

Giant Cell Arteritis of the Breast

Memede Dev Hücreli Arterit

Nur BÜYÜKPINARBAŞILI¹, Zühal GÜCİN¹, Yeliz Emine ERSOY², Şeyma YILDIZ³

¹Department of Medical Pathology, Bezmialem Vakıf University Faculty of Medicine, İstanbul, Turkey

²Department of General Surgery, Bezmialem Vakıf University Faculty of Medicine, İstanbul, Turkey

³Department of Radiology, Bezmialem Vakıf University Faculty of Medicine, İstanbul, Turkey

ABSTRACT

Systemic vasculitis such as Wegener's granulomatosis (WG), giant cell arteritis (GCA), and poliarteritis nodosa (PAN) may produce tumor-like masses in various organs. GCA may affect large vessels and also rarely present with primary visceral involvement in the breast. In these situations, GCA may confuse with malignancy because of characteristics such as tenderness, redness, and mass formation. This article presents a case report on an 87-year-old woman with palpable mass in her breast and was diagnosed as GCA in the biopsied lesion.

Keywords: Breast, mass, giant cell arteritis

Öz

Wegener granülomatozu (WG), dev hücreli arterit (GCA) ve poliarteritis nodosa (PAN) gibi sistemik vaskülitler, organlarda tümör benzeri oluşumlar meydana getirebilir. GCA, büyük damarları tutabildiği gibi, nadir de olsa memede primer organ tutulumu yaparak kendini gösterebilir. Beraberinde memede hassasiyet, kızarıklık ve kitle saptanabildiği için malignite ile karışabilir. Burada, memede kitle şikayeti ile gelen, malignite ön tanısıyla yapılan biopside dev hücreli arterit tanısı alan 87 yaşında kadın hasta sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler Meme, kitle, dev hücreli arterit

Giriş

Wegener granülomatozu (WG), dev hücreli arterit (GCA) ve poliarteritis nodosa (PAN) gibi sistemik vaskülitler, organlarda tümör benzeri oluşumlar meydana getirebilir. Bu hastalıklardan GCA, nadiren memede primer organ tutulumu olarak görülebilir (1, 2). Beraberinde memede hassasiyet, kızarıklık, kitle saptanabilir ve maligniteyle karışabilir (2). 1980-2010 arasında literatürde tek vaka sunumları şeklinde toplam 21 olgu bildirilmiştir. Bu olgular primer meme tutulumu ile prezente olan vakalardır. Nadir görülmesi ve malignite ile karışabilecek kitle oluşturmaları nedeniyle memede dev hücreli arterit olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Seksen yedi yaşında kadın hasta, 3 aydır sağ memede ele gelen kitle yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın laboratuvar incelemesinde anormal bulguya rastlanmadı. Özgeçmişinde hipertansiyon dışında bir özellik yoktu. Yapılan muayenede memede nodülerite, hassasiyet tespit edildi. Mamografik incelemede küme formasyonlu kalsifikasyonlar dikkati çekti (Resim 1). Bu alanların tümü vakumlu kor biopsi ile çıkarıldı. Materyalin histopatolojik incelemesinde orta çaplı arterlerde elastik laminada parçalanma, çok çekirdekli dev hücreler ve mononükleer hücrelerden oluşan iltihabi infiltrasyon (Resim 2), intimal kalınlaşma ve distrofik kalsifikasyon (Resim 3, 4) izlendi. Bu bulgular ile dev hücreli arterit tanısı konuldu. Sistem muayenelerinde iç organ tutulumu veya temporal arterit yönünde bulguya rastlanmadı. Kontrol mamografide lezyonun tamamının çıkarıldığı görüldükten sonra hasta takibe alındı. Hastanın bir yıllık takibinde ilave bulgu saptanmadı.

