

# Bir adölesanda memenin dev sistosarkoma filloides tümörü: Olgu sunumu

Sevgi BÜYÜKBESE SARSU\*, Mehmet ERGUN PARMAKSIZ\*, Ramazan UÇAK\*\*

\*Gaziantep Çocuk Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Gaziantep

\*\*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

## Özet

Tüm yaş gruplarında ender görülen memenin sistosarkoma filloides tümörüne adölesan dönemde çok daha az rastlanır.

On üç yaşındaki Suriyeli kız çocuğu son iki aydan bu yana sol memede ağrısız hızla büyüyen kitle yakınması ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede, sol memede belirgin asimetriye neden olan üst dış ve alt dış kadranı tamamıyla dolduran yaklaşık olarak 10x6 cm'lik kıvamı sert, mobil, düzenli sınırlı kitle saptandı. Yapılan meme ultrasonografi (USG) görüntüsünde sol memede 10,5x5,5 cm'lik, yüzeysel yerleşimli, lobüle konturlu, heterojen hipoekoik solid kitle tespit edildi. Laboratuvar tetkikleri normal sınırlardaydı. Genel anestezi altında, cilt ve cilt altı kesisi yapıldı ve çevre dokulara yapışık, yüzeyi lobüle konturlu kitle, çevre sağlam meme dokusu ile birlikte total olarak çıkarıldı Ameliyat sonrası komplikasyon yaşanmayan hastanın histopatolojik değerlendirilmede gözlenen atipi ile beraber stromal proliferasyon bening filloides tümörü ile uyumluydu. Cerrahi sınırlarda tümör saptanmayan hastanın ameliyat sonrası 1. yıl takibinde nükse rastlanmadı.

Adölesan döneminde memede kitle nedeniyle kabul edilen hastalarda ayırıcı tanıda ender görülen filloides tümörü düşünülmelidir. Tedavide normal meme dokusu sınırlarının sağlandığı geniş cerrahi eksizyon yapılması ve nüks gelişimi açısından yakın takip önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** Meme tümörü, Filloides tümör, parsiyel mastektomi, adölesan

## Giriş

Filloides tümör (FT), tüm primer meme neoplazm-

**Adres:** Uzm. Dr. Sevgi Büyükbese Sarsu, Atatürk Mah., Adnan İnanıcı C1107 Sok., Büyükbese Apt. 4/8, Gaziantep  
**Alındığı tarih:** 16.10.2015  
**Kabul tarihi:** 24.11.2015

## Summary

**A giant cystosarcoma phylloides of the mammary gland in an adolescent: A case report**

Cystosarcoma phylloides of the mammary gland is very rarely seen in all age groups, and even much more rarely during adolescence.

A 13-year-old Syrian girl consulted to our department with complaints of rapidly growing painless mass in her left breast for the previous 2 months. On physical examination, a solid, mobile compact mass with regular contours measuring nearly 10x6 which filled the upper, and lower outer quadrants of the left breast, and caused a prominent asymmetry was found. On breast ultrasonograms (US), a heterogenous hypoechoic superficial solid mass measuring 10.5x5.5 cm with lobulated contours in the left breast was detected. Laboratory test results were within normal limits. Under general anesthesia, skin, and subcutaneous incisions were made and the mass with lobulated contours which adhered to the surrounding tissues were totally excised together with the healthy peripheral mammary tissue. Postoperative complication was not encountered, and on histopathological evaluation cellular atypia together with stromal proliferation was consistent with benign phyllodes tumour. Any evidence of tumour was not detected on surgical margins, and tumour recurrence was not encountered up to the 1. year of the postoperative follow-up period.

In the differential diagnosis of the patients admitted with the indication of a breast mass, rarely seen cystosarcoma phyllodes should be also taken into consideration In the treatment an extensive surgical excision encompassing the contours of the healthy mammary tissue, and also close follow-up of the patient regarding the development of recurrences are important issues.

