sında üreme oldu. Üreme olan kültürlerin 4'ünde metisilin duyarlı koagülaz negatif stafillokok, 1'inde asinetobakter baumannii ve 1'inde difteroid basil üredi. Bu altı hastaya uygun antibiyotik verilip 3'üne takipte geniş ekzisyon uygulandı. Diğer 3 hasta ise medikal olarak takip edildi. Bu alt grupta geniş cerrahi ekzisyon uygulanmış hastaların iyileşme süresi 1.33 ± 0.57 ay iken, medikal tedavi ile izlenen hastaların iyileşme süreci 5.33 ± 2.51 ay olarak hesaplandı ($p=0.10$). Altı hastaya tüberküloz PCR ve mantara yönelik kültür bakıldı ve bunlarda üreme saptanmadı. İGM tanısı 29 hastaya kor biopsi ile 18 hastaya ise insizyonel biopsi ile konuldu.

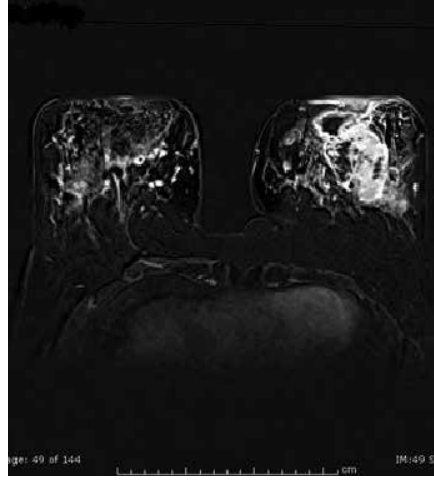
Mikroskopik incelemede, meme lobülleri çevresinde polimorfonükleer lökositler, eozinofil lökositler, lenfosit ve plazma hücrelerini içeren inflamatuvar hücreler ve epiteloid histiyositler ile yabancı cisim



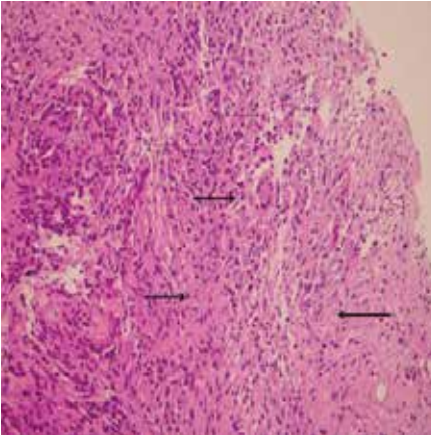
Resim 2. Granümatöz mastitli hastanın drenaj ve insizyonel biopsi sonrası görüntüleri.



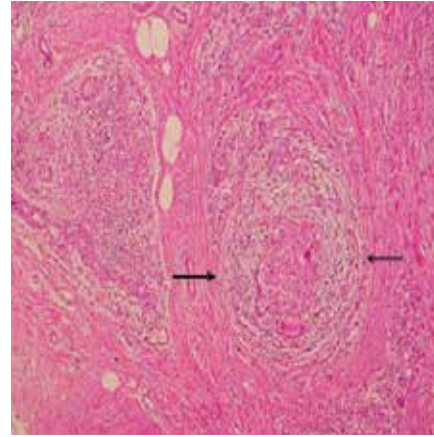
Resim 3. Otuz dört yaşında granülatöz mastitli hastanın mamografik görüntüleri.



Resim 4. Hipertens periferel tarzda irregüler kontrast tutulumu gösteren manyetik rezonans görüntüsü.



Resim 5. Meme tru-cut biyopsi örneğinde epitelioid histiyositler ve multinükleer dev hücrelerden (oklar) oluşan granülom yapısı (H&E x200).



Resim 6. Meme eksizyon materyalinde meme lobüllerinde inflamatuvar hücreler ve epitelioid histiyositler ve multinükleer dev hücrelerden (oklar) oluşan granülom yapısı (H&E x200).

tipi ve Langhanns tipi multinükleer dev hücrelerden oluşan granülom yapıları izlendi (Resim 5, 6). Granülom yapılarında kazeifikasyon nekrozu görülmedi, meme stromasında yabancı materyal, keratin formasyonu, skuamöz metaplazi, duktus dilatasyonu ve meme stromasındaki damarlarda vaskülit izlenmedi. Olguların 31'inde mikroabse odakları mevcuttu. Histokimyasal incelemede ZN boyası ile tüberküloz basili, PAS boyasında mantar enfeksiyonu ve Gram boyasında mikroorganizma saptanmadı.

