

# Meme Kanseri Tanılı Olguda Endobronşiyal Granülomatöz Lezyon Ayırıcı Tanısı

## Differential Diagnosis of Endobronchial Granulomatous Lesion in Patient with Breast Cancer

Sinem İLIAZ,<sup>1</sup> Raim İLIAZ,<sup>2</sup> Orhan ARSEVEN<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Hastalıkları Bölümü, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>3</sup>İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

### Özet

Türkiye’de tüberküloz yaygın olarak görülmekte olduğundan granülomatöz hastalıkların ayırıcı tanısında mutlaka yer almalıdır. Tüberküloz etkenini göstermek her zaman mümkün olmadığından tüberküloz ile diğer granülomatöz hastalıkların, özellikle de sarkoidozun ve granülomatöz reaksiyon gösteren malignitelerin ayırımında güçlükler yaşanmaktadır. Burada bu konuya örnek olabilecek primer meme kanseri tanısı olan bir endobronşiyal granülomatöz iltihap olgusu sunuldu. Meme kanseri tanısı olan hastanın toraks görüntülemesinde sol hilar kitle ve mediastinal lenfadenopatiler görüldü. Bu lezyonlar PET-CT’de yüksek tutulum göstermekteydi. Yapılan biyopsiler sonucu granülomatöz iltihap olarak bulunan hastada malignite ekarte edilmiş, ancak tüberküloz ekarte edilememiştir. Bu nedenle immünsupresif tedavi alması da beklenen hastaya antitüberküloz tedavi başlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Granülomatöz iltihap; meme kanseri; sarkoidoz; tüberküloz.

### Summary

Tuberculosis is common in Turkey and must be considered in differential diagnosis of granulomatous diseases. Granulomatous diseases such as sarcoidosis and malignancy are difficult to distinguish from granulomatous reaction of tuberculosis, as it is not always possible to visualize tuberculosis. The aim of the present report was to illustrate this issue in a case of primary breast cancer with endobronchial granulomatous inflammation. Left hilar mass and mediastinal lymphadenopathy were present and showed high uptake in positron-emission tomography and computed tomography (PET-CT). After obtaining biopsies, granulomatous inflammation was diagnosed and malignancy excluded. Nevertheless, tuberculosis could not be excluded. Because the patient was possibly going to receive immunosuppressive treatment, she was placed on antituberculous treatment.

**Keywords:** Granulomatous inflammation; breast cancer; sarcoidosis; tuberculosis.

### Giriş

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen ve en sık kansere bağlı ölüme yol açan malignitedir.<sup>[1]</sup> Bölgesel/ak-siller lenf nodu metastazı ve uzak metastaz prognozda

en önemli iki faktördür.<sup>[2]</sup> Bu nedenle hastalığın evrelemesinde güncel olarak pozitron emisyon tomografi-bilgisayarlı tomografi (PET-CT) ve beyin manyetik rezonans (MR) sık kullanılmaktadır. PET-CT kullanımının

**İletişim:** Dr. Sinem İliaz.  
Mollagürani Mah.-Cad., Nihan Apt., No: 29/3,  
Fatih, İstanbul  
**Tel:** 0212 - 491 21 90

**Başvuru tarihi:** 22.11.2013  
**Kabul tarihi:** 03.12.2013  
**Online baskı:** 20.12.2015  
**e-posta:** snmkaraosman@gmail.com