**Key words:** Breast tumor, phyllodes tumor, partial mastectomy, adolescent

larının % 1'inden daha ender görülen fibroepitelyal bir meme tümörüdür<sup>(1-3)</sup>. Tümörü, ilk olarak Chelios 1828'de memede kist hidatik benzeri yapı olarak tanımlamış olsa da literatürde Sistosarkoma Filloides ismini ilk olarak 1838 yılında Johannes Müller vermiştir<sup>(3,4)</sup>. Genelde üçüncü ve dördüncü dekatlarda rastlanılan bu hastalıkla enderen de olsa adölesan

dönemi ve öncesinde de karşılaşılabilmektedir <sup>(5)</sup>. Kısa zamanda hızla büyüyen bu tümörler, düzenli sınırlı, ağrısız, sert ve mobil kitlelerdir <sup>(4,6)</sup>. Adölesanlarda memede kitle oluşturan nedenlerin başında fibroadenomlar yer alırken, bunu memenin fibrokistik hastalığı ve mastit takip etmektedir.

Bu çalışma, memede kitle nedeniyle başvuran bir adölesan kızda, kitle ayırıcı tanısında FT'de düşünülmesi gerektiğini ve tümör nüksünün önlenilmesinde uygulanacak cerrahi yaklaşımının önemini vurgulanması amacıyla literatür eşliğinde sunulmuştur.

### Olgu Sunumu

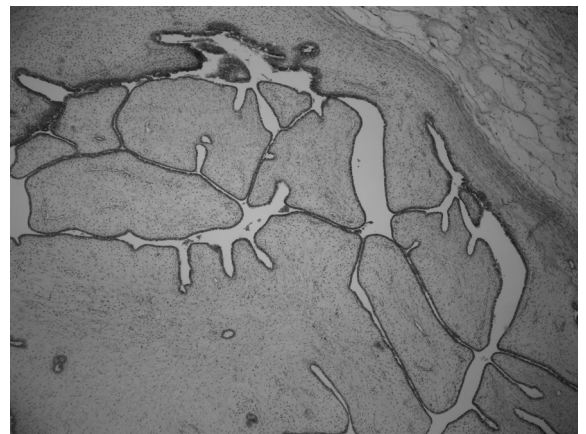
On üç yaşındaki Suriyeli kız çocuğu, son iki aydan bu yana sol memede ağrısız hızla büyüyen kitle yaklaşması ile hastanemize başvurdu. Anamnezinden ailede meme ve over kanseri olmadığı öğrenildi. Fizik muayenede, sol memede belirgin asimetriye neden olan üst dış ve alt dış kadranı tamamıyla dolduran yaklaşık 10x6 cm boyutlarında, sert kıvamlı, düzenli sınırlı, mobil kitle palpe edildi. Lenf adenomegali açısından aksiller muayenede ve karşı taraf meme muayenesinde patolojik bulguya rastlanmadı. Meme ultrasonografisinde; sol memede 10,5x5,5 cm boyutlarında, cilt altında yüzeysel yerleşimli, lobüle konturlu, heterojen hipoeoik solid kitle tespit edildi. Laboratuvar tetkik sonuçları normal sınırlardaydı.

Genel anestezi altında, areolanın alt sınırı boyunca yapılan cilt ve ciltaltı yarım kesisi ile kitleye ulaşıldı. Çevre dokulara yapışık yüzeyi lobüle konturlu 11x6,5x5 cm boyutlarındaki kitle, 1 cm'lik çevre sağlam meme dokusu ile birlikte total olarak çıkarıldı (Resim 1). Kontinu subkutiküler olarak cilt kapatıldı. Hasta postoperatif üçüncü gün sorunsuz taburcu edildi. Histopatolojik değerlendirmede stromal proliferasyon ve sellülaritede artma (Resim 2) ile meme dokusundan ayrılan, çevresi kistik boşlukları anımsatan, yapraksı görünümlü, fibroepitelyal proliferasyon (Resim 3) izlendi. Epitelde ve stromada fokal alanlarda hafif atipi ile 10 büyük büyütme alanında ortalama 1-2 mitotik aktivite mevcuttu. İmmünohistokimyasal olarak stromada sellüler alanlarda CD-34 ve SMA pozitif reaksiyon gözlenen olgu, benign FT olarak raporlandı. Üçüncü ve altıncı aylarda yapılan poliklinik izleminde memede şekil bozukluğu/asimetri olmadığı saptandı (Resim 4). Cerrahi sınırlarda

