



Dr. Şerife Şimşek*, Dr. Tuğbay Tuğ**

Fibroadenom sitolojik atipi olmaksızın düşük sellülarite gösteren fibröz stromadan oluşan tümörlere verilen isimdir. Bu tümörler genellikle genç kadınlarda görülürler. Kolayca hareket ettirilebilen, mobil kitlelerdir, makroskopik görünüşleri genellikle karakteristik ve tanı koydurucudur. Tedavisiz izlendiklerinde boyutları 2-3 cm'e kadar artabilir ve bu büyüme en az 5 yıl kadar sürer. Büyüme sırasında tümör her 6-12 ayda bir büyüklüğünün iki katına çıkar. Postmenapozal evrede çok ender olarak görülürler ve gerileyerek küçülürler. Postmenapozal dönemde kalsifiye olabilirler ve böyle bir durumda mammografide görünür hale gelirler.

Fibroadenomlar esas olarak dört kategoride incelenebilirler:

I- Küçük fibroadenomlar (3-4 mm); bunlar memede yüzeysel olarak palpe edilirler.

II- Boyutları 1-3 cm arasında değişen ve fibroadenomların %80'ini oluşturan en yaygın biçimi olan fibroadenom grubu.

III- Boyutları 4-5 cm arasında değişen intermediate fibroadenom grubu.

IV- Adölesan ve premenapozal yaş gruplarında görülen dev fibroadenomlar.

Ayrıca fibroadenomlar genel yapılarına göre hamartomlar, tübüler adenom, laktasyon adenomu, adenolipom, juvenil fibroadenom ve giant fibroadenom olarak da sınıflandırılabilir (1,2).

Hamartomlar lobüler üniteleriyle tanı konulabilir lezyonlardır, yağ oranı oldukça düşüktür. Genellikle fibroadenomların görüldüğü yaşların iki dekat sonrasında görülür. Tübüler adenomlar oldukça enderdir, içerdikleri yoğun tübüler yapı, stromalarının minimal olması ile kolayca tanı konulabilen lezyonlardır. Büyükçe olan tübüler fibroadenomlar çok iyi nodülerite gösterirler. Tübüler adenomlar sekretuar aktivite gösterebilirler, hamilelik ve laktasyon döneminde oluştukları zaman laktasyon adenomu olarak adlandırılırlar. Laktasyon adenomları tübüler adenomlarla benzer yapısal özellikler gösterirler. Laktasyon adenomları gebeliğin meme tümörleri olarak da isimlendirilebilirler (1,3).

Fibroadenomların yaklaşık %55'i sol memede bulunurlar. En sık yerleşim yeri memenin üst dış kadranıdır. Tümörler büyük olasılıkla meme lobülünden oluşmaktadır. Tam olarak aydınlatılmış olmamasına karşın "bu benign tümörler östrojenin lobüler stimülasyonu ve östrojene verilmiş aşırı bir yanıt sonucu oluşmaktadır" şeklindeki teori en çok kabul gören teoridir. Makroskopik olarak beyaz renkli bir sınırı vardır ve bu sınırlanma bazen düzensizlikler gösterebilir. Memede fibroadenomların insidansı %10-20 olarak verilmektedir. Afrika ve Amerika'da daha sık görülmektedirler. Fibroadenomlu hastaların yaklaşık %10'unda multipl fibroadenom görülür. Hastalarda ağrı ve duyarlılık; yalnızca hamilelik ve inflamatuvar reaksiyon durumlarında görülür (1,3).

Prepubertal meme kitleleri çoğunlukla benignedir ve ender olarak tanı için biyopsi gerekir. Çocuklarda meme kitlelerinin nedenleri; prematür meme gelişimi (1-3yaş), hemanjiom, lenfanjiom, lipom, abse ve travma sonrası yağ nekrozudur. Adölesan dönemde meme lezyonlarının çoğunluğunu fibroadenomlar oluşturur ve dev fibroadenom adını alırlar (en az 500 g ağırlığında ya da en az 5 cm büyüklüğündedirler). Bu tipteki fibroadenomlar 15-20 yaş arası ve 50-60 yaş



Fotoğraf:
"Suskun"
Derya
Sarıkaya,
Ankara,
TTB-STED
Fotoğraf
Yarışması
2001'den

* Arş. Görv., Ankara Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi AD, Ankara
** Öğr. Üyesi., Ankara Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi AD, Ankara

arası olmak üzere iki ayrı yaş grubunda en çok görülürler.