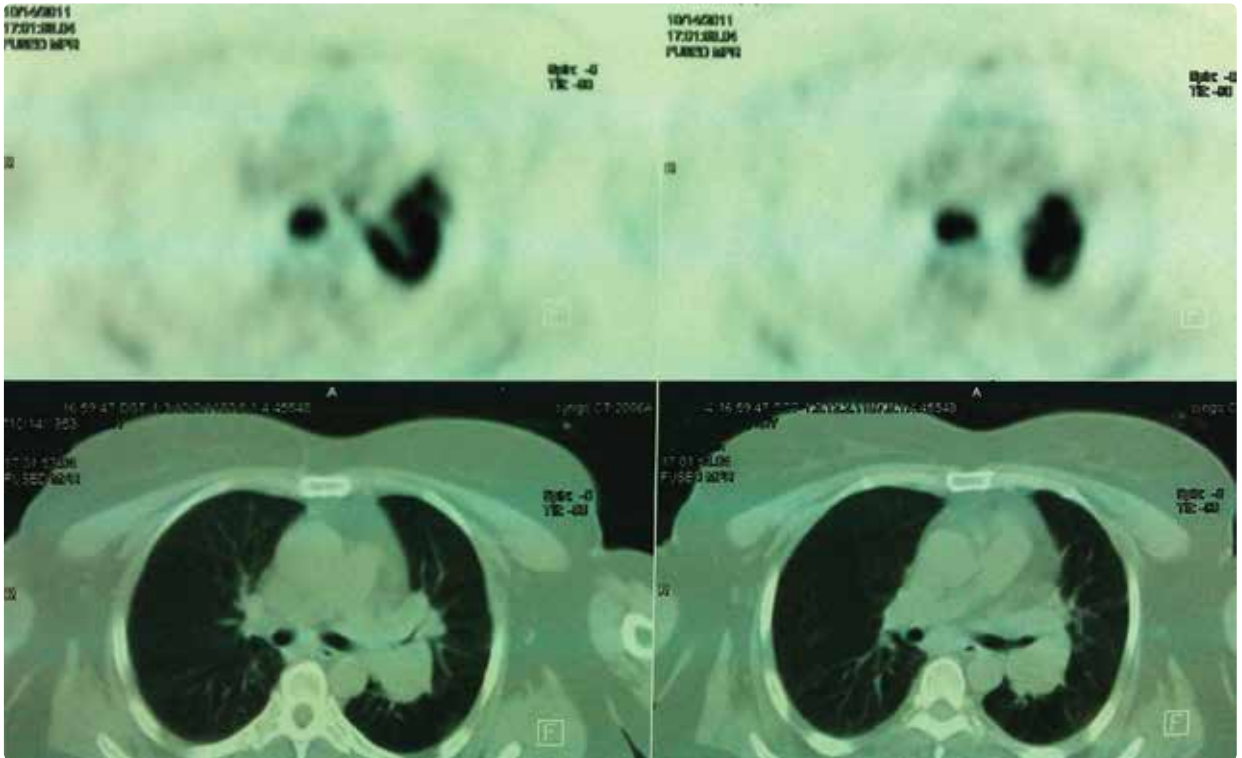
yaygınlaşması ile birlikte metastazlar daha kolay tespit edilebilmekte ve bazı olgularda da eşlik eden ikinci bir patoloji bu yolla yakalanmaktadır. Ancak PET-CT maligniteye özgü bir tarama testi olmadığından enfeksiyon ve enflamasyona bağlı benign durumlarda da yüksek florodeoksiglukoz (FDG) tutulumu gözlemlenmektedir.<sup>[3]</sup> Tüberküloz veya sarkoidoza bağlı lenf nodlarındaki yüksek FDG tutulumu meme kanseri evrelemesinde klinik bir sorun oluşturabilir.

Bu olgu sunumunda meme kanseri tanısı almış bir kadın hastada kontralateral akciğer kitlesi ve mediastinal lenfadenopatiye yaklaşım konu edilmiştir.

