

PROLİFERATİF MİYOZİTİS

Dr. İbrahim KUŞKONMAZ (*) • Prof. Dr. Yüksel ALVUR (*) • Doç. Dr. Filiz KARAGÖZ (*)

ÖZET: Proliferatif miyozitis çizgili kasın çok seyrek görülen psödosarkomatöz bir reaksiyonudur. Bir olgu nedeniyle lezyonun klinik seyri, histopatolojik özellikleri, patogenezi ve ayırıcı tanısı literatür bilgileri ışığında tartışıldı.

ANAHTAR KELİMELEER: Proliferatif miyozitis.

SUMMARY: Proliferative myositis is a rare pseudosarcomatous reaction of the skeletal muscle. A case presented and discussed in view of the relevant literature.

KEY WORDS: Proliferative myositis.

GİRİŞ

İlk olarak 1960 yılında Kern (6) tarafından tanımlanan proliferatif miyozitis çizgili kaslarda kitle oluşturan psödosarkomatöz bir reaksiyondur (2,8). Oldukça seyrek görülen bu lezyon çok hızlı bir seyir göstermesi nedeniyle klinik olarak maligniteyi taklit edebilmesinin yanısıra histopatolojik olarak da dikkatli incelenmezse fibrosarkom ve rhabdomyosarkom gibi maligniteler ya da proliferatif fasiitis, fokal miyozitis ve miyozitis ossifikans gibi benign lezyonlarda karışabilir (2,3,8). Lezyonun etyolojisi belirsiz olmakla birlikte bir çok araştırıcı travma ya da yetersiz kan dolaşımının etkili olduğunu ileri sürmektedir (2,3,6,7). Histopatolojik olarak lezyonda başlıca iki bulgu vardır: kas demetlerini bantlar halinde ayıran fibroblastik proliferasyon alanları ve ganglion hücreleri bezleri dev hücreler (1,9). Lezyonun tedavisi cerrahi eksizyondur, rekürrens ve metastaz hiç bildirilmemiştir (2,4,9).

OLGU

50 yaşında hasta. Travma ya da önceden herhangi bir lezyon olmayan hasta kalçasında ani olarak büyüyen şişliği nedeni ile genel cerrahi polikliniğine başvurmuş. Total olarak eksize edilen materyal 1'er cm. çapında iki adet ve 1x0.2x0.2 cm. boyutlarında bir adet, kirlı sarı renkte, elastik kıvamda, kapsülsüz, düzensiz yüzeyli dokulardan ibarettir. Materyal, rutin takipten sonra Hematoksilin-Eozin, PTAH, Van Gieson, Trikrom, Gomori'nin gümüş impregnasyonu ve PAS ile boyanarak ışık mikroskopunda incelendi.

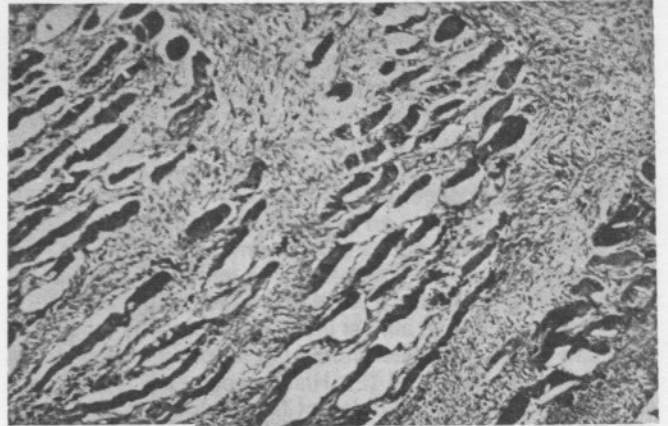
Lezyonun mikroskopik incelenmesinde çizgili kas demetlerini sıkıştırarak atrofiye uğratmış, değişik yönlere doğru uzanan proliferatif fibroblast ve fibrositlerden oluşan bağ dokusu alanları (Resim 1) ve iri çekirdekli belirgin çekirdekçikli, amfofilik sitoplazmalı ganglion hücrelerine benzeyen dev hücreler izlendi (Resim 2). Bu hücrelerde seyrek mitotik aktivite ve orta derecede pleomorfizm görüldü. Bazı alanlarda pleomorfizm ve sellülaritede artma izlendi. Bu bulgularla proliferatif miyozitis tanısı kondu (B: 2922/91).

TARTIŞMA

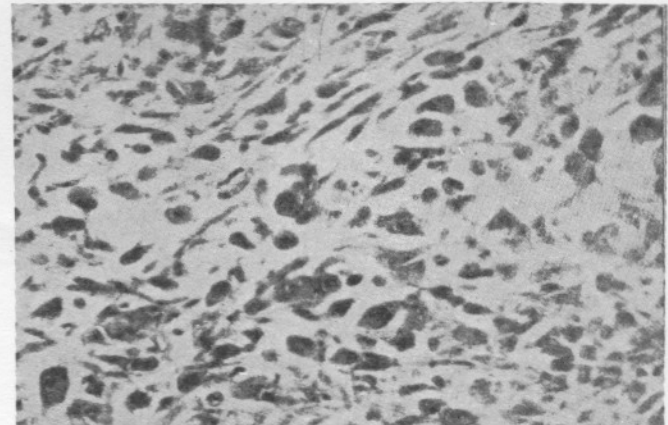
İlk olarak 1960 yılında yayınladığı 7 olguluk serisinde Kern (6) tarafından tanımlanan proliferatif miyozitis çizgili kası tutan oldukça seyrek görülen psödosarkomatöz bir reaksiyondur. Çok hızlı büyümesi ve histopatolojik görünümü ile birçok yumuşak doku malignitesi ile karışabilir; bu konu-

da en geniş olgu serisini sunan Enzinger ve Dulcey'in (3) 33 olgusundan 14 tanesi ilk olarak rhabdomyosarkom ya da fibrosarkom gibi malignite tanısı almıştır. Literatür taramasında bulduğumuz en yeni kaynakta İngiliz literatüründe toplam 57 vakanın yayınlandığı bildirilmektedir (2).