Adölesan dönem fibroadenomları birden bire belirir ve hızlı büyürler. Memede artan büyüklükle birlikte ağrı yakınması görülebilir. Muayenede meme büyümüş ve meme başı yer değiştirmiş olarak bulunur. Puberte sonrası, iki katına çıkma zamanının (dubbling time) kısa olması nedeniyle tümör üzerindeki venler genişler, tümör üzerindeki deride basınca bağlı ülserasyonlar oluşur. Çok önemli bir özellikleri atipik sellülarite göstermemeleridir.

Geniş cerrahi serilerde fibroadenomlar fibrokistik hastalıkla birlikte patolojik tanının %54-94'ünü oluştururlar ve en yaygın tanı grubudurlar. Kitlelerin çoğu (bazı serilerde %80) genç kızlar tarafından kendi kendilerine yaptıkları incelemede saptanırlar. İyi sınırlanmış ve göğüs duvarının üzerinde hareketli bir kitle görüntüsü verirler. Bu kitleler kapsüllüdürler, menstrüel siklus sırasında genellikle büyürler ve %10 kadarı kendiliğinden geriliyerek küçülür (3).

Pediyatrik ve adölesan hastalarda fibroadenomlar ve karsinoma gelişme riski arasında bir ilişki yoktur ya da daha doğrusu tüm serilerde %0.2'den daha azdır. Adölesan dönemde bir ya da iki menstrüel siklus boyunca bu kitleler güvenli olarak izlenebilirler ve hatta bazı yazarlar yetişkin yaşa kadar gözlenmesini önerirler. Mammografi, kitlelerin değerlendirilmesinde adölesan dönemde daha az değerlidir. Çünkü yağ dokusu ile karşılaştırıldığında bu dönemde adölesanlarda fibroglandüler doku miktarında belirgin bir artış vardır. Bu durum kitlelerin değerlendirilmesini daha da güçleştirmektedir. Jüvenil ya da dev fibroadenom bazı geniş serilerde yaklaşık %10 oranında görülmektedir. Benign olmalarına karşın bu büyük kitleler normal meme yapısında distorsiyona ve doğal olarak deri/areolar komplekslerde bozulmaya yol açmaktadır (3).

Ayırıcı Tanı

Dev fibroadenom; histolojik inceleme yapılmaksızın sistosarkoma filloidenen ayırt edilemez. Müller 1838'de fibroadenom üzerinden gelişen bir sistosarkoma filloides olgusu yayınlamıştır. Sistosarkoma filloides adölesanlarda ender olmasına karşın bu yaş grubunda malign meme kitlelerinin en yaygınıdır. Fibroadenom ve sistosarkoma

filloides memenin iyi sınırlanmış iki lezyonudur. Her ikisi de epitelial ve stromal komponentleri benzer şekilde içerirler. Ancak klinik seyirleri farklılık gösterir. Fibroadenomlar yavaş büyürler ve en fazla 2-3 cm büyüklüğe ulaştıktan sonra sıklıkla büyümeleri durur. Dahası fibroadenomlar hastaların bir grubunda daha küçük boyuta geriler ya da tamamen yok olabilirler. Buna karşılık filloid tümörler 10 cm'ye varan boyutlara kadar genişleyebilirler ve sıklıkla lokal olarak nüksederler ya da akciğerlere metastaz yaparlar. Çok ender durumlarda biyopsi bölgesinde tümör nüksü görülür. Böyle durumlarda nükseden tümör genellikle daha çok sellüler stroma içermektedir ve tanı sıklıkla gerçekte filloid tümördür.

