

BÖLÜM 8

MEME KANSERİ İLE İLİŞKİLİ DERMATOMİYÖZİT OLGUSU

Münevver Gül AVŞAR¹

GİRİŞ

Dermatomyozit (DM), etiyolojisi bilinmeyen, ilerleyici kas güçsüzlüğü ve tipik deri bulguları ile karakterize inflamatuvar bir miyopatidir. Görülme sıklığı 1.000.000'da yaklaşık 9,63'tür (1). Cilt lezyonları genellikle ilk belirtilerdir ve orbital ödemle birlikte veya ödemsiz olarak eritemli döküntüleri içerir. Gotron papülleri sıklıkla eklem yüzeylerinde görülür. Aynı zamanda telenjektazi ve şal izi gibi bazı cilt bulguları da ortaya çıkar. Kas tutulumu sıklıkla kas ağrısıyla birlikte veya ağrısız simetrik proksimal kas güçsüzlüğü olarak prezente olabilir. Ayrıca artralji, dispne, disfaji, disfoni gibi diğer sistemik belirtilerle de ortaya çıkabilir (2-3).

DM ve kanser ilişkisi 1960'lı yıllardan beri iyi bilinmektedir (4). DM ile ilişkili en sık gelişen maligniteler; over, akciğer, kolon ve mide kanserleridir. Diğer maligniteler ile daha nadir olmakla birlikte ilişkili olabilmektedir. Maligniteler, DM tanısından önce, tanıyla eş zamanlı veya tanı konduktan sonra gelişebilmektedir. Malignite bulunmaksızın DM tanısı konulan hastalar uygun tedavi ve kanser taraması açısından yakın takip edilmelidir. En az üç yıl boyunca her 4-6 ayda bir klinik muayene ve her 6-12 ayda bir uygun görüntülemeler yapılmalıdır (5-6).

¹ Uzm. Dr., Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, munevvergul@hotmail.com, ORCID iD: 0000 0002 8568 1196

SONUÇ

Malignite ile ilişkili DM'in prognozu idiyopatik DM'e göre daha kötü olmakla birlikte altta yatan hastalığın tedavisi ile gerileyebilir veya bağımsız bir seyir gösterebilir. Literatürde anti NXP2, kanser varlığını öngörebilen bir belirteç olarak kabul edilmektedir. Bizim olgumuzda DM ile eş zamanlı meme kanseri teşhisi konuldu. Hastada anti NXP2 antikor pozitif idi. Meme kanserinin cerrahi ve kemoterapötik tedavisi ile birlikte uygulanan steroid tedavisi ile DM bulguları hızla geriledi. DM tanısı konulan her hastada MSA'nın belirlenmesi ve paraneoplastik orijin açısından etiyolojik araştırmanın yapılması ve gelişebilecek olası maligniteler açısından yakın takip yapılması gerektiği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Bendewald MJ, Wetter DA, Li X, Davis MD. Incidence of dermatomyositis and clinically amyopathic dermatomyositis: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. *Arch Dermatol.* 2010;146(1):26–30. doi:10.1001/archdermatol.2009.328
2. Sasaki H, Kohsaka H. Current diagnosis and treatment of polymyositis and dermatomyositis. *Mod Rheumatol.* 2018;28(6):913–921. doi:10.1080/14397595.2018.1467257.
3. Yang SH, Chang C, Lian ZX. Polymyositis and dermatomyositis – challenges in diagnosis and management. *J Transl Autoimmun.* 2019;2:100018. doi:10.1016/j.jtauto.2019.100018.
4. Mori T, Hanami Y, Yamamoto T. Vesiculo-bullous dermatomyositis in association with internal malignancy. *Actas Dermosifiliogr.* 2022;113:1017---9.
5. Zangrilli A, Papoutsaki M, Bianchi L, Teoli M, Chimenti S. Bullous dermatomyositis: a marker of poor prognosis and aggressive internal malignancy? *Acta Derm Venereol.* 2008;88:393---4.
6. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. *Dermatology. Dermatomyositis.* Philadelphia: Elsevier; 2018. p. 681---92.
7. Marzęcka M, Niemczyk A, Rudnicka L. Autoantibody Markers of Increased Risk of Malignancy in Patients with Dermatomyositis. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2022 Oct;63(2):289-296. doi: 10.1007/s12016-022-08922-4. Epub 2022 Feb 11. PMID: 35147864; PMCID: PMC9464248.
8. Chang L, Zhang L, Jia H, Nie Z, Zhang L. Malignancy in dermatomyositis: A retrospective paired case-control study of 202 patients from Central China. *Medicine (Baltimore).* 2020 Aug 21;99(34):e21733. doi: 10.1097/MD.00000000000021733. PMID: 32846794; PMCID: PMC7447459.
9. Stertz G. Polymyositis. *Berl Klin Wochenschr* 1916;53:489
10. Leatham H, Schadt C, Chisolm S, et al. Evidence supports blind screening for internal malignancy in dermatomyositis: data from 2 large US dermatology cohorts. *Medicine (Baltimore)* 2018;97:e9639.
11. Hu T, Vinik O. Dermatomyositis and malignancy. *Can Fam Physician.* 2019;65(6):409–411.
12. Chen X, Chen A, Liu C, Zhang B. Triple-Negative Breast Cancer with Dermatomyositis: A Case Report and Literature Review. *Cancer Manag Res.* 2022 Feb 15;14:569-576. doi: 10.2147/CMAR.S349400. PMID: 35210854; PMCID: PMC8857951.
13. Alenzi FM. Myositis specific autoantibodies: a clinical perspective. *Open Access Rheumatol.* 2020;12:9–14. doi:10.2147/OARRR.S231195.
14. Casciola-Rosen L, Nagaraju K, Plotz P, et al. Enhanced autoantigen expression in regenerating muscle cells in idiopathic inflammatory myopathy. *J Exp Med.* 2005;201(4):591–601. doi:10.1084/

jem.20041367

15. Wu H, Diao L, Xue K, Zhao Q, Zhao X, Xia Q, et al. Case report: concurrence of dermatomyositis and autoimmune blistering diseases: two case reports and a literature review. *Front Immunol.* 2022;13:855408.
16. Fujimoto M, Watanabe R, Ishitsuka Y, Okiyama N. Recent advances in dermatomyositis-specific autoantibodies. *Curr Opin Rheumatol.* 2016;28 (6):636–644. doi:10.1097/BOR.0000000000000329
17. Primiano G, Plantone D, Sauchelli D, et al. Resolution of muscle inflammation after tumor removal in a woman with paraneoplastic dermatomyositis. *J Rheumatol.* 2012;39(12):2359–2360. doi:10.3899/jrheum.120806.
18. Dias LP, Faria AL, Scanduzzi MM, Inhaia CL, Shida JY, Gebrim LH. A rare case of severe myositis as paraneoplastic syndrome on breast cancer. *World J Surg Oncol.* 2015;13:134. doi:10.1186/s12957-015-0534-5
19. Sandhu NP, Zakaria S, Degnim AC, Boughey JC. Dermatomyositis presenting as a paraneoplastic syndrome due to underlying breast cancer. *BMJ Case Rep.* 2011;2011:bcr1020103416–bcr1020103416. doi:10.1136/bcr.10.2010.3416
20. Piras M, Panebianco M, Garibaldi M, et al. A case of pathological complete response and resolution of dermatomyositis following neoadjuvant chemotherapy in HER2-positive early breast cancer. *Curr Oncol.* 2021;28(3):1957–1961. doi:10.3390/curroncol28030182.