Birçok araştırıcı yaş, cinsiyet ve tutulum yeri olarak belli bir farklılık olmadığını ileri sürse de kadınlarda biraz daha sık (2) ve 45 yaşın üstünde daha fazla görülmektedir (2,3,7,9).



Resim 1: Çizgili kas demetlerini birbirinden ayıran proliferatif fibroblastlar (HE X 200).



Resim 2: Ganglion hücreleri benzeri bazofilik sitoplazmalı dev hücreler (HE X 400).

Ancak yine de literatürde en genç bir aylık, en yaşlı olarak da 82 yaşında olgular bildirilmiştir (2). Yerleşim yeri olarak birçok çizgili kası tutabilirse de en sık omuz, göğüs duvarı ve kalçada görülür (2).

Lezyon ağırlığı ve hassasiyete yol açmamakla birlikte ortaya çıktıktan sonra çok hızlı büyür (2,3,5,7). Lezyonun ortaya çıkışı ile eksize edilmesine dek geçen süre 3 ile 7 ay arasında değişebilmekle birlikte (3), 1-8 hafta arasında ve genellikle ilk iki hafta içinde tanı almaktadır (2,7).

Mikroskopik olarak lezyonun temel bulgusu geniş koyu bazofilik sitoplazmalı, belirgin çekirdekçikli ganglion hücrelerine benzeyen dev hücrelerdir (3,4,9). Buna ek olarak diğer önemli bir bulgu da epimisyum, perimisyum ve endomisyumu tutarak kas fibrillerini birbirinden ayıran fibroblastik proliferasyon alanlarıdır (2,3,6,7).

Hastalığın etyolojisinde travma çoğu kez araştırılmakla birlikte (2,3,6) vakaların çoğunda travma öyküsü yoktur; etyolojik faktör olarak travma dışında hücre hasarı yapan iskele gibi etkenler ileri sürülmektedir (2). Dev hücrelerin önceleri miyogenik orijinli olabilecekleri düşünülmüşse de (6), daha sonra yapılan elektron mikroskopik (5,8) ve immunhistokimyasal (1) çalışmalar fibroblastik orijini desteklemektedir.

Ayrırcı tanıda en çok proliferatif fasiitis, nodüler fasiitis ve miyozitis ossifikans gibi benign lezyonlar ile rabdomiyosarkom göz önünde bulundurulmalıdır (3,7). Bazı yazarlar benign lezyonlardan ayırmanın çok anlamlı olmadığını; hatta bunların hepsinin aynı antijenin subtipleri olduklarını ileri sürmektedirler (2,7).

Rabdomiyosarkomdan çevre dokuları ve kas demetlerini infiltre etmemesi, rabdomiyosarkomun tersine dev hücrelerin bazofilik sitoplazmalı olması ile ayırılabilir (7).

Proliferatif fasiitis histolojik olarak en çok karıştığı lezyondur ve kastan çok deri altı yağ dokusunun tutması ile ayır edilir (3,4,7). Nodüler fasiitis adı üzerinde tek bir nodüldür ve kastan çok çevre fasyayı tutar. Proliferatif miyozitisdeki dev hücreler bulunmaz ve daha genç hastalarda görülür (7). Özellikle osteoid ve kemik formasyonu içeren vakalarda karıştığı miyozitis ossifikans bazofilik sitoplazmalı dev hücrelerin varlığı ile ayır edilir (3,9).

Eksizyon ya da biyopsi materyali ile tanı konduktan sonra tedavi için ek girişime gerek yoktur (3,7,9). Lezyon skarlaşarak iyileşir, bugüne kadar rekürrens ve metastaz bildirilmemiştir (3,4,7,9).

KAYNAKLAR

1. Brooks JSJ: Immunohistochemistry of Proliferative Myositis. Arch. Pathol. Lab. Med. 105: 682 (1981).
2. Choi SS, Myer MC: Proliferative Myositis of Mylohyoid Muscle. Am. J. Otolaryngol. 11: 198-202 (1990).
3. Enzinger FM, Dulsey F. Proliferative Myositis Report of Thirty-three Cases. Cancer. 29: 2213-2223 (1967).
4. Enzinger FM, Weiss SW. Soft Tissue Tumors. Sec. Ed. St. Louis. Washington DC. Toronto. The CV Mosby Company pp: 115-119 (1988).
5. Gokel JM, Meister M, Hübner G. Proliferative Myositis. A case Report with Fine Structural Analysis. Virchow Arch. (A). 367: 345-352 (1975).
6. Kern WH. Proliferative Myositis: A Pseudosarcomatous Reaction to Injury. A Report of Seven Cases. Arch. Pathol. 69: 209-216 (1960).
7. Orłowski W, Freedman PD, Lumerman H. Proliferative Myositis of Masseter Muscle. A Case Report and a Review of the Literature. Cancer. 52: 904-908 (1983).
8. Paquel P, Salazar M. Proliferative Myositis in an Infant. Report of a Case with Electron Microscopic Observations. Pediatr. Pathol. 8: 545-551 (1988).
9. Rozai J. Ackerman's Surgical Pathology. Vol. 2 2. 7th Ed. St. Louis, Washington DC. Toronto. The CV Mosby Company pp: 1553-1554 (1989).