

ASİMETRİK MEME NEDENİ OLARAK HAMARTOM: İKİ OLGU SUNUMU

Osman LATİFOĞLU, Sühan AYHAN, Şakir ÜNAL, Mustafa CÖMERT*, Sibel YENİDÜNYA**, Seyhan ÇENETOĞLU, Kenan ATABAY

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi, Genel Cerrahi * ve Patoloji **A.D., Ankara

ÖZET

Meme hamartomu, gerek klinik, gerek histopatolojik açıdan nadir bir olgudur. Bu çalışmada, meme asimetrisi nedeniyle başvuran ve uygun yaklaşımlarla asimetri nedeninin hamartom olduğu anlaşılan ve hamartom eksizyonu ile meme rekonstrüksiyonu yapılarak meme simetrisi sağlanan iki hasta sunulmaktadır. Ayrıca, hamartomların klinik ve histopatolojik açıdan literatürdeki yeri ile bu benign tümöre estetik açıdan yaklaşımın önemi vurgulanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Meme, hamartom

GİRİŞ

Meme hamartomu, iyi sınırlı, histolojik olarak meme kanalları ve lobülleri, fibröz stoma, yağ ve düz kas dokusundan oluşan benign bir meme tümörüdür¹. Mammografik görünümünde tipik ve ayırıcı olarak fibröz kapsül ile çevrelenen nodüler lezyonun bir halka halinde meme dokusundan ayrılması nedeniyle bu görünüme "meme içinde meme" adı da verilmektedir^{2,3}. Önceleri mastoma, adenolipoma, fibrolipoma, fibroadenolipoma ve postlaktasyonel meme tümörü olarak da anılan¹ bu tümör 1971'de Arrigoni¹ ve Albrecht² tarafından hamartom olarak adlandırılmıştır.

Meme hamartomu, nadir rastlanan bir tümör olup, 1971'den bu yana 140 civarında olgu bildirilmiştir¹⁻⁹. İnsidansı tam olarak belirlenememekle birlikte mammografik serilerde bunun 4-8/10.000 olduğu görülmektedir^{1,2}. Sadece kadınlarda bulunan bu tümör, 13-88 yaşları arasında görülmekte ve çeşitli serilerde ortalama görülme yaşının 38-45 arasında olduğu bildirilmektedir¹⁻⁸. Bugüne dek yayımlanan olgular göz önüne alındığında, hastaların sıklıkla ağrısız kitle yakınmasıyla, özellikle Genel Cerrahi kliniklerine başvurmakta olduğu, ağrılı kitle, memede ağrı ve ödem, meme başından akıntı ve çekinti gibi yakınmalarla daha az karşılaşıldığı anlaşılmaktadır². Ortalama kitle çapı, literatürde çeşitli serilerde 5.1-9.2 cm arasında bildirilmekle birlikte; bugüne kadar yayımlanan en büyük meme hamartomu 18 cm çapında ve 1400 gr

SUMMARY

Hamartomas Causing Breast Asymmetry: Two Case Reports
Hamartoma of the breast is an unusual clinicopathological entity. In this report, two patients presenting with breast asymmetry and hamartoma of the breast and the surgical approach are described. An overall review of hamartomas including the histopathological point of view is also given. The importance of aesthetic approach to this benign tumor is emphasized.

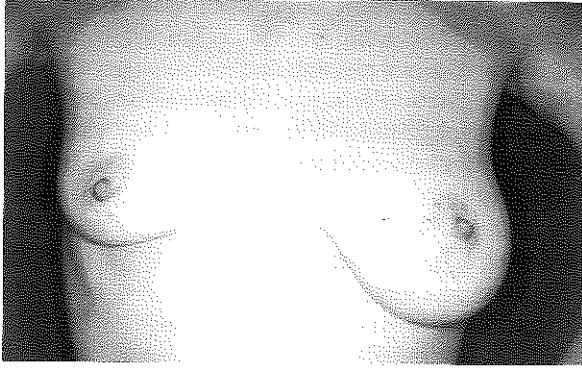
Key Words: Breast, hamartoma

ağırlığındadır⁴. Genellikle soliter kitle şeklinde görülmesine karşın, yüzde multiple papüller, gingival papilloma, akral keratozlar ve diğer hamartomatöz lezyonlardan oluşan ve yüksek oranda meme ve tiroid kansinomu riski taşıyan multiple hamartom sendromunun (Cowden Sendromu) bir parçası olarak da rastlanabilir^{4,5}.