Fibroadenomun seyri sırasında filloid tümöre dönüşüp dönüşmediği, lokal olarak nüksün fibroadenomda görülüp görülmediği ya da filloid tümörün aslında insidental olarak primer fibroadenomun bulunduğu yerden mi çıktığı, yoksa primer fibroadenomdan mı köken aldığı henüz kesinlik kazanmamıştır. Fibroadenomlar memenin stromal ve epitelial elementlerini bulduran benign tümörleridir. Fibroadenom, karsinomun ardından memenin en yaygın ikinci solid tümörüdür ve 30 yaşın altındaki kadınlarda en sık görülen meme tümörüdür. Lezyonun benign orijini 1840 yılında Cooper tarafından tanımlanmış ve Cooper bu lezyona kronik meme tümörü adını vermiştir. Klinik olarak izlem sırasında aylar içerisinde boyutları artış gösterebilir. Muayene sırasında parmakların arasından kolayca kayabilir ve lobüle bulgu verebilir. Operasyon sırasında fibroadenomlar çevre meme dokusundan kolayca ayırt edilebilen kapsüllü görünüm verirler.

Memede yeni farkedilmiş fibroadenomlu genç kadınlar için kanser riski oldukça düşüktür ve bu durum tedaviyi etkileyecek bir durum değildir. Fibroadenomların sınırları genellikle iyi belirlenebilir. Bu tümörler en çok 40 yaşın altındaki kadınlarda tek ya da multipl kitleler şeklindedirler ve bu yaş grubunda en yaygın solit meme tümörüdür (1).

Tanı Yöntemleri

25 yaşın üzerine kadar olan hasta grubunda yalnızca klinik tanı yeterlidir. Bu dönemden sonra karsinomun ekartasyonu için patolojik bilgiye gereksinim vardır.

İğne aspirasyonunda sıvı içermemesi

kistlerden ayırt ettirir. Mammografi kist ve fibroadenomları ayırmada çok az yardımcıdır, buna karşın ultrasonografi (USG) genellikle kist kavitesini açık olarak gösterir. Makroskopik görünüm ve histopatoloji fibroadenomu ayırt ettiricidir. Makroskopik olarak tümör kapsüllüdür ve lobüle olabilir. Histolojik olarak değişik oranlarda epitelial ve stromal proliferasyon gösterirler. Yaşlı kadınlarda lezyonlar yoğun fibrozis ile birlikte kalsiyum depoları bulundurulabilirler. Fibroadenomların malign potansiyelleri olmadığı bilinmesine karşın epitelial elementler malignite riski taşıyabilirler.

Mammografi

Fibroadenomlar klinik olarak genç kadınlarda görüldüğünden rutin tanıda mammografinin yeri yoktur. Orta yaşlı hastalarda fibroadenomlar radyografide soliter bir lezyon şeklinde görülürler, daha ileri yaşlarda ise kalsifiye olarak görünür hale gelirler (4).

Dinamik Magnetik Rezonans

Mammografi

Fibroadenomların meme ultrasonografisi ve mammografideki görünümleri oldukça iyi bilinmektedir. Tanıda kullanılan bir yöntem de dinamik MR mammografidir. Ancak vaskülarizasyonu fazla olan fibroadenomlar karsinoma benzeri görünüm vererek yanlış sonuçlara neden olabilir. Fibroadenomların %20'si dinamik MR mammografide invaziv karsinomayı taklit ederler. Meme MR'sinin sensitivitesi; %88-100 iken spesifitesi; %37-97 arasında değişmektedir. Bugün meme MR'sinin memenin palpabl ya da mammografik olarak lokalize edilebilir lezyonlarında yeri yoktur (5).