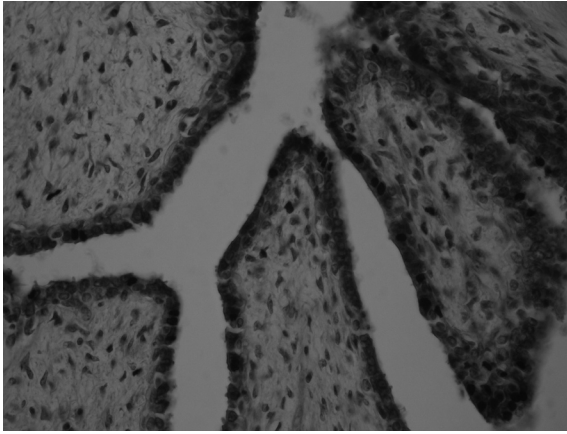
tümör saptanmayan hastanın ameliyat sonrası birinci yıl izleminde nüks yoktu.



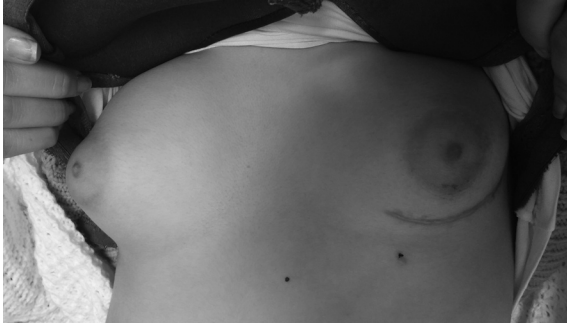
Resim 1. Ameliyat sırasında çıkarılmakta olan kitlenin makroskopik görünümü.



Resim 2. Meme dokusundan ayrılan, çevresinde boşluklar bulunan, yaprak görünümlü fibroepitelyal proliferasyon, HEx40.



**Resim 3.** Epitelyal ve stromal proliferasyonun-sellülaritenin-yoğunlaştığı odaklar, HEx400.



**Resim 4.** Olgunun postoperatif üçüncü ayda görünümü.

## Tartışma

Memenin FT'ü çoğu zaman hızlı büyüyen, sınırları düzgün ve fikse olmayan fibroepitelyal bir tümördür<sup>(4,6)</sup>. Fibroepitelyal neoplazmların gelişmesinde östrojen ve diyet risk faktörleri olarak bilinse de, bu durum adölesan yaş grubunda kesinlik kazanmamıştır. Ancak anne ya da büyükannesinde over kanseri bulunması, FT'e genetik predispozisyonun habercisidir. Olgumuzun aile özgeçmişinde tümör öyküsü mevcut değildi.

FT çok ender bir tümör olup, nüks etme potansiyeline sahiptir<sup>(3,4)</sup>. Bilateral ve multifokal olgular bildirilmiş olsa da genellikle tek memede görülür. Büyüklükleri 1 cm olabileceği gibi 40 cm'nin üzerinde de görülebilen bu tümörlerin ortalama çapları 4 cm'dir<sup>(3,4)</sup>. Olgumuzda tümör çapı 11x6,5x5 cm çapında idi. Literatürde, olguların ortak semptomu memede palpe edilebilen kitledir. Diğer memede de kitle görülme olasılığı ender olarak bildirilmiştir<sup>(7)</sup>. Olgumuzda diğer memenin muayenesi ve radyolojik görüntüleme

çalışmalarında kitleye rastlanılmadı. Kitlenin en sıklıkla üst dış kadranda lokalize olduğu bilinmektedir. Olgumuzda memedeki kitle tek tarafta üst dış ve alt kadranda yer almaktaydı. Olgumuz 13 yaşında olup, literatürde de bildirildiği gibi ender görülen bir yaş grubundaydı.