## Olgu Sunumu

Sağ meme üst iç kadrandaki kitleye yönelik yapılan biyopsi sonucunda yer yer nekrozlaşan granülomların eşlik ettiği invazif duktal karsinom tanısı almış 57 yaşındaki kadın hasta, metastaz değerlendirmesi için başvurdu. Sağ memede kitle dışında şikayeti olmayan hastanın hipertansiyon dışında bilinen ek hastalığı yoktu. Tüberküloz temas anamnezi olmayan olgunun 10 paket-yıl sigara öyküsü mevcuttu. Olgu 10 yıldır sigara içmemekteydi. Hastanın tüm vücut PET-CT ve kranial MR'si çekildi. PET-CT sonucunda sağ meme-

deki 2.2x1.6 cm boyutlu kitlede SUDmax: 20.5 olarak saptandı. Bunun yanı sıra sol alt derin juguler alanda konglomerasyon yapmış en büyüğü 3.2 cm boyutunda lenfadenopatilerde (LAP) artmış FDG tutulumu ve toraks içinde prevasküler alandan başlayıp sol hilusa doğru uzanan, boyutu 7.7 cm'yi bulan kitle lezyonda SUDmax: 20.6 olarak bulundu (Şekil 1). Ayrıca mediastende iki taraflı alt paratrakeal, aortikopulmoner, subkarinal lenf nodlarında yoğun artmış FDG tutulumu gözlemlendi (SUD max: 16.1). Hastanın iki taraflı aksillasında artmış FDG aktivitesi görülmedi. Kranial MR ise metastaz açısından normal bulundu. Sol akciğerdeki santral kitlenin incelemesi amacıyla yapılan bronkoskopide sol üst lob distalinde lümeni %60-70 oranında daraltan endobronşiyal lezyon görüldü (Şekil 2). İlk iki bronkoskopi işlemi sırasında hipertansiyon ve kanama nedeniyle az örnek alınabildi. Bunların sonucunda kronik enflamasyon dışında bulgu yoktu, bronş lavajı aside rezistan bakteri (ARB) negatif kaldı. Üçüncü bronkoskopide sol üst lobdaki endobronşiyal lezyondan biyopsiler ve ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) alındı. Sonucunda nekroz göstermeyen granüloamatöz iltihap bulundu. Bronş lavajı ve doku örneklerinde ARB görülmedi. Hastanın BCG skarı mevcuttu ve purified protein derivative (PPD) testi 15 mm bulundu.



**Şekil 1.** Sol akciğer hilusunda boyutu 7.7 cm'yi bulan kitle lezyonda SUDmax: 20.6, mediastende subkarinal lenf nodunda SUDmax: 16.1 olan yoğun artmış FDG tutulumu gözlemlendi. Renkli şekiller derginin online sayısında görülebilir ([www.kehadergi.com](http://www.kehadergi.com)).



**Şekil 2.** Olgunun bronkoskopisinde sol üst lob distalinde lümeni %60–70 oranında daraltan endobronşiyal lezyon görülüyor. Renkli şekiller derginin online sayısında görülebilir ([www.keahdergi.com](http://www.keahdergi.com)).

PET tutulumu gözlenen sol supraklaviküler lenf nodlarının ultrasonografik değerlendirmesinde 31x16 mm ve 34x12 mm boyutlarında hiler ekojeniteleri heterojen LAP'ler görülmüş ve ilk planda malignite lehine değerlendirilmişti. Sol supraklaviküler LAP'ye yapılan İİAB sonucunda multinükleer histiyositik dev hücreler görüldü. Buradan yapılan yaymada da ARB tespit edilmedi. Supraklaviküler LAP ve akciğerdeki lezyondan malignite tanısı gelmeyen, granülomatöz iltihap lehine bulgu saptanan hastaya tüberküloz ekarte edilemediğinden dördümlü antitüberküloz tedavi başlandı. Hasta tedaviyi iyi tolere etti. Hastaya sağ meme koruyucu cerrahi uygulandı. Eksizyon materyalinde nekroz ve granülom formasyonu mevcuttu. Lenf nodları malignite negatif olan hastada progesteron, östrojen reseptörleri ve C-erb-B2 negatif bulundu. Antitüberküloz tedavinin birinci ayında hastaya meme kanserine yönelik kemoradyoterapi başlandı. Bronkoskopik materyallerden bakılan tüberküloz kültürleri negatif kalmasına rağmen olguda tüberküloz ekarte edilemediğinden antitüberküloz tedavinin altı aya tamamlanarak kesilmesine karar verildi.