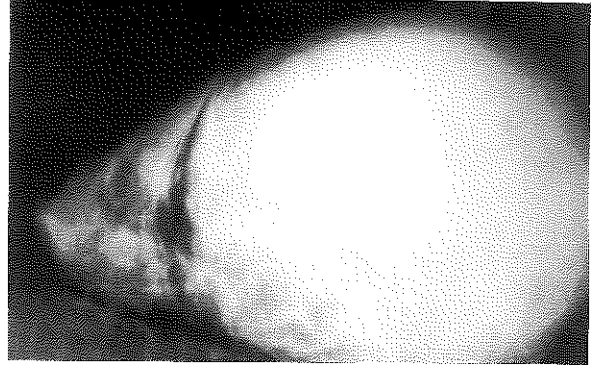
OLGU SUNUMU

Olgu 1: Yirmiyedi yaşında, evli ve 3 yaşında bir çocuk annesi olan hasta, sol memesinde, iki yıl önce laktasyonun sona ermesinden sonra farkettiği, giderek büyüyen, ağrısız bir kitle yakınmasıyla başvurduğu Genel Cerrahi kliniğinden kliniğimize gönderildi.

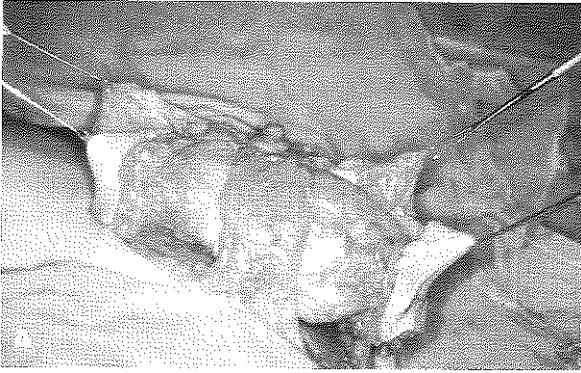
Fizik muayenede, iki meme arasında belirgin asimetri ve sol memede alt kadranların ikisini de tümüyle dolduran, sınırları ayırdedilemeyen, fibrokistik değişikliklerle uyumlu bulgular saptandı (Şekil 1). Memenin ultrasonografik incelemesinde, palpe edilen lezyona karşılık gelen, belirgin kapsül yapısı göstermeyen ancak iyi sınırlı, glandüler, yağ ve fibröz doku komponentleri içeren dev kitle izlendi. Mammografide, bu kitlenin 11x11x13 cm boyutlarında çok iyi sınırlanan, kalsifikasyon göstermeyen, heterojen dansitede bir kitle olduğu gözlemlendi (Şekil 2). Manyetik rezonans görüntülemeye ise, düzgün konturlu olan bu kitlenin içinde, özellikle orta kesimlerinde septalar, yoğun protein ve yağ içeren tübüler ve kistik yapılar dikkati çekti ve benign karakterde kontrastlanma paterni



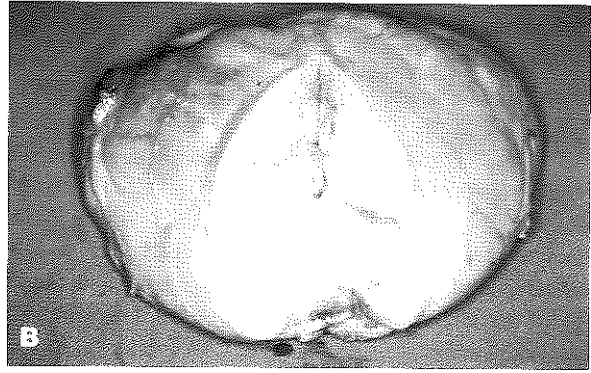
Şekil 1: Birinci olgunun preoperatif önden görünümü.



Şekil 2: Kitlenin mammografik incelemesinde tipik "meme içinde meme" görüntüsü dikkati çekmektedir.



Şekil 3: Kitlenin peroperatif görünümü (A). Total olarak çıkarılan kitlenin kemiksi beyaz renkli, düzgün yüzeyli solid bir tümör olduğu; kesitinde yer yer meme ve yağ dokusu benzeri dokular ve kistik yapılar içerdiği görülmektedir (B).