Tanı koymak için, ince iğne aspirasyon biyopsisi, ultrasonografi ve mamografi yeterli olmayabilmektedir. Olgumuzda kitlenin oldukça büyük olması nedeniyle ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılmadı. Mamografi ise hasta yaşının küçük olması ve kitlenin normal meme dokusuna göre çok büyük olması nedeniyle yapılmadı. Ultrasonografide, hipoeoik solid lobüle nodül ve aralıklı kistik sahalar heterojen bir görünüm ile karakterizeydi. Son yıllarda MR görüntüleme çalışmalarında benign FT'leri ve fibroadenomlar arasında MR bulguları bakımından belirgin farklılık saptanamamıştır<sup>(8)</sup>. Ancak malign FT'de benign olanlara kıyasla T1-ağırlıklı kesitlerde daha çok yüksek kontrast tutulumu saptanmıştır<sup>(9)</sup>. Bu nedenle, malign olgularda ayırıcı tanıda MR önemli olabilir. Tanı koymada esas olan, titizlikle yapılan histolojik değerlendirmedir.

FT'nü klinik olarak diğer meme tümörlerinden ayırt edebileceğimiz karakteristik bir özellik bulunmamaktadır, ancak histolojik değerlendirmede fibroadenomdan stromal hücrelerden zengin ve geniş yaprak benzeri stroma görünümünün olması ile ayırt edilir. Mastektomi, meme koruyucu cerrahi ya da adjuvan radyoterapi uygulaması konusunda ise hâlâ tam bir fikir birliği sağlanamamıştır.

Bu tümörler histopatolojik özellikleri dikkate alınarak benign, borderline ve malign şeklinde sınıflandırılırlar<sup>(10)</sup>. Benign FT'nde, her 10 büyük büyütme alanında izlenebilen mitoz sayısı 4'ten azdır, bunlar orta düzeyde stromal sellülarite ile hafif ya da orta stromal pleomorfizm gösteren, genellikle sınırlı tümörlerdir. Belirgin sellüler stroma ve büyük büyütme alanında 4-9 arasında mitoz var ise borderline, belirgin stromal sellülarite ve büyük büyütme alanında mitoz sayısı 10'dan fazla ise malign FT'üdür. Uzak metastaz gelişme insidansı, benign, borderline ve malign tipte sırası ile %3.2, %11.1 ve %28.6 olarak bildirilmiştir<sup>(11)</sup>. Yapılan histopatolojik incelemede, cerrahi sınırları negatif olarak değerlendirilen olgumuza benign FT tanısı konuldu. Adjuvan kemoterapi ve radyoterapi

uygulanmayan olgumuzun bir yıllık izleminde nüks gelişmedi.

Günümüzde ortak kabul gören tek etkili tedavi, sınırlarını normal meme dokusunun yaptığı geniş cerrahi eksizyondur<sup>(12,13)</sup>. Lenf nodu tutulumu ender olması nedeniyle rutin lenf nodu diseksiyonu önerilmemektedir<sup>(14,15)</sup>. Lokal nüks gelişiminde yaş, cerrahi yaklaşım, tümörün çapı ve mitotik aktivite önemli olsa da en önemli faktör, cerrahi sınırlarda tümör hücrelerinin pozitif olmasıdır. Lokal nüksü önlemek için, cerrahi sınırları negatif olacak şekilde tümörden en az bir cm uzaktan geniş eksizyon yapılması önerilmektedir<sup>(3,16,17)</sup>. En etkili tedavi olguların hastaneye erken dönemde başvurmaları, dolayısıyla meme kitlelerinin farkında olmaları ile olasıdır<sup>(18)</sup>.

Sonuç olarak, adölesanlarda memede kitle ayırıcı tanısında ender görülen FT de düşünülmelidir. Sınırlarını normal meme dokusunun oluşturduğu geniş cerrahi eksizyonun yapılması ve hastanın yakın izlemi; nüks potansiyeli olan bu tümörün takibi açısından son derece önemlidir.