Tartışma

Sistemik vaskülitler tümör benzeri oluşumlar meydana getirebilir. Bu hastalıklardan GCA genellikle eksternal karotid arter ve dallarında lokalizedir ve sıklıkla yerleşimi ile de ilişkili olarak temporal arterit olarak bilinir. %10-30 oranında ise aort ve

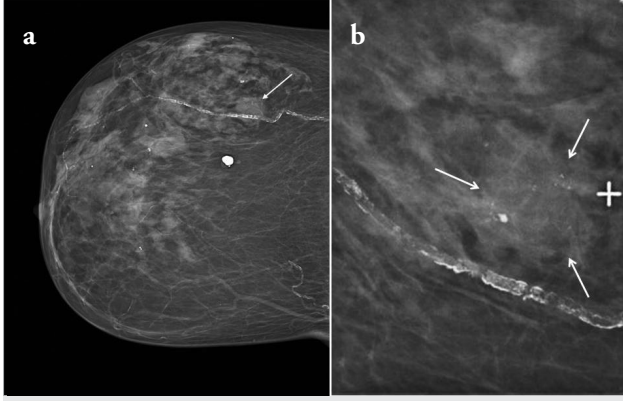
Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Nur BÜYÜKPINARBAŞILI; Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. E-mail: nurbuyukpinar@hotmail.com

©Copyright 2015 by Bezmialem Vakıf University - Available online at www.bezmialemscience.org

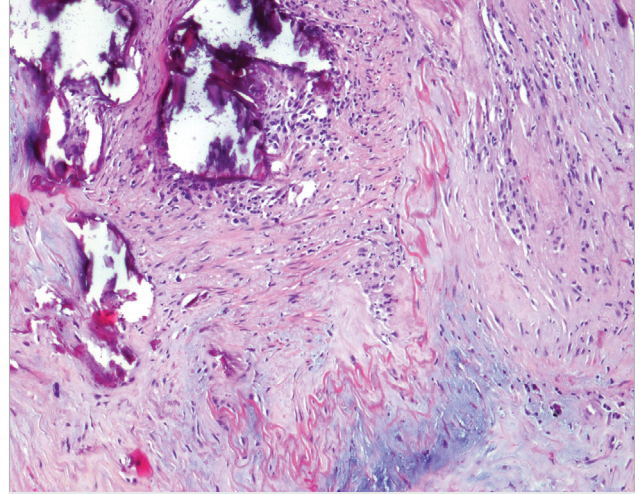
©Telif Hakkı 2015 Bezmialem Vakıf Üniversitesi - Makale metnine www.bezmialemscience.org web sayfasından ulaşılabilir.

Received / Geliş Tarihi : 25.05.2015

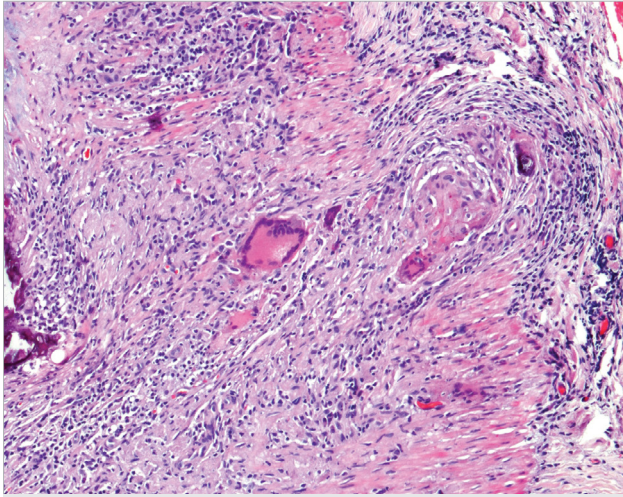
Accepted / Kabul Tarihi: 17.08.2015



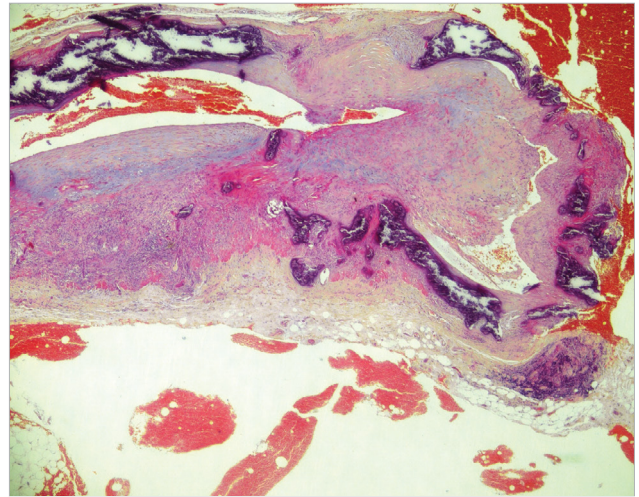
Resim 1. a, b. Sağ memenin kranio-kaudal pozisyonda alınan mamografik görüntüsünde (a) dış yerleşimde ince pleomorfik mikrokalsifikasyonların eşlik ettiği 20 x 15 mm boyutunda asimetrik dansite artışı izleniyor (ok). Bu alanın büyütülmüş görüntüsünde (b) mikrokalsifikasyonlar daha iyi izlenebiliyor.