İdyopatik granülatöz mastit tanısı almış 24 hasta geniş cerrahi eksizyon ile tedavi edildi. Yirmi üç hastaya ise steroid ile tıbbi tedavi uygulandı. Geniş eksizyon uygulanan 4 hastaya eksizyon öncesi abse drenajı yapılarak medikal tedavi verildi. İki grup arasında demografik veriler arasında fark mevcut değildi (Tablo 1). Ay-

rica bu iki grup arasında hastalarda son gebelik sonrası geçen süre, kitle boyutu, emzirme süresi, hamilelik sayısı, doğum kontrol hapı kullanımı, sigara kullanımı ve menapoz durumu, yandaş hastalık mevcudiyeti arasında da anlamlı farklılık yoktu ($p>0.05$).

Tüm kadranların tutulduğu hasta yoktu müracaatlarında tüm hastalarda enflamasyona bağlı bir ve birden fazla kadran tutulumu mevcut idi. Tüm hastalarda başlanan antibiyotik tedavisi sonrası enfeksiyon ve enflamasyonun gerilemesi ile lokalize hastalık oluşunca steroid veya cerrahi tedavi uygulandı. Geniş cerrahi eksizyon uygulanmış hastalarda cerrahi sınırlar patolojik olarak negatif saptandı ve takipte yineleme saptanmadı. Abse drenajı uygulanmış 4 hastada geniş cerrahi eksizyon yapılarına kadar geçen süre ortalanca 6 (2-13) ay

idi. Bu 4 hastada yaygın meme hastalığı mevcuttu. Tıbbi tedavi uygulanmış 23 hastanın ortalanca iyileşme süresi 6.0 (1-12) ay idi. Tıbbi olarak izlenen hastaların 6'sında iyileşme sonrası yineleme olması nedeniyle tekrar medikal tedavi verildi ancak cevap alınmadı ve halen takip edilmektedir. Bu hastalar yineleme saptanan hastalar olarak ele alındı, geniş eksizyon uygulanmış hastalarda ise yineleme saptanmadı ($p=0.009$). Tüm hastalar ele alındığında yineleme %12.7 (6/47) ve ortalanca takip süresi 14 (1-62) ay idi.

TARTIŞMA

Kessler ve Wolloch tarafından 1972 yılında tarif edilen GM meme kanserini taklit etmesi nedeni ile önem kazanmıştır (7). GM'nin İdyopatik ve spesifik olmak üzere iki formu mevcuttur. İGM'de belirgin bir etiyoloji olmaksızın kronik granülatöz lobulit hali mevcuttur (1,8). İGM'de otoimmün hastalık, travma, lobüllerden ekstravaze olan sekresyonlara immün cevap, güncel imkanlarla tespit edilemeyen bir enfeksiyöz ajan sebep olabileceği bildirilmektedir (8). Nadir bir hastalık olması, hastalığın nedeni tam aydınlatılamamasından dolayı multifaktöriyel etiyoloji en uygun açıklama gibi görünmektedir (8).

Oral kontraseptif kullanan hastalarda İGM görüldüğü bildirilmekle beraber, lokal iritanlar, virüsler, hiperprolaktinemi, diabetes mellitus, alfa-1 antitripsin ve sigara diğer etkenler olarak tartışılmaktadır (9-12). İGM'de, spesifik etkenleri olan tüberküloz, sarkoidoz, histoplazmozis, Wegener granülamatozu, yabancı cisim, mantar ve parazitik enfeksiyonlar dışlanmalıdır. Bizim çalışmamızda 1 hasta tüberküloz mastiti olduğu için çalışmamızdan çıkartılmıştır. Her hangi bir etnik yakınlık belirtilmemekle beraber en sık Türkiye gibi Akdeniz ülkeleri ve Çin, Malezya ve Arabistan gibi Asya ülkelerinden olgular yayınlanmaktadır (1,6,8,11).