## Kaynaklar

1. Tan PH, Tse G, Lee A, et al. Fibroepithelial tumours. In: Lakhani SR, Ellis IO, Schnitt SJ, Tan PH, van de Vijver MJ, editors. WHO Classification of Tumours of the Breast. 4th ed. Lyon France: IARC Press; p:142-7, 2012.
2. Szrajda M, Szyca R, Jasiński A, et al. A case of a giant phyllodes tumour of the breast *Contemp. Oncol* 2011;15:44-6.  
<http://dx.doi.org/10.5114/wo.2011.20531>
3. Nabi J, Q. Akhter Q, Authoy F. A case of large phyllodes tumor causing rupture of the breast: A unique presentation. *Case Rep Oncol Med* 2013;2013:1-4.  
<http://dx.doi.org/10.1155/2013/871292>
4. Khosravi-Shahi P. Management of non metastatic phyllodes tumors of the breast: review of the literature. *Surg Oncol* 2011;20:143-8.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.suronc.2011.04.007>
5. Abdelkrim SB, Trabelsi A, Bouzrara M, et al. Phyllodes tumour of the breast: A Review of 26 Cases. *World J Oncol* 2010;3:129-34.
6. Korpanty G, Power D, Murphy C, et al. Phyllodes tumor of the breast. *Med Oncol* 2011;28:62-4.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s12032-010-9695-9>
7. Mishra SP, Tiwary SK, Mishra M, et al. Phyllodes Tumor of Breast: A Review Article. *ISRN Surg* 2013;2013:361469.  
<http://dx.doi.org/10.1155/2013/361469>
8. Wurdinger S, Herzog AB, Fischer DR, et al. Differentiation of phyllodes breast tumors from fibroadenomas on MRI. *AJR* 2005;185:1317-21.  
<http://dx.doi.org/10.2214/AJR.04.1620>
9. Yabuuchi H, Soeda H, Matsuo Y, et al. Phyllodes tumor of the breast: Correlation between MR findings and histologic grade. *Radiology* 2006;241:702-9.  
<http://dx.doi.org/10.1148/radiol.2413051470>
10. Shin Y, Lee S, Kim K, et al. Collision tumor with inflammatory breast carcinoma and malignant phyllodes tumor: a case report and literature review. *World J Surg Oncol* 2014, 12.  
<http://dx.doi.org/10.1186/1477-7819-12-5>
11. Abdalla HM, Sakr MA. Predictive factors of local recurrence and survival following primary surgical treatment of phyllodes tumors of the breast. *J Egypt Natl Canc Inst* 2006;18:125-33.
12. Prakash S, Raj P. A very large malignant phyllodes tumor with skin ulceration and nipple areola complex involvement-still a reality! *Indian J Surgery* 2013;75:39-42.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s12262-012-0499-3>
13. Crenshaw SA, Roller MD, Chapman JK. Immediate breast reconstruction with a saline implant and AlloDerm, following removal of a phyllodes tumor. *World J Surg Oncol* 2011;9:34-7.  
<http://dx.doi.org/10.1186/1477-7819-9-34>
14. Ramakant P, Chakravarthy S, Cherian JA, et al. Challenges in management of phyllodes tumors of the breast: a retrospective analysis of 150 patients. *Indian J Cancer* 2013;50:345-8.  
<http://dx.doi.org/10.4103/0019-509X.123625>
15. Spitaleri G, Toesca A, Botteri E, et al. Breast phyllodes tumor: a review of literature and a single center retrospective series analysis. *Crit Rev Oncol Hematol* 2013;88:427-36.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.critrevonc.2013.06.005>
16. Likhitmaskul T, Asanprakit W, Charoenthammaraksa S, et al. Giant benign phyllodes tumor with lactating changes in pregnancy: a case report. *Gland Surgery* 2015;4:339-43.
17. Akakpo PK, Der EM, Cooper P, et al. Childhood phyllodes tumour of the breast. *J Clin Case Rep* 2015;5:2.  
<http://dx.doi.org/10.4172/2165-7920.1000495>
18. Schultzel M, Kalsi R, Goldman F. Fungating malignant phyllodes tumor. *Cancer Treatment Communications* 2014;2:30-3.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ctrc.2014.08.001>