

Memede Nodüler Psödoanjomatöz Stromal Hiperplazi (PASH): Tümör ile Karışabilen Sıra Dışı Bir Lezyon

Nodular Pseudoangiomatous Stromal Hyperplasia of Breast (PASH): An Unfamiliar Lesion May be Confused with Tumor

Zühal GÜCİN¹, Fatma Ümit MALYA², Merve Büşra CENGİZ², Şeyma YILDIZ³

¹Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

²Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

³Radyoloji Anabilim Dalı, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye

ABSTRACT

Pseudoangiomatous stromal hyperplasia (PASH) is a benign lesion of breast composed of proliferated stromal myofibroblastic cells. It is named due to presence of slit-like spaces without endothelial layer mimicing vascular structures. Most of the lesions detected incidentally in breast tissues resected with other causes. Occasionally it may presented as palpable or radiologically detectable mass. It may confused with malignancy or phylloides tumor in clinically or radiologically if it grows rapidly. Differential diagnosis includes angiosarcomas and other sarcomas on histopathological examination. In this report a PASH lesion presented with differential diagnostic criteria, detected in a 34 year of woman with a breast mass growing markedly in 6 months duration.

Keywords: Breast, benign breast lesions, pseudoangiomatous stromal hyperplasia

ÖZ

Psödoanjomatöz stromal hiperplazi (PASH); memede stromal myofibroblastik hücrelerin proliferasyonundan oluşan benign bir lezyondur. Adını damarsal yapıları anımsatan ancak gerçek bir endotel tabakası içermeyen ince uzun "slit like" alanların varlığından alır. Olguların büyük bir kısmı diğer nedenler ile çıkarılmış meme dokularında rastlantısal olarak küçük odaklar şeklinde saptanır. Nadiren palpe edilebilen ya da radyolojik olarak saptanabilen kitle şeklinde prezente olur. Hızlı büyüyen kitle şeklinde olduğunda klinik ve radyolojik olarak malignite ve filloid tümör ile karışabilir. Histolojik olarak ise anjiosarkom ve diğer sarkomlar ayırıcı tanıya girebilir. Bu yazıda 34 yaşında sağ meme alt kadranda 6 ay içinde belirgin büyüme gösteren kitle yakınması ile başvuran kadın hastada saptanan PASH olgusu ayırıcı tanı kriterleri ile sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Meme, benign meme lezyonları, psödoanjomatöz stromal hiperplazi

Giriş

Psödoanjomatöz stromal hiperplazi (PASH); memede stromal myofibroblastik hücrelerin proliferasyonundan oluşan benign bir lezyondur. Adını damarsal yapıları hatırlatan ancak gerçek bir endotel tabakası içermeyen ince uzun "slit like" alanların varlığından almıştır (1). Oluşumunda hormonal dengesizlikler suçlanmaktadır (1). Genetik alt yapısı bilinmemektedir (1).

Olguların büyük bir kısmı diğer nedenler ile çıkarılmış meme dokularında rastlantısal olarak küçük odaklar şeklinde saptanır. Nadiren palpe edilebilen ya da radyolojik olarak saptanabilen kitle şeklinde prezente olur (1-4). Bu durum nodüler PASH ya da tümöriform PASH adını alır. Hızlı büyüme gösteren ya da bilateral yerleşen olgular da vardır (2,5). Aksilladan vulvaya kadar uzanan hat üzerinde aksesuar meme dokusu yapılarında PASH görülebilir (1,6).

Radyolojide kalsifikasyon içermeyen kitlesel lezyon şeklinde izlenir. Ultrasonografide iyi sınırlı hipoekojen - posterior akustik gölgelenme veren kitle olarak; MR incelemede ise sınırları belirsiz kontrast tutan alan şeklinde tarif edilmektedir (1, 2, 4) .

Makroskopik değerlendirmede iyi sınırlı, sert elastik kıvamlı, homojen lobule yapıda sarı beyaz renkli kitle saptanır (1,2). Boyutu 1-12 cm çaplar arasında olabilir.