## Tartışma

Kadınlarda en sık görülen kanser olan meme kanserinde lenf nodu metastazı ve uzak metastaz prognozu belirler.<sup>[1,2]</sup> Yapılan evreleme sırasında aksiller ve mediastinal lenf nodlarında görülen büyümeler öncelikle metastaz açısından değerlendirilmelidir. Bu lenfadenopatiler benign sebeplere bağlı da gelişebilir. PET-CT ile yapılan görüntülemelerde hem malign hem de

benign durumlarda aksiller ve mediastinal lenf nodlarında tutulum görülebilir.<sup>[3]</sup> DeFilippis ve ark.nın çalışmasında meme kanseri tanısı alan bir olguda aksiller lenf nodları malignite açısından negatif bulunmasına rağmen nonkazeöz granülomatöz lenfadenit tespit edilmiş. Ayrıca bu olguda mediastinal lenf nodları ve dalakta nodüler odaklar görülmüş. Hasta meme kanseri ve eş zamanlı sarkoidoz tanısı almış.<sup>[4]</sup> Bizim olgumuzda kontralateral tarafta görülen hiler kitle ve mediastinal lenfadenopatiler meme kanserinin metastazı, ikinci primer kanser, granülomatöz hastalıklar açısından değerlendirilmiştir. Meme kanserinde ipsilateral mediastinal lenf nodu metastazı kontralateral mediastene göre daha belirgin olur.<sup>[5]</sup> Olgumuzda ise tam tersi olarak meme kanserinin kontralateralinde mediastinal hastalık belirgindi. Hastamızın sentinel lenf nodunun malignite açısından negatif bulunması, PET-CT'de aksiller tutulum olmaması ve kontralateral mediastinal hastalık varlığı akciğer patolojisinin meme kanseri metastazı olasılığını azaltmaktadır. Bunun yanında Türkiye tüberküloz açısından endemik bir bölge olduğundan ve endobronşiyal lezyondan granülomatöz iltihap tanısı geldiğinden hastada önplanda tüberküloz düşünülmüştür. Ancak sarkoidoz dışlanamamıştır. Salemis ve ark.nın olgu sunumunda multifokal meme kanseri hastasının aksiller diseksiyonu sonucu bazı lenf nodlarında karsinom metastazı ve nekrozlu granülomatöz iltihap, bazılarında ise malignite olmadan nekrotizan granülomatöz iltihap görülmüş. Hasta endemik bir bölgede olduğundan nonmalign lenf nodları tüberküloz infeksiyonuna bağlanmış.<sup>[6]</sup> Olgumuzda olduğu gibi endemik bölgede olmak tüberkülozu desteklemektedir, ancak bu olguda nekrotizan granülomatöz iltihap varlığı da tüberkülozu kuvvetle düşündürmektedir. Bunun yanı sıra meme kanserinin drene olduğu lenf nodlarında tümör hücrelerine reaktif olarak malignite negatif granülomatöz lenfadenit de gözlenebilir.<sup>[7,8]</sup> Lenf nodlarından alınacak biyopsilerde tüberküloz DNA'sını araştıran teknikler tanıya yardımcı olabilir, ancak sık uygulanabilen, ucuz yöntemler değildir.