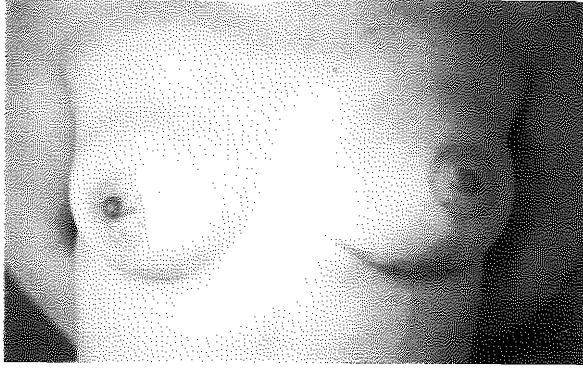
olduğu görüldü. Klinik ve radyolojik olarak hamartom veya cystosarcoma phylloides olarak düşünülen olguda, sol memeye McKissock küçültme mammaplastisi tekniğine uygun olarak çizim yapıldı ve çıkartılacak bölümler belirlendikten sonra ekzizyon alanına giren alt lateral kadrandan, lokal anestezi ile insizyonel biyopsi yapıldı. Biyopsi sonucu hamartom olarak rapor edilen hasta, iki hafta sonra genel anestezi altında ameliyata alındı. Sol memede McKissock tekniğine uygun olarak deri ekzizyonları yapılan hastada, tümör nipple-areola kompleksi ve dermal pedikül altından tümüyle eksize edildi (Şekil 3A). Kitlenin makroskopik olarak, 13x11 cm boyutlarında ve 450 gr ağırlığında, sert kıvamda, kemiksi beyaz renkli, düzgün yüzeyli solid bir tümör olduğu; kesitinde yer yer meme ve yağ dokusu benzeri dokular ile kistik yapılar içerdiği gözlemlendi (Şekil 3B). Tümörün boşalttığı volümü doldurmak amacıyla sol memede pektoral fasyanın üzerine 220 cc, düşük profilli, jel içeren, yuvarlak, pürtüklü meme protezi yerleştirildi. Sağ memeye ise memealtı insizyonu kullanılarak subglandüler plana 190 cc, düşük profilli, jel içeren, yuvarlak, pürtüklü meme protezi yerleştirildi.

Histopatolojik incelemede, tümörün iyi sınırlı, fibröz bağ dokunun yanısıra meme lobül ve kanallarını içeren

bir tümör olduğu görüldü. Fibroadenomlarda görülen tersine epitel yapısında nodüler düzenin olmadığı izlendi. Bazı alanlarda, epitelin hücreden fakir bir fibröz stroma içinde lobuler bir şekilde bulunduğu gözlemlendi. Stroma içindeki damarların sayıca arttığı, dilate olduğu ve tümörün adipoz dokudan fakir olduğu dikkati çekti (Şekil 4). Bu bulgular doğrultusunda histopatolojik tanı



Şekil 4: Histopatolojik incelemede, stroma içinde lobüler yapının korunmuş olduğu ve arada kistik dilatasyonlar gösteren duktuslar izlenmektedir. (Hematoksilen-eozin, x 100)



Şekil 5: Birinci olgunun postoperatif 3. ayda önden görünümü.

hamartom olarak rapor edildi.

Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon görülmedi. Postoperatif 6. haftada estetik görünüm hem hasta, hem de doktor açısından başarılı bulundu. (Şekil 5)

Olgu 2: Otuzdokuz yaşında, evli ve iki çocuk annesi olan hasta, sağ memesinde, üç yıl önce farkettiği, giderek büyüyen, ağrısız bir kitle yakınmasıyla başvurdu. Fizik muayenede, iki meme arasında belirgin asimetri ve sağ memeyi hemen tümüyle dolduran kitle lezyonu saptandı (Şekil 6.A). Memenin ultrasonografik incelemesinde, palpe edilen lezyona karşılık gelen, belirgin kapsül yapısı göstermeyen ancak iyi sınırlı, glandüler, yağ ve fibröz doku komponentleri içeren dev kitle izlendi. Mammografide, bu kitlenin 20x16x4 cm boyutlarında iyi sınırlı, kalsifikasyon göstermeyen, heterojen dansitede bir kitle olduğu gözlemlendi. Klinik ve radyolojik ön tanı olarak hamartom düşünüldü.