Resim 3. Damar duvarında distrofik kalsifikasyon varlığı (H-E x200).



Resim 2. Damar duvarında dev hücre ve mononükleer hücrelerden oluşan infiltrasyon (H-E x200).



Resim 4. Damar duvarında yaygın distrofik kalsifikasyon (H-E x100).

üst-alt ekstremite arterlerini tutar (3). Memede primer organ tutulumu olarak görüldüğünde hassasiyet, kızarıklık ve kitle saptanabilir ve bu nedenle malignite ile karışabilir.

Olguların çoğu postmenapozal yaşlı kadınlardır. Hafif ateş, artralji, myalji gibi romatizmal polimyalji semptomlarının yanında meme ile ilgili bulgular dev hücreli arteriti akla getirmelidir. Ancak kesin tanı patolojik inceleme ile konabilir (1, 4). Mikroskopik olarak damar duvarında elastik laminada parçalanma, dev hücreli infiltrasyon, intimal proliferasyon ve lümende daralma görülebilir (1).

Radyolojik olarak mamografi ve ultrasonografide genellikle belirgin bulgu ve kitle bulunmaz (1, 2). Bir olguda sicim benzeri “stringlike” kalınlaşma-“halo belirtisi” şeklinde tarif edilen hipoeoik-sirkumfere kalınlaşmış ödemli duvar yapısı bildirilmiştir (1). Nadiren biopsi öncesi sistemik semptomlar ve US bulgusu ile tanıya yaklaşılabılır. Çoğu olguda ise patolojik tanıdan sonra retrospektif olarak bakıldığında sistemik

romatolojik semptomların varlığı dikkati çeker. Bu nedenle invaziv radikal yaklaşımlardan kaçınılabilmesi için klinik şüphe ve ayrıntılı inceleme gereklidir (4, 5).

Dev hücreli arterit olgularında meme ve over kitlesi birlikteliği başvuru şikayeti olabilmektedir. Bu şekilde ortaya çıkan olgular PAN ile ayırıcı tanıya girmektedir (5). Aynı zamanda kanser ve GCA ilişkisi üzerinde durulmakta, invaziv duktal karsinomlu bir hastada tümöral kitlenin uzaklaştırılmasından sonra vaskülitte bağlı semptomların ortadan kalktığı bildirilmektedir (6).

Dev hücreli arteritli olgularda prednizon tercih edilen tedavi şeklidir. Hem sistemik semptomlarda, hem de memedeki bulgulara iyileşme sağlamaktadır (1). Ayrıca düşük doz aspirin gibi ilaçların kullanılmasının, hastalığın seyrinde gözlenen iskemik komplikasyonları belirgin ölçüde azalttığı bildirilmiştir (7). Aspirin asıl etkisini immün aracılı inflamasyonu azaltıp damar duvarındaki hasarı geriletirerek oluşturmaktadır (8). Metotraksat da tedavi seçenekleri içerisinde yer alır. Aynı zamanda tedaviye

eklenerek olası yan etkilere karşı glukokortikoid dozunun azaltılmasını mümkün kılar (9). Çoğu hasta medikal tedavi ile iyileşebilir. Cerrahi seçenek sınırlı vakada tercih edilen bir yöntemdir. Özellikle büyük damar tutulumlarında gelişen semptomatik anevrizmalarda cerrahi girişim uygulanır. Bunun dışında arter stenozu gelişmesi durumunda “stent”, “bypass”, “anjioplasti” gibi girişimler uygulanabilir (10). Asıl ilginç olan, tedavi uygulanmasa bile bir kısım hastada spontan remisyonun görülebilesidir (2). Bizim hastamızda da kitle etkisi görülen lezyonlu alan çıkartıldıktan sonra hastalıkta nüks ya da farklı organ tutulumu görülmemiştir. Hastada meme dışı tutulum olmadığı için kortikosteroid ya da diğer tedavi seçenekleri tercih edilmemiştir.