Cite this article as: Gücin Z, Malya FÜ, Cengiz MB, Yıldız Ş. Nodular Pseudoangiomatous Stromal Hyperplasia of Breast (PASH): An Unfamiliar Lesion May be Confused with Tumor. Bezmialem Science 2017; 189-92.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Zühal Gücin; Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye E-mail: zgucin@bezmialem.edu.tr

©Telif Hakkı 2017 Bezmialem Vakıf Üniversitesi - Makale metnine www.bezmialemscience.org web sayfasından ulaşılabilir.
©Copyright 2017 by Bezmialem Vakıf University - Available online at www.bezmialemscience.org

Geliş Tarihi / Received : 28.07.2016

Kabul Tarihi / Accepted: 24.10.2016

Mikroskopik incelemede myofibroblastik proliferasyon gösteren stroma ile birbirinden uzaklaşmış duktal ve lobüler yapılar vardır. Stromada içi boş anastomozlaşan ince yarıklanmalar tarzında damar benzeri boşluklar dikkati çeker. Bu psödo vasküler yapıların oluşumu tam olarak anlaşılabilmemiş değildir. Doku takip işlemlerinden sonra oluşan stromal retraksiyona bağlı olduğu düşünülmektedir (2). Bazen myofibroblastlar demet yapar tarzda yoğunlaşabilir. Bu durumda fasiküler PASH adını alır (1). Genellikle atipi, hiperkromazi, mitoz ve nekroz görülmez (1). Atipi ya da hiperkromazi varlığında gerçek sarkom gelişimi yönünden dikkatli incelenmelidir.

İmmünohistokimyasal olarak myofibroblastik stromal hücreler vimentin ve CD34 eksprese ederken, CD31 ve F8 antikoru ile negatiftir. Aktin, desmin, kalponin pozitifliği saptanabilir (1, 2).

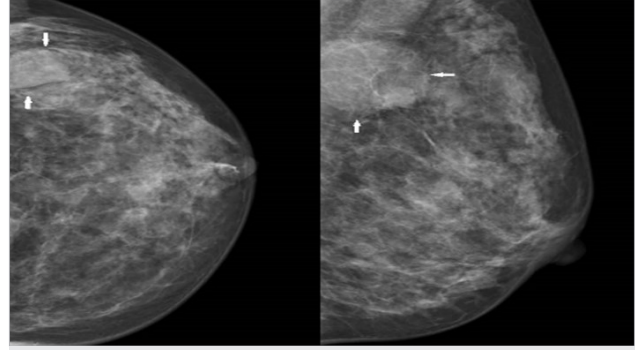
Ayırıcı tanı: Klinik ve radyolojik olarak genellikle fibroadenomlar (1, 2), daha ileri yaş grubunda ise filloid tümörler ayırıcı tanıya girer (2). Hızlı büyüyen tümörler malignite ile karışabilir (2, 3).

Histolojik olarak düşük dereceli anjiosarkom ayırıcı tanı gerektirebilir (2). Atipik endotel hücreleri ve mitoz anjiosarkomun özelliğidir, var ise PASH'den uzaklaşmalıdır (2). Fasiküler PASH olgularında myofibroblastom ile ayırım gerekebilir (2).

Tedavi ve Prognoz: Biyopsi ile tanı konabilen olgularda takip tercih edilebilir. 60 aya kadar izlenen ve tekrarlamayan olgular bildirilmiştir (6). Biyopsi ile tanı verilemeyen ya da maligniteden şüphe edilen olgular ile yer kaplayan büyük lezyonlarda cerrahi eksizyon uygulanır (3, 7). Rekürrens %12-26 oranda görülür (1, 2). Rekürrens inkomplet eksizyona bağlı olarak gelişebileceği gibi geride kalan meme stroması da aynı hormonal stimulusa duyarlı olduğu için yeni lezyon gelişimine yatkınlık edebilir (1).