Hasta genel anestezi altında ameliyata alındı ve sağ memede Wise paterni ile McKissock tekniğine uygun insizyonlar kullanılarak, tümör nipple-areola kompleksinin dermal pedikülü altından tümüyle eksize edildi. Çıkartılan kitlenin makroskopik olarak, 20 cm çapında, 4 cm kalınlığında ve 900 gr ağırlığında, kapsüllü görünümde, pembe-beyaz renkte, yumuşak kıvamda,

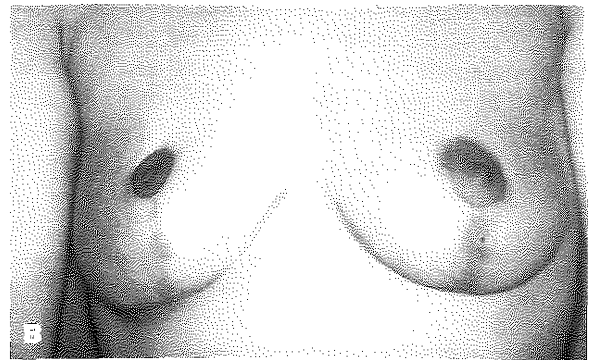
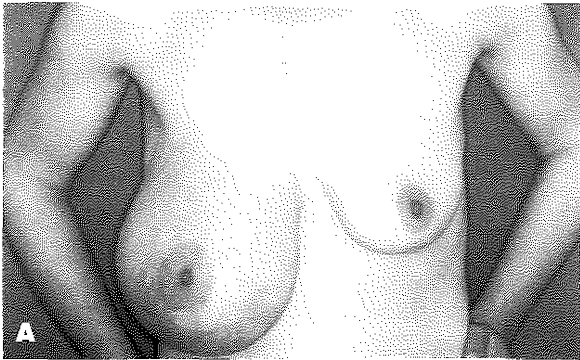
kesitinde yer yer meme ve yağ dokusu benzeri dokular ile kistik yapılar içerdiği gözlemlendi. Sağ memeye küçültme mammaplastisi, sol memeye de mastopeksi uygulanarak simetri sağlandı. Postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon görülmedi. Postoperatif 6. haftada estetik görünüm hasta ve doktor açısından başarılı olarak değerlendirildi. (Şekil 6B).

Histopatolojik incelemede, tümörün iyi sınırlı olduğu ve içinde eozinofilik hyalinize yoğun bir stromanın yanı sıra seyrek lobüller ve yer yer kistik genişlemeler ile apokrin metaplazi gösteren duktuslar gözlemlendi. Stromada bazı alanlarda olgunlaşmış yağ dokusu izlendi. Bu bulgular doğrultusunda histopatolojik tanı hamartom olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

Meme hamartomu, histopatolojik açıdan ilginç ve sıradışı olarak değerlendirilen bir tümördür. Kapsüllü bir tümör olan hamartomun kistik ve atrofik değişiklikler gösteren meme lobül ve kanalları gibi epitelial; fibröz ve adipöz dokular ve düz kas dokusu gibi mezenseyal komponentleri olmakla birlikte; dört ayrı histolojik paterni tanımlanmıştır. En sık görülen tip, kapsül ile sınırlanmış ve fibrokistik değişikliklerle karakterize meme dokusundan oluşmaktadır. İkinci sıklıkta rastlanan histolojik tip, fibroadenomanın tipik özelliklerini sergilemekte, ancak olgunlaşmış yağ dokusunu da içermektedir. Üçüncü tip de fibroadenomaya benzemekle birlikte, tümör içinde normal meme lobülleri de bulunmaktadır. Dördüncü sırada bulunan ve en seyrek rastlanan tip, yağ dokusu içinde dağınık olarak yerleşmiş meme kanal ve lobüllerinden oluşan iyi sınırlı adenolipomlardır. Bu sınıflamaya göre, sunulan ilk olgu birinci tip, ikinci olgu ise ikinci tip hamartom olarak değerlendirilmiştir. Bu gruplar içinde en sık görülen fibrokistik değişikliklerin kapsül ile sınırlanmış tipi daha çok reproduktif ve postmenopozal yaşlarda rastlanan histolojik tiptir. Genç hastalarda ise fibroadenom benzeri tiplere daha çok rastlanır^{2,6}.