İnce İğne Aspirasyon Biyopsisi (İİAB)

Meme lezyonlarına genellikle palpasyon, mammografi ve USG ile tanı konulur. Ek olarak malignite kuşkusu olan lezyonlarda İİAB, kor biyopsi ya da açık biyopsi de yapılmaktadır. İİAB, bu incelemeler arasında anahtar rolü olan bir yöntemdir. Basit, çabuk uygulanabilir, ucuz, etkili ve görece olarak ağrısız bir prosedürdür. İİAB benign ve malign lezyonlarda yüksek spesifite oranlarına sahiptir (1,2).

İİAB; stereotaktik ya da USG kılavuzluğunda yapılabilir. USG kılavuzluğunda İİAB; palpabl olmayan lezyonlarda da uygulanabilir. İİAB ile yetersiz örneğin alınması

olasılığı %58-98 olup bu oran farklılığı operatörün deneyimi, aspirasyon tekniği, tümör boyutu ya da tümörün histolojik tiplerine göre değişmektedir. Karakteristik özellikleri iyi belirlenmiş olmasına karşın fibroadenomların ince iğne aspirasyon sitolojisi tanıda bir takım güçlükler ve karsinoma ile karışıklık yaratabilir. Sitolojik tanıda klinik görünüm ve hastanın yaşı önemlidir. Fibroadenomlarda sellüler atipi genellikle daha yaşlı kadınlarda görülür. Bu atipi metaplastik değişiklikler, inflamatuvar reaksiyonlar, hormonal stimülasyon yanıtları, fokal sekretuar aktivite ve gerçek preneoplastik atipiden kaynaklanabilir (3,4).

Renkli Doppler USG

Doppler USG ile yapılan meme incelemelerinde 13 mm'den küçük kitlelerde kan akımı maligniteyi desteklemektedir. Yapılan çalışmalarda doppler USG ile fibroadenomlar gibi benign meme kitlelerinde kan akımı ölçümü malignitelere göre daha az tanı değeri taşımaktadır. Çünkü fibroadenomlar malignitelere göre daha az damarlanma gösterirler. Renkli doppler USG küçük meme kitlelerinin tanısında yardımcıdır ancak maligniteyi kesin ayırt ettirmez ve daha ileri çalışmalara gereksinim vardır (6).

Kor Biyopsi

Kor biyopsi ele gelmeyen mammografik anomalilerde artan bir popülariteye sahiptir ve cerrahi eksizyona bir seçenek gibi görünmektedir. Ancak doku örneklemeyle elde edilen bulgular, yanlış negatif sonuçlardan kaçınmak için dikkatle değerlendirilmelidir (1,2).

Meme USG

Palpabl meme kitleleri ve normal ya da anormal mammografik bulguların olduğu olgularda mammografiye yardımcı en önemli inceleme USG'dir. 1 cm'den daha küçük çaplı karsinomların sonografi ile tanınmaları güçtür. Benign tümörlerde, örneğin fibroadenomlarda; yuvarlak ya da oval, oldukça hipoeoik lezyon, psödokapsüllü, homojen internal eko, posterior akustik gölgelenme göstermeyen karakteristik sonografik bulgular vardır. Malignitelere tipik olarak irregüler kenar, hipoeoikenite, posterior akustik gölgelenme vardır (1,2).

İntraoperatif USG

Bu işlemlerle hastaya operasyon sırasında lokalizasyon yapılmaktadır ve hastanın



Memede fibroadenomun yerleşimi



Fibroadenomun patolojik görünümü.

pozisyon değişikliğinden doğabilecek iğne ya da telin yanlış yer değişiklikleri önlenmektedir. Ayrıca olası yetersiz eksizyon ya da pnömotorakstan da kaçınılmış olmaktadır. İşlem, genel ya da lokal anestezi altında uygulanmış olacağından herhangi bir stres ya da rahatsızlık hissinden hasta korunmuş olacaktır. Lokalizasyon için kullanılan iğne intraoperatif sonografi ile doğruca kitle içine uygulanabilecektir ve yanlış lokalizasyondan kaçınılmış olacaktır. Oldukça çabuk yapılabilen bir işlemdir.