Olgu Sunumu

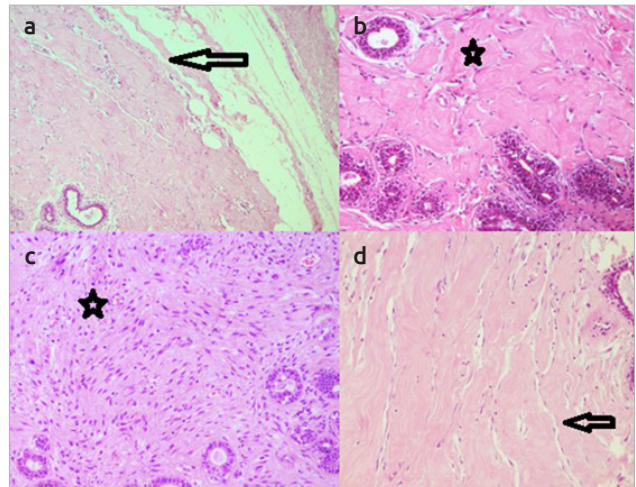
Otuz dört yaşında kadın hasta sağ meme alt kadranda 6 ay içinde belirgin büyüme gösteren kitle yakınması ile meme polikliniğine başvurdu. Mamografik incelemede alt kadranda tama yakın dolduran düzgün sınırlı, heterojen iç ekoya sahip 10x4 cm boyutta olası malign kitle saptandı (Şekil 1). Özgeçmiş sorgulamasında böbrek yetmezliği olduğu, hipertansiyon için vasoxen 5 mg/gün kullandığı öğrenildi. Eksize edilen kitle 10x8x6 cm boyutta, ince kapsüllü görünümde, elastik kıvamlı nodüler yapıda, kesit yüzü sarı pembe renkte, parlak, kistik yapılar da barındıran solid yapıda idi (Şekil 2). Mikroskopik incelemede ince uzun damarsal yapıları andıran boşluklar, bir kısmının kenarında endoteli andıran fusiform hücreler, stromada yer yer yoğunlaşan benzer hücre demetleri izlendi Eitelial alanlar ise basit adenozis alanları ve mikrokistler şeklinde idi (Şekil 3). İmmünohistokimyasal incelemede damar benzeri "slit like" alanlarda gerçek döşeyici endotel hücresi saptanmazken, bu hücrelerin CD34 ve düz kas aktini pozitifliği gösterdiği saptandı (Şekil 4).



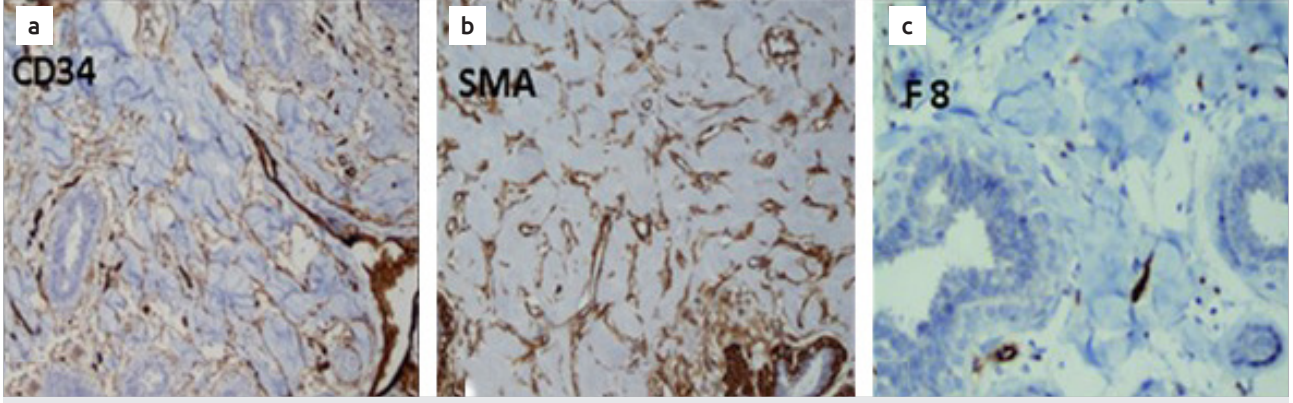
Şekil 1. Sıra ile MLO ve CC mamografilerde, sol meme üst dış kadranda izlenen 44x22 mm boyutlarda meme parankimi ile eş dansitede düzgün konturlu lezyon (ok)



Şekil 2. İyi sınırlı nodüler oluşum. Kesit yüzü pembe beyaz, elastik kıvamlı ve multipl küçük kistik yapılar içermektedir



Şekil 3. a, b, c, d. İyi sınırlı ekspansif büyüyen lezyon sınırları(ok) (a); proliferen stroma ile birbirinden uzaklaşmış eitelial yapılar (yıldız) (b); yoğunlaşan myofibroblastik hücrelerin oluşturduğu fasiküler alanlar(yıldız) (c); lobüllerin arasındaki stromada ince uzun "slit like" boşluklar (ok) (d)



Şekil 4. a-c. İmmünohistokimyasal değerlendirmede; damar benzeri slit-like boşlukların çevresinde myoepitelial hücrelerde CD34 (+)lik (a); aynı hücrelerde düz kas aktini (SMA) pozitiflik (b); gerçek damar olmayan bu yapılarda F8 negatiflik/endotel hücresi yokluğu (c)

Tartışma

Çoğu rastlantısal olarak saptanan PASH lezyonlarının gerçek sıklığını belirlemek zordur. Diğer benign lezyonlara eşlik edenlerin de büyük kısmı aslında göz ardı edilmektedir.