İdyopatik granülatöz mastite, daha çok 3. ve 4. dekatta, doğum yapmış bayanlarda rastlanmaktadır (9). Bizim hastalarımızda da yaş ortalaması 37.5 iken hastalarımızın en genci 27 en yaşlısı ise 59 yaşında ve %95.7'si doğum yapmış idi. Laktasyon da sorumlu diğer etken olarak bildirilmiştir (10). Bizim hastalarımızda son 6 ayda laktasyon hikayesi oranını %10.6 olarak saptandı. Doğum kontrol hapı kullanım hikayesi ise bu hasta popülasyonunda %19.1 idi.

Tüm hastalarda tek taraflı tutulum mevcut iken sağ meme ve sol meme tutulumları yaklaşık olarak eşitlik gösterdi (sırasıyla, %51, %49). Memedeki yerleşimlere

Tablo 1. Cerrahi tedavi ve steroid tedavisi ile tıbbi izlem uygulanmış gruplar arasındaki demografik verilerin karşılaştırılması

| Tedavi Şekli | Cerrahi Tedavi | Tıbbi izlem | p |
|--|----------------|-------------|-----|
| Yaş (yıl) (ortanca) | 36 (28-59) | 36 (27-59) | 0.9 |
| Hamilelik sayısı (n) (ortanca) | 3 (1-6) | 2.0 (0-6) | 0.6 |
| Emzirme (ay) | 12 (0-36) | 12 (0-36) | 0.3 |
| Kitle boyutu (cm) (ortanca) | 3 (1-10) | 2 (1-10) | 0.2 |
| Son gebelik sonrası geçen (ay) (ortanca) | 6 (2-33) | 5 (0-35) | 0.2 |
| Doğum kontrol hapı kullanımı (%) | 23.5 | 25.0 | 1.0 |
| Sigara kullanımı (%) | 33.3 | 15.8 | 0.2 |
| Menapoz hikayesi (%) | 16.7 | 35.0 | 0.3 |
| Aile hikayesi (%) | 10.5 | 9.5 | 1.0 |
| Yandaş hastalık mevcudiyeti (%) | 15.8 | 19.0 | 1.0 |
| Romatolojik hastalık varlığı (%) | 75.0 | 25.0 | 0.2 |

bakıldığında ise sağ meme üst dış kadran en sık tutulum gösteren yerd. Literatürde de sağ tarafın baskın olması ile ilgili yayınlar mevcutken bunun tam olarak sebebi aydınlatılmamaktadır (8).

Mikrobiyolojik kültürlerde Ocal ve ark. (1)'nin da saptanmış olduğu gibi bizim çalışmamızda da en çok metisilin duyarlı koagülaz negatif stafilokok üred. Diğer benzer olan sonuç ise kültürlerde hiçbir hastada mantar ürememesi ve PCR ile hiçbir hastada tüberküloz saptanmamasıydı.

Memede kitle İGM'de en sık rastlanılan fizik muayene bulgusudur (12). Bizim çalışmamızda da memede kitle (%80.8) en sık rastlanılan fizik muayene bulgusuydu. Bazen kitle meme cildine ve alttaki pektoralis kasına penetre olabilir. Meme başı retraksiyonu, sinüs oluşumu ve aksiller lenfadenopati görülebilir (4,10,13,14). Bu bulgular meme kanseri ile karışabilir. Bu nedenle klinik, radyolojik ve histopatolojik olarak meme kanserini ayırt etmek için ileri tetkikler yapmak gerekebilir. Bizim çalışmamızda da Akcan ve ark. (12)'nin da bildirdiği gibi asimetrik dansite en sık mamografik bulgu idi. İGM'yi mamografi ile tespit etmek zor olduğundan US bu tür lezyonları belirlemede daha uygun bir tetkik olabilir. Bizim çalışmamızda bütün hastalara US uygulanmış olup, hiperekojen internal partiküller ve intraduktal debris ile heterojen hipoekoik lobüler lezyon en sık iki bulgu olarak dikkat çekmiştir. Ancak bu bulgular da meme kanserinde görülebilmektedir. Bu nedenle, malignite ayırımında, meme hastalıkları ile ilgilenen uzmanların bu konuya dikkat etmesi gerekir. Meme görüntülemesinde tamamlayıcı bir tetkik olarak MRG kullanılmaktadır (13,15,16).

