

## PEDİATRİK MEME LEZYONLARI

Esin CİBİROĞLU<sup>1</sup>



- Çocukluk ve adölesan çağda meme lezyonları nadir görülmekte olup, erişkinlerden farklı olarak çoğu bulgu benignidir.
- Lezyonlar sıklıkla normal anatomik yapılar, fizyolojik değişiklikler ve benign kitleler olarak karşımıza çıkar.
- Meme kanseri çocukluk ve adölesan çağda nadir görülmekte olup tüm meme kanserlerinin %0.1'ini ve tüm çocukluk kanserlerinin %1'inden azını oluşturmaktadır.
- Çocukluk çağı meme lezyonlarında iyonizan radyasyon içermemesi ve dens meme dokusunun iyi değerlendirilmesine olanak sağladığı için ultrasonografi ilk seçenek olmalıdır.
- Mammografi ancak kuşku mikrokalsifikasyon şüphesi olan nadir vakalarda kullanılır.
- Cerrahi planlama yapılırken ya da birden fazla anatomik yapıyı invaze eden vasküler ve lenfatik malformasyonların değerlendirilmesinde MR incelemesi kullanılabilir.
- Çocukluk çağında yapılan gereksiz biyopsi işlemleri gelişmekte olan meme tomurcuğuna zarar verip gelişimini engelleyebilir. Bu sebeple çocukluk çağı kitleleri anamnez, fizik muayene ve gerekirse görüntüleme bulguları ile iyi değerlendirilmeli ve erişkinlerden farklı olarak malignite oranının çok düşük olduğu unutulmamalıdır.

## NORMAL MEME GELİŞİMİ

- Meme dokusu gelişiminin 1. fazı 5.gestasyonel haftada 'süt çizgisi' olarak bilinen hattın başlarıdır. Bu hat embriyonun ventral yüzeyindeki ektoderm tabakasından gelişir ve aksilladan kasık bölgesine kadar uzanır.
- Süt çizgisi hattı 4.interkostal seviye dışında regrese olur.
- 10. Gestasyonel haftada primitif ektodermal tabakadan köken alan meme dokusu proliferasyon gösterir ve primer meme tomurcuğunu oluşturur.
- Primer meme tomurcuğu 20. gestasyonel haftaya kadar dallanır ve boyutu artar.
- 20. Haftada laktifer duktusları oluşturacak bu dallanmalar meme başına açılarak meme başının temel yapısını oluşturur.
- Yeni doğanlarda 6-12. aya kadar meme başı palpabl nodül olarak görülebilir.
- İkinci meme gelişim fazı pubertede yükselen östrojen ve progesteron seviyelerinin telarşi uyarılmasıyla başlar.
- Östrojen duktus ve yağ gelişimini uyarırken, progesteron lobuler ve alveoler gelişimi uyarır.

<sup>1</sup> Uzm. Dr. Esin CİBİROĞLU, SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği cibirogluesin@gmail.com

- Filloid tümörler patognomonik olmamakla birlikte sıklıkla periferik yerleşimli kistler yada kistik yarıklar içerir. Hızlı büyüme eğilimi olan ve içerisinde kistik açıklıklar bulunan lezyonlarda histopatolojik inceleme yapılmalıdır. 6 cm'den büyük lezyonlar cerrahi olarak eksize edilmelidir.
- Filloid tümör tanısı varlığında lezyonlar geniş cerrahi sınırla eksize edilmelidir. Rekürrens oranları histolojik alt tiplere bağlı olmakla birlikte, benign filloid tümörlerde bu oran %10-25 iken malign alt tiplerde %40'a kadar çıkabilir.