Olgumuzda sigara öyküsü varlığı, hiler kitle görünümü ve endobronşiyal lezyon ikinci primer olarak akciğer kanseri olasılığını da düşündürmüştür. Ancak üç ayrı bronkoskopi seansında alınan biyopsiler ve supraklaviküler lenf nodu İİAB sonuçlarında maligniteye rastlanmamıştır. Bunun üzerine olguda nonmalign granülomatöz iltihap sebebi olarak tüberküloz lenfadenit ve sarkoidoz düşünülmüştür. Her iki hastalıkta da PET-

CT'de artmış FDG tutulumu gözlenebilir.<sup>[3]</sup> Sarkoidoz olgularında da ateş, kilo kaybı, halsizlik, öksürük gibi yakınmalar görülebilir. Bu durumda her iki hastalığın kliniği benzer olabilir.<sup>[9]</sup> Sarkoidozda sıklıkla iki taraflı simetrik hiler lenfadenomegali ve buna eşlik eden sağ paratrakeal lenfadenopati görülmesine karşılık, tüberküloz lenfadenitte daha sık olarak asimetrik hiler veya sadece mediastinal lenfadenopatiler görülür.<sup>[10,11]</sup> Olgumuzdaki asimetrik prezentasyon da tüberkülozu desteklemektedir. Yine olgumuzda tüberküloz basili gösterilememiş, örneklerde tüberküloz kültürü negatif kalmıştır.

Sonuç olarak, granüloamatöz hastalıkların ayırıcı tanısında özellikle ülkemiz şartlarında tüberküloz ilk sıralarda yer almaktadır. Aksi halde bağıışıklığı baskılayan ilaçlarla tedavi dissemine tüberküloza neden olabilir. Olgumuzdaki gibi kesin tüberküloz-sarkoidoz ayırımına gidilemeyen durumlarda öncelikle antitüberküloz tedavi başlanması önerilir.

#### Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

#### Kaynaklar

1. Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 2011;61(2):69–90. [CrossRef](#)
2. Cermik TF, Mavi A, Basu S, Alavi A. Impact of FDG PET on the preoperative staging of newly diagnosed breast cancer. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2008;35(3):475–83.

3. Ataergin S, Arslan N, Ozet A, Ozguven MA. Abnormal 18F-FDG Uptake Detected with Positron Emission Tomography in a Patient with Breast Cancer: a case of sarcoidosis and review of the literature. *Case Rep Med* 2009;2009:785047. [CrossRef](#)
4. DeFilippis EM, Arleo EK. New diagnosis of sarcoidosis during treatment for breast cancer, with radiologic-pathologic correlation. *Clin Imaging* 2013;37(4):762–6.
5. Cody HS 3rd, Urban JA. Internal mammary node status: a major prognosticator in axillary node-negative breast cancer. *Ann Surg Oncol* 1995;2(1):32–7. [CrossRef](#)
6. Salemis NS, Razou A. Coexistence of breast cancer metastases and tuberculosis in axillary lymph nodes—a rare association and review of the literature. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2010;41(3):608–13.
7. Hunt BM, Vallières E, Buduhan G, Aye R, Louie B. Sarcoidosis as a benign cause of lymphadenopathy in cancer patients. *Am J Surg* 2009;197(5):629–32. [CrossRef](#)
8. Reich JM, Mullooly JP, Johnson RE. Linkage analysis of malignancy-associated sarcoidosis. *Chest* 1995;107:605–13. [CrossRef](#)
9. Telenti A, Hermans PE. Idiopathic granulomatosis manifesting as fever of unknown origin. *Mayo Clin Proc* 1989;64(1):44–50. [CrossRef](#)
10. Öğretensoy M, Akkurt İ, Canayış L, Togay N. Bir yıllık bir çalışmada erişkin tipi akciğer tüberkülozlu olguların klinik-laboratuvar ve radyolojik verilerine bakış. Erkan F, Tabak L, Kılıçaslan Z, Öztardeşler S, editör. II. Akciğer Hastalıkları Kongresi Kitabı. İstanbul: Ertaş Yazı Merkezi; 1990:485–94.
11. Jindal SK, Gupta D, Aggarwal AN. Sarcoidosis in developing countries. *Curr Opin Pulm Med* 2000;6(5):448–54.