Memede PASH tipik olarak premenopozal kadında görülmekle birlikte postmenopozal ve pediatrik yaşlarda da rastlanabilir (1, 4). Ortalama görülme yaşı 37'dir (1). Bunun ötesinde erkeklerde özellikle jinekomasti şüphesi ile yapılan biyopsilerde rastlantısal olarak saptanan olgular bildirilmiştir (2). Yirmi dört vakalık bir seride olguların yalnız ikisi erkek hastada görülmüştür (6).

Oluşumunda hormonal dengesizlikler suçlanmaktadır (1). Premenopozal, peripubertal dönemde, oral kontraseptif kullanımı ile menopoz sonrası hormon replasman tedavisi alan kadınlarda rastlanması ve erkek memesinde jinekomasti ile birlikte görülmesi bu durumu destekler özelliktedir. Tüm bu durumlarda endojen ya da ekzojen hormonlara myofibroblastların verdiği aberan yanıt sonucunda geliştiği kabul edilir (1).

Tek başına görülebileceği gibi proliferatif ya da non-proliferatif diğer meme lezyonlarında da insidental olarak saptanabilir (2). Fibrokistik değişikliklerde %23 oranda görülebilir (1).

Sunulan olgu, literatür ile uyumlu olarak genç yaş grubundadır. 6 ay içinde hızla büyüyen ve alt kadranı tüme yakın dolduran kitlenin klinik ve radyolojik olarak malignite şüphesi uyandırması nedeniyle eksize edilmiş, histolojik incelemede ise nodüler / tümöriform PASH ile uyumlu bulunmuştur.

Sonuç olarak psödoangiomatoz stromal hiperplazi (PASH) günlük pratikte aslında daha sık karşımıza çıkan, fakat pek dikkatimizi çekmeyen, ancak kitle oluşturduğunda üzerinde düşündüğümüz bir lezyon gibi durmaktadır. Kitle lezyonlarda tanı amaçlı yapılan kor biyopsilerde lezyonun tümüne adını veren bir değişiklik olarak düşünülmeyip göz ardı edildiğinde ya da düşük dereceli anjiosarkom, myofibroblastom gibi neoplaziler ile karıştırıldığında tanı problemi yaşanabilir. Bu

nedenle kitle lezyonlarda akıldan tutulması gereken bir durum olduğunu düşünmekteyiz.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

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

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - Z.G., F.Ü.M., M.B.C., Ş.Y.; Tasarım - Z.G.; Denetleme - Z.G.; Kaynaklar - Z.G.; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi - Z.G., F.Ü.M., M.B.C., Ş.Y.; Analiz ve/veya Yorum - Z.G.; Literatür Taraması - Z.G.; Yazıyı Yazan - Z.G.; Eleştirel İnceleme - Z.G.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

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

References

1. WHO Classification of Tumours of the Breast. 4th Ed. Lakhani SR, Ellis IO, Schnitt SS, Tan PH, van de Vijver MJ (eds). IARC, Lyon, 2012: 129-130.
2. AbdullGaffar B. Pseudoangiomatous Stromal Hyperplasia of the Breast. Arch Pathol Lab Med 2009; 133: 1335-1338.
3. Masannat YA, Whitehead S, Ian Hawley I, Aphthorp L, Shah EF. Pseudoangiomatous Stromal Hyperplasia: A Case Report. Case Rep Med 2010; 2010: 549643. [CrossRef]
4. Jones KN, Glazebrook KN, Reynolds C. Pseudoangiomatous Stromal Hyperplasia: Imaging Findings With Pathologic and Clinical Correlation. AJR 2010; 195: 1036-1042. [CrossRef]

5. Bourke AG, Tiang S, Harvey N, McClure R. Pseudoangiomatous stromal hyperplasia causing massive breast enlargement. *BMJ Case Rep* 2015; doi:10.1136/bcr-2014-204343. [\[CrossRef\]](#)
6. Bowman E, Oprea G, Okoli J, Gundry K, Rizzo M, Gabram-Mendola S, Upender Manne U, Smith G, Pambuccian S, Bumpers HL. Pseudoangiomatous Stromal Hyperplasia (PASH) of the Breast: A Series of 24 Patients. *Breast J* 2012; 18: 242-247. [\[CrossRef\]](#)
7. Jung BK, Nahm JH, Lew DH, Lee DW. Treatment of Pseudoangiomatous Stromal Hyperplasia of the Breast: Implant-Based Reconstruction with a Vascularized Dermal Sling. *Arch Plast Surg* 2015; 42: 630-34. [\[CrossRef\]](#)