Manyetik rezonans görüntüleme ile İGM lezyonların boyutsal değişiklikleri takip edilebilir (1). Hipertens periferik tarzda irregüler kontrast tutulumu ve parankimde heterojen sınır artışı en sık iki bulgu olarak ön plana çıktı. Ancak meme MRG'si de inflamatuvar özellik gösteren İGM gibi patolojilerde özgün bir çalışma yöntemi değildir. Bu nedenle histopatolojik değerlendirme bu hastalıkta oldukça önemli bir rol almaktadır.

Literatürde ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) öneren yayınlar olmakla beraber, bu yöntem meme kanseri ile mycobacterium tuberculosis, mantar, parazit gibi spesifik enfeksiyonları, kanal ektazisi, periduktal mastit, plazma hücreli mastit, sarkoidoz ve vaskülit gibi memenin diğer granülatöz hastalıklarını her zaman ayıramaz (12,14,17). Bu nedenle kor biyopsi veya geniş meme doku örnekleme gerekmektedir. Bizim hasta grubumuzda %61.7 kor biyopsi ile GM tanısı konulurken, %38.3 hastaya ise insizyonel biopsilerle tanı konuldu ve bu doğrultuda hastalar takip ve tedavi edildi.

Granülatöz mastit histopatolojik tanısı için meme lobüler ünitede polimorfonükleer lökositler, eozinofil lökositler, lenfosit ve plazma hücrelerini içeren inflamatuvar hücreler ve epitelooid histiyositler ile multinükleer dev hücrelerden oluşan granülom yapıları izlenmesi gerekir. Abse formasyonu görülebilir ya da görülmeyebilir (1,12).

Histopatolojik olarak İGM tanısı, tüberküloz mastit, sarkoidoz, mantar enfeksiyonları, Wegener granülatozisi, duktal ektazi ile birlikte granülatöz inflamasyon ile ayırıcı tanısı yapıldıktan sonra konulmalıdır (1,12).

Tüberküloz mastitinde granülom yapılarında kazeifikasyon nekrozu varlığı ve asid-fast basil pozitifliği önemlidir. Sarkoidozda granülomlar meme parankiminde diffüz dağılım gösterir, İGM'de granülomların karakteristik lobüler dağılımı mevcuttur. Wegener granülatozisinde granülom yapıları yanı sıra vaskülit saptanması önemli bir bulgudur ve daha sık olarak solunum sistemi ve renal sistem tutulumu da eşlik eder.

Duktal ektazi ile birlikte granülatöz inflamasyon varlığında, granülatöz inflamasyon duktusta lokalizedir ve belirgin duktal ektazi mevcuttur.

Bizim olgularımızda, granülatöz inflamasyon, lobüllerde ve çevresinde olup, vaskülit, duktal ektazi, yabancı materyal ve/veya spesifik enfeksiyon etkeni saptanmaması nedeniyle olgular İGM ile uyumlu düşünülmüştür (1,12).

İdyopatik granülatöz mastitin tedavisi halen netleşmemiştir. Klinik gözlem ve radyolojik takip özellikle şüpheli vakalarda önemlidir. Steroid tedavisi ameliyat öncesinde veya sonrasında kullanılabilir (1). Steroid tedavisinin birincil olgularda yüksek dozda kullanımını önerenler ile yineleyen ve dirençli vakalarda steroid tedavisinin etkin olduğunu savunan yayınlar da mevcuttur (18,19). Ancak steroid tedavisinin Cushing sendromu, avasküler nekroz, diabetes mellitus ve tespit edilememiş altta yatan enfeksiyonun alevlenmesi gibi yan etkileri vardır. Bununla beraber cerrahi tedavi, özellikle geniş eksizyon ihtiyacı duyulan hastalarda kozmetik sorunları ortaya çıkarabilmektedir (20). Birincil tedavide steroide bağlı glukoz intoleransı, Cushing sendromu veya rekürrens gelişimi durumlarında metotreksat veya azotioprin gibi immunsupresifler alternatif olarak kullanılabilir (21). Ancak bir çok yayın da cerrahi yaklaşımın en sık ve tercih edilen yöntem olduğunu ve sınırlı eksizyonların dahi yinelemeye yatkınlığından dolayı tercih edilmemesi gerektiğini bildirmektedir (7,22). Bu çalışma literatürde tıbbi izlem ile geniş cerrahi eksizyonun detaylı bir şekilde karşılaştırıldığı başka bir çalışma olmaması en serilerden biri olması nedeni ile önem kazanmaktadır. Cerrahi eksizyonun uygulandığı grupta nüks oranının anlamlı olarak az olması nedeni ile bu yaklaşım, tıbbi izleme göre daha tercih edilebilir bir yöntem olarak görünmektedir.

