

MEMENİN FİBROEPİTELYAL LEZYONLARI VE ADENOMLARI

13.

BÖLÜM

Ethem ÖMEROĞLU¹

Giriş

Hem epiteliyal hem de stromal komponentlerden oluşan sınırlı kitlelerdir. “Fibroadenom” ve “Fillodes” tümörler bu grubun major entiteleridir. Ayrıca histolojik özellikleri fibroadenoma benzeyen “adenom” ve “meme hamartomları” gibi bazı nodüler lezyonlar bu grup içinde değerlendirilir (1,2).

Fibroadenom

Terminal kanal ve lobüllerden (TDLU) kaynaklanan, bifazik tümördür. Kadın mesinin en yaygın benign tümörleridir. Özellikle 30 yaş altında görülmekle birlikte herhangi bir yaşta da görülebilir. Jinekomastili erkeklerde de gelişebilir.

Agrısız, soliter palpabl, sert ve mobil kitleler halinde, genelde 3 cm’ den küçüktür. Bazı olgularda 20 cm’e çapa kadar büyüyebilir. Genelde tek bir lezyon olarak görülür. Nadiren senkron ve metakron olarak bilateral ve unilateral olarak meydana gelebilir. Palpabl olmayan lezyonlar mamografide kitle -/+ mikrokalsifikasyonlar şeklinde görülür. Makroskopik olarak; ovoid-yuvarlak şekilli solid, gri-beyaz renkli, hafif lobüle ve yarık benzeri boşluklar içerebilir.

Mikroskoip olarak, düzgün sınırlı hem stromal hem de glandüler hücrelerin proliferasyonu ile karakterize kapsülsüz lezyonlardır (Resim 1). Klinik olarak önemi olmayan iki büyüme paterni vardır. Çoğalan stroma tarafında glandların şekilleri bozulmuş ve uzamışsa; “İntrakanaliküler patern” , stroma açık glandüler yapıları çevrelerse; “perikanaliküler patern”.

¹ Uzm. Dr. Ethem ÖMEROĞLU, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Şehir Hastanesi Patoloji Bölümü, patologethem@gmail.com

Selüler fibroadenom ve benign fillodes tümör arasında biyopside ayırım yapmak zordur. Özellikle intra kanalliküler patern varsa bu durumlarda “artmış stromal selülariteli fibroepitelial lezyon” tanısı koyup, eksizyon önerilmelidir.

Fibroepitelial lezyon biyopsisinde düzensiz sınır, stromal hücre atipi ve belirgin stromal hücre mitozu varsa yine eksizyon önerilir.

Biyopsiler atipik veya malign iç hücreli lezyon, epitelial komponent içermesede fillodes tümör olasılığı her zaman vardır.

Kaynaklar

1. Schnitt SJ, Cllins LC. (2013) Biopsy Interpretation of the Breast (2 nd edn). Philadelphia: Lippincot
2. O' Malley FP, Pinder SE. (2006). Breast Pathology (1' st edn.).China: Elsevier.
3. Lakhani SR, Ellis IO, Schnitt SJ, *et al.* (2012). *WHO Classification of Tumours of the Breast* (4th edn). Lyon: IARC
4. Ellis IO, Lee AHS, *et al.* (2013). Tumors of Breast. Fletcher CDM (Ed), Diagnostic Histopathology of Tumors (s.1057-1145). Philadelphia: Elsevier Saunders
5. Dupont WD, Page DL, Parl FF, *et al.* Long-term risk of breast cancer in women with fibroadenoma. N Engl J Med. 1994;331(1):10–15.
6. Sengupta S, Pal S