## PRİMER MEME KARSİNOMU

- Primer meme karsinomu 20 yaş altında çok nadir görülmekte olup 1000000'da 1 görülür, tüm çocukluk çağı malignitelerinin %1'den azını oluşturur.
- Major risk faktörü geçirilmiş malignite öyküsü olup özellikle Hodgkin lenfoma nedeniyle göğüs duvarına yönelik alınan radyoterapi tedavisi olarak sayılabilir. Bu olgularda özellikle tedavi yaşı 10-16 arasında ise genel popülasyona göre 75 kat artmış risk bildirilmiştir. 2-1 Göğüs duvarına RT öyküsü olan hastalarda tedavi bitiminden 10 yıl sonra (25 yaş altında olmayacak şekilde) yıllık mammografi taramasına başlanması ve gerekirse MR kontrolü eklemesi önerilir.
- BRCA1 ve BRCA2 gibi ailevi kanser sendromları da riski artırmaktadır.
- Histolojik olarak pediatrik çağda sık görülen meme kanseri alt tipi sekretuar karsinomlardır. Sekretuar kanserler malign olmakla birlikte invaziv duktal karsinomlar kadar infiltran olmayıp prognozları daha iyidir.

## Görüntüleme Bulguları

- Karakteristik sonografi bulguları heterojen hipoekoik iç yapıda, belirsiz sınırlı, düzensiz şekilli, mikrobülasyon gösteren lezyonlar şeklindedir. Posterior akustik gölgelenme,

çilde dik oryantasyon göstermeleri malignite açısından oldukça kuşkuludur.

## KAYNAKLAR

- Chung EM, Cube R, Hall GJ, et al. From the Archives of the AFIP: breast masses in children and adolescents: radiologicpathologic correlation. *Radiographics* 2009;29:907-31.
- Cuenca RE. Breast anatomy and development. In: Ganschow P (ed). *Breast health and common breast problems: a practical approach*. American College of Physicians, Philadelphia. 2009:3-14.
- Glazebrook KN, Morton MJ, Reynolds C. Vascular tumors of the breast: mammographic, sonographic, and MRI appearances. *AJR* 2005;184:331-8.
- Gutierrez JC, Housri N, Koniaris LG, et al. Malignant breast cancer in children: a review of 75 patients. *J Surg Res* 2008;147:182-8.
- Kaneda HJ, Mack J, Kasales CJ, et al. Pediatric and adolescent breast masses: a review of pathophysiology, imaging, diagnosis, and treatment. *AJR* 2013;200:204-12
- Kennedy RD, Boughey JC. Management of pediatric and adolescent breast masses. *Semin Plast Surg* 2013;27:19-22.
- Lattin GE Jr, Jesinger RA, Mattu R, et al. From the radiologic pathology archives: diseases of the male breast: radiologicpathologic correlation. *Radiographics* 2013;33:461-89.
- McKiernan J, Coyne J, Cahalane S. Histology of the breast development in early life. *Arch Dis Child*. 1988;63:136-9.
- Moatamed N, Bassett L, Apple SK. Normal breast. In: Bassett LW, Mahoney MC, Apple SK, D'Orsi CJ, eds. *Breast imaging expert radiology series*. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders, 2011:223-38.
- Nguyen C, Kettler MD, Swirsky ME, et al. Male breast disease: pictorial review with radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2013;33:763-79.
- Nicholson BT, Harvey JA, Cohen MA. Nipple-areolar complex: normal anatomy and benign and malignant processes. *Radiographics*. 2009;29:509-23.
- Nordt CA, DiVasta AD. Gynecomastia in adolescents. *Curr Opin Pediatr*. 2008;20:375-82
- Patterson SK, Jorns JM. A case of juvenile papillomatosis, aka 'Swiss cheese disease'. *Breast J* 2013;19:440-1.
- Sanchez R, Ladino-Torres MF, Bernat JA, Joe A, DiPietro MA. Breast fibroadenomas in the pediatric population: common and uncommon sonographic findings. *Pediatr Radiol* 2010;40:1681-9.
- Valeur NS, Rahbar H, Chapman T. Ultrasound of pediatric breast masses: what to do with lumps and bumps. *Pediatr Radiol*. 2015;45:1584-99.
- Weinstein SP, Conant EF, Orel SG, et al. Spectrum of US findings in pediatric and adolescent patients with palpable breast masses. *Radiographics*. 200;20:1613-21.