TEŞEKKÜR

Bu çalışmada verilerin toplanmasındaki katkısından dolayı, Sn. Hatice Makaracı Canpolat'a teşekkür ederim.

SUMMARY

Comparison of conservative therapy with steroids and surgical treatment for idiopathic granulomatous mastitis: our clinical experience

Purpose: To determine the clinical and demographical characteristics of patients with idiopathic granulomatous mastitis and to compare treatment methods.

Materials and Methods: Demographic characteristics, clinical, microbiological and pathological findings, imaging and treatment methods, as well as the healing time of 47 patients diagnosed with idiopathic granulomatous mastitis were retrospectively analysed.

Results: The median age of the patients was 36 (27-59) years. There were five patients with a lactation history in the last 6 months. Oral contraceptive use and nicotine abuse were seen in nine patients, respectively. Five patients had rheumatological diseases. The presence of a mass, discharge from the breast and erythematous lesions were the most frequently encountered complaints. Breast ultrasonography was performed on all patients, whereas 12 patients had mammography and 11 patients underwent magnetic resonance imaging. Hyperechogenic internal particles with intraductal debris

was the most commonly encountered finding on ultrasonography, whereas asymmetric density on mammography and hyperintense peripheral irregular contrast enhancement on magnetic resonance imaging were seen. Microbiological cultures were performed on 28 patients. Six patients had a microbial infection and methicillin sensitive, coagulase negative *Staphylococcus* was revealed as the most frequently encountered microorganism. The diagnosis was proven by core biopsy in 29 patients and by incisional biopsy in 18 patients. Wide surgical excision was performed on 24 patients while 23 patients were treated with steroids as conservative follow-up therapy. The median duration of follow-up was 12 (1-96) months. The median healing time of 23 patients followed-up conservatively was 6 (1-12) months. Six of the 23 patients followed-up conservatively had a recurrence. There was no recurrence in the patients who underwent wide surgical excision ($p=0.009$).

Conclusion: As radiological findings are not specific for the differentiation of idiopathic granulomatous mastitis from malignant breast diseases, pathological and clinical evaluations play an important role in the diagnosis of idiopathic granulomatous mastitis. Surgical treatment is preferable to conservative follow-up.

Key Words: Granulomatous mastitis, diagnosis, treatment, idiopathic

KATKIDA BULUNANLAR

Çalışmanın düşünülmüş ve planlanması:

Alper Parlakgümüş, Sedat Yıdırım, Akın Tarım

Verilerin elde edilmesi:

Alper Parlakgümüş, Sedat Yıdırım, Tamer Çolakoğlu, Filiz Bolat, Ayşin Purbager

Verilerin analizi ve yorumlanması:

Alper Parlakgümüş, Filiz Bolat, Ayşin Purbager, Sedat Yıdırım

Yazının kaleme alınması:

Alper Parlakgümüş, Sedat Yıdırım, Tamer Çolakoğlu,

İstatistiksel değerlendirme:

Alper Parlakgümüş, Sedat Yıdırım, Akın Tarım

KAYNAKLAR

- Ocal K, Dag A, Turkmenoglu O, et al. Granulomatous mastitis: clinical, pathological features, and management. *Breast J* 2010; 16: 176-182.
- Van Ongeval C, Schraepen T, Van Steen A, et al. Idiopathic granulomatous mastitis. *Eur Radiol* 1997; 7: 1010-1012. doi.org/10.1007/s003300050242
- Macansh S, Greenberg M, Barraclough B, et al. Fine needle aspiration cytology of granulomatous mastitis. Report of a case and review of the literature. *Acta Cytol* 1990; 34: 38-42.
- Imoto S, Kitaya T, Kodama T, et al. Idiopathic granulomatous mastitis: case report and review of the literature. *Jpn J Clin Oncol* 1997; 27: 274-247. doi.org/10.1093/jjco/27.4.274
- Hovanessian Larsen LJ, Peyvandi B, et al. Granulomatous lobular mastitis: imaging, diagnosis, and treatment. *AJR Am J Roentgenol* 2009; 193: 574-581. doi.org/10.2214/AJR.08.1528
- Azlina AF, Ariza Z, Arni T, et al. Chronic granulomatous mastitis: diagnostic and therapeutic considerations. *World J Surg* 2003; 27: 515-8. doi.org/10.1007/s00268-003-6806-1
- Kessler E, Wolloch Y. Granulomatous mastitis: a lesion clinically simulating carcinoma. *Am J Clin Pathol* 1972; 58: 642-646.
- Bani-Hani KE, Yaghan RJ, Matalka II, et al. Idiopathic granulomatous mastitis: time to avoid unnecessary mastectomies. *Breast J* 2004; 10: 318-322. doi.org/10.1111/j.1075-122X.2004.21336.x
- Baslaim MM, Khayat HA, Al-Amoudi SA. Idiopathic granulomatous mastitis: a heterogeneous disease with variable clinical presentation. *World J Surg* 2007; 31: 1677-1681. doi.org/10.1007/s00268-007-9116-1
- Erhan Y, Veral A, Kara E, et al. A clinicopathologic study of a rare entity mimicking breast carcinoma: idiopathic granulomatous mastitis. *Breast* 2000; 9: 52-56. doi.org/10.1054/brst.1999.0072
- Han BK, Choe YH, Park JM. Granulomatous mastitis: mamographic and sonographic appearances. *Am J Radiol* 1999; 57: 1001-1006.
- Akcan A, Akyildiz H, Deneme MA, et al. Granulomatous lobular mastitis: a complex diagnostic and therapeutic problem. *World J Surg* 2006; 30: 1403-1409. doi.org/10.1007/s00268-005-0476-0
- Schelfout K, Tjalma WA, Cooremans ID, et al. Observations of an idiopathic granulomatous mastitis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001; 97: 260-262. doi.org/10.1016/S0301-2115(00)00546-7
- Sakurai T, Oura S, Tanino H, et al. A case of granulomatous mastitis mimicking breast carcinoma. *Breast Cancer* 2002; 9: 265-268. doi.org/10.1007/BF02967601
- Tuncbilek N, Karakas HM, Okten OO. Imaging of granulomatous mastitis: assessment of three cases. *Breast* 2004; 13: 510-514. doi.org/10.1016/j.breast.2004.07.007
- Asoglu O, Ozmen V, Karanlik H, et al. Feasibility of surgical management in patients with granulomatous mastitis. *Breast J* 2005; 11: 108-114. doi.org/10.1111/j.1075-122X.2005.21576.x
- Heer R, Shrimankar J, Griffith CD. Granulomatous mastitis can mimic breast cancer on clinical, radiological or cytological examination: a cautionary tale. *Breast* 2003; 12: 283-286. doi.org/10.1016/S0960-9776(03)00032-8
- DeHertogh DA, Rossof AH, Harris AA, et al. Prednisone management of granulomatous mastitis. *N Engl J Med* 1980; 303: 799-800.
- Ayeva-Derman M, Perrotin F, Lefrancq T, et al. [Idiopathic granulomatous mastitis. Review of the literature illustrated by 4 cases]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1999; 28: 800-807.
- Lai EC, Chan WC, Ma TK, et al. The role of conservative treatment in idiopathic granulomatous mastitis. *Breast J* 2005; 11: 454-456. doi.org/10.1111/j.1075-122X.2005.00127.x
- Bes C, Soy M, Vardi S, et al. Erythema nodosum associated with granulomatous mastitis: report of two cases. *Rheumatol Int* 2010; 30: 1523-1525. doi.org/10.1007/s00296-009-1109-y
- Newnham MS, Shirley SE, McDonald AH. Granulomatous lobular mastitis. A case report and review of the literature. *West Indian Med J* 2001; 50: 236-238.