Sonuç

Vaskülitler genellikle tanı zorluğu oluşturmaları da, kitle ile prezente olarak izole organ tutulumları oluşturdıkları da malignite ile karışabilir. Tümör benzeri kitlelerde ayırıcı tanıda vaskülitlerin akılda tutulması, gereksiz cerrahi girişimlerden kaçınılmasını sağlar.

Informed Consent: Due to the retrospective nature of this study, informed consent was waived.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - N.B., Z.G., Y.E.E., Ş.Y.; Design - N.B., Z.G., Y.E.E., Ş.Y.; Supervision - N.B., Z.G., Y.E.E., Ş.Y.; Resources - N.B., Z.G.; Materials - N.B., Z.G., Y.E.E., Ş.Y.; Data Collection and/or Processing - N.B., Z.G.; Analysis and/or Interpretation - N.B., Z.G.; Literature Search - N.B., Z.G.; Writing Manuscript - N.B., Z.G.; Critical Review - N.B., Z.G.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Hasta Onamı: Retrospektif inceleme olduğundan hasta onamı alınmamıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - N.B., Z.G., Y.E.E., Ş.Y.; Tasarım - N.B., Z.G., Y.E.E., Ş.Y.; Denetleme - N.B., Z.G., Y.E.E., Ş.Y.; Kaynaklar - N.B., Z.G.; Malzemeler - N.B., Z.G., Y.E.E., Ş.Y.; Veri Toplanması ve/veya İşlenmesi - N.B., Z.G.; Analiz ve/veya Yorum - N.B., Z.G.; Literatür Taraması - N.B., Z.G.; Yazıyı Yazan - N.B., Z.G.; Eleştirel İnceleme - N.B., Z.G.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. Kawasaki A, Purvin V. Giant cell arteritis: an updated review. *Acta Ophthalmol* 2009; 87: 13-32. [\[CrossRef\]](#)
2. Kadotani Y, Enoki Y, Itoi N, Kojima F, Kato G, Lee CJ. Giant cell arteritis of the breast: a case report with a review of literatures. *Breast Cancer* 2010; 17: 225-32. [\[CrossRef\]](#)
3. Marie I, Audeguy P, François A, DE Kergal F, Richard C. Giant cell arteritis presenting as a breast lesion: report of a case and review of the literature. *Am J Med Sci* 2008; 335: 489-91. [\[CrossRef\]](#)
4. Anim JT, Van Herk EJ. Giant cell arteritis of the breast. *Med Princ Pract* 2004; 13: 234-6. [\[CrossRef\]](#)
5. Kariv R, Sidi Y, Gur H. Systemic vasculitis presenting as a tumorlike lesion. Four case reports and an analysis of 79 reported cases. *Medicine (Baltimore)* 2000; 79: 349-59. [\[CrossRef\]](#)
6. Kafantari E, Sotiropoulou M, Sfrikakis P, Dimitrakakis K, Zagouri F, Mandrekas K, et al. Giant cell arteritis of the breast and breast cancer: paraneoplastic manifestation or concomitant disease? A case report. *Onkologie* 2008; 31: 685-8. [\[CrossRef\]](#)
7. Bnaya A, Neshet G, Sonenblick M, Breuer GS. Giant cell arteritis--old questions, current answers. *Harefuah* 2014; 153: 747-51.
8. Mollan SP, Sharrack N, Burdon MA, Denniston AK. Aspirin as adjunctive treatment for giant cell arteritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 8: CD010453. [\[CrossRef\]](#)
9. Schirmer M, DeJaco C, Schmidt WA. Giant-cell arteritis: update: diagnosis and therapy. *Z Rheumatol* 2012; 71: 754-9. [\[CrossRef\]](#)
10. Ponte C, Rodrigues AF, O'Neill L, Luqmani RA. Giant cell arteritis: Current treatment and management. *World J Clin Cases* 2015; 3: 484-94.