Meme hamartomlarının laktasyonla ilişkisi tartışma



Şekil 6: İkinci olgunun preoperatif (A) ve postoperatif 6. hafta (B) görünümü.

konusudur. Bazı yayınlarda bu tümörün laktasyonun sona ermesinden ya da menopoza girdikten sonra, özellikle bir memede görülebildiği vurgulanırken⁷, diğer yayınlarda bu ilişkinin oldukça nadir olduğu ve kanıtların çok kesin olmadığı üzerinde durulmaktadır². Ancak bu ilişki nedeniyle literatürde postlaktasyonel meme tümörü olarak da adlandırıldığı bilinmekte ve bu yazıda sunulan olgularda da, hamartomun postlaktasyonel dönemde ortaya çıkmış olduğu görülmektedir. Meme hamartomları premalign lezyonlar olmamakla birlikte; meme dokusunun glandüler elemanlarını içerdiğinden normal meme dokusunda olduğu gibi malign değişiklikler görülebilir⁷.

Meme hamartomlarının tedavisi genellikle cerrahi enükleasyondur. Her ne kadar büyük tümörlere bile kolayca enükleasyon uygulanabilse de, tümör çıkartıldıktan sonra bir miktar deformite kaldığı bildirilmektedir⁷. Bu nedenle cerrahi girişim için seçilen insizyon özellikle memelerde asimetriye neden olan büyük tümörlerde önem kazanmaktadır. Benign bir tümör olduğu göz önüne alındığında, hastanın estetik kaygısını gözardı ederek, plastik cerrahi prensiplerine uyulmaksızın gerçekleştirilecek cerrahi girişimler, deforme ve asimetrik memelere neden olacaktır. Bu nedenle, tümör eksizyonu gerçekleştirirken, aynı zamanda meme simetrisini sağlamak amacıyla, meme küçültme ve/veya büyütme ile birlikte meme protezlerinin kullanılması, karşı memeye mastopeksi uygulanması gibi seçenekler akla getirilmeli ve hasta ile tartışılmalıdır. Bu hastaların ilk olarak Genel Cerrahi kliniklerine başvurdukları düşünülürse, bu konunun özellikle Genel Cerrahlar tarafından bilinmesinde yarar vardır. Konuya Plastik Cerrahi açısından bakıldığında ise, asimetrik meme yakınımasıyla başvuran hastalarda fizik muayene ile kitle farkedilemeyebilmekte ve standart meme küçültme veya mastopeksi uygulanmasına karşın,

asıl patoloji gözden kaçabilmektedir. Bu nedenle asimetrik meme yakınımasıyla başvuran hastalara yaklaşımda, fizik muayeneden sonra, mammografik inceleme ile diğer radyolojik tetkiklerin yapılması ve tümör saptandığı takdirde, uygun teknik seçilerek tümör eksizyonu ile birlikte simetrisinin sağlanması, hastaların ameliyat sonrası görünimleri ile psikolojik durumları açısından olumlu sonuçlar doğuracaktır.

*Yrd. Doç. Dr. Osman LATİFOĞLU
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi A.D.
06500 Beşevler - ANKARA*

KAYNAKLAR

1. Riveros, M., Cubilla, A., Perotta, F., Solalinde, V.: Hamartoma of the breast. *J. Surg. Oncol.* 42: 197, 1989
2. Paraskevopoulos, J.A., Hosking, S.W., Stephenson, T.: Breast within a breast: A review of breast hamartomas. *Br. J. Clin. Pract.* 44: 30, 1990
3. Fisher, C.J., Hanby, A.M., Robinson, L., Millis, R.R.: Mammary hamartoma-a review of 35 cases. *Histopathology* 20: 99, 1992
4. Thirumavalavan, V.S., Rufaie, A.L.: An uncommon benign breast tumor-hamartoma. *Br. J. Clin. Pract.* 47: 44, 1993
5. Mallory, S.B.: Cowden Syndrome (multiple hamartoma syndrome). *Dermatol. Clin.* 13: 27, 1995
6. Jones, M.W., Norris, H.J., Wargotz, E.S.: Hamartomas of the breast. *Surg. Gynecol. Obstet.* 173: 54, 1991
7. Scutt-Conner, C.E.H., Powers, C., Subramony, C., Didlake, R.H.: Changing clinical picture of mammary hamartoma. *Am. J. Surg.* 165: 208, 1993
8. Helvie, M.A., Adler, D.D., Rebner, M., Oberman, H.A.: Breast hamartomas: Variable mammographic appearance. *Radiology* 170: 417, 1989
9. Gogas, J., Markopoulos, C., Gogas, H., Skandalakis, P., Kontzoglou, K., Stavridou, A.: Hamartomas of the breast. *Am. Surg.* 60: 447, 1994