Ultrastrüktürel Çalışmalar

Yapılan klonal analiz çalışmalarında fibroadenomlarda poliklonal epitelial ve stromal hücrelere rastlanırken buna karşılık örneğin filloid tümörlerin poliklonal epitelial hücreler ve monoklonal stromal hücrelerden oluştuğu saptanmıştır. Fibroadenomun histolojik incelemelerinde bir lobülün hiperplazisine benzediği, filloid tümörün ise epitelial hücrelerin değil stromal hücrelerin neoplazmi olduğu saptanmıştır. Van Agthoven ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada malign olmayan 22 dokunun analizinde fibroadenom olan sekiz olguda luminal hücrelerde östrojen reseptörü ve myoepitelial hücrelerde epidermal büyüme faktörü (EGF) reseptörleri bulunmuştur. Ayrıca progesteron reseptörü de saptanmıştır. Bu da malign hücrelerde bulunan bu reseptörlerin aynı zamanda fibroadenom gibi benign lezyonlarda da olabileceğini ve normal meme duktuslarında büyüme ve farklılaşmada rol oynayabileceğini düşündürmektedir, ancak ileri çalışmalara gereksinim vardır.

Tedavi

Bazı araştırmacılar fibroadenomların tamamının çıkarılmasını savunmaktadırlar. Bazıları ise kesin tanının İİAB ile konulup, genç yaşlarda görülmesi nedeniyle bu yaşlardaki kadınlarda meme kanseri insidansının az olduğu düşünülerek fibroadenomların dönemler halinde izlenebileceğini savunurlar. Bu tümörler gerileyecekleri gibi, çoğu

değişmeden kalmaktadır. Lezyon giderek büyüyorsa genellikle eksizyon önerilmektedir. Çoğu cerrahi ekol 2-3 cm'lik fibroadenomların dikkatli klinik inceleme sonrasında izlenebileceğini, bu durumun en fazla 25-35 yaşları arasında olabileceğini, bundan sonra ise eksizyonun düşünülmeğe başlanması gerektiğini savunmaktadırlar. 35 yaşın altındaki kadınlarda koruyucu yaklaşım uygun olacaktır. Eğer fibroadenomlar tedavi edilmeksizin bırakılırlarsa büyümeleri beş yıllık bir süre içerisinde çok yavaş olarak gerçekleşecektir.

Dev fibroadenomlar güvenli bir şekilde kozmetik olacak bir insizyonla çıkarılabilirler ve çok az lokal nüks riski taşırlar. Bu kitlelere submammarian bir insizyonla kolayca ulaşılabilir. Geniş eksizyon ya da mastektomi, basit mastektomi gibi işlemler kontrendikedir. Flep rotasyonları ve protezler de uygun yöntemler değildir. Kalan meme dokusu genellikle bir ya da iki yıl içinde normal konfigürasyonuna dönmektedir. Lokal olarak yineleme ya da metastaz bildirilmemektedir (1,2).

Cerrahi eksizyona bir seçenek olarak gösterilen sitolojik tanı ile fibroadenomlar klinik olarak izlenebilmektedirler ve fibroadenomların neoplastik lezyonlar olmadığı ve zaman içinde geriledikleri bilinmektedir. Fibroadenomların cerrahi tedavisinde tümörün çıkarılması olguların çoğunda yeterli işlem olup izleyen dönemde lokal yineleme alışılmış bir durum değildir. Çok ender durumlarda biyopsi bölgesinde tümör nüksü görülür. Böyle durumlarda bir takım etmenler söz konusu olabilir; ilk olarak gerçekte metakronöz bir fibroadenom gelişebilir, ikinci olarak orijinal tümör tam olarak çıkarılmamıştır ya da operasyonda atlanmıştır ve son olarak tanısı önceden konulamamış bir filloid tümör söz konusudur. Yineleyen tümör genellikle daha çok sellüler stroma içermektedir. Bu tümörlerde reeksizyon yapılmalıdır (1,2).

sted

**Her hastayı gülümseterek göndermeye çalışın,
durum ne denli acıklı olursa olsun!**

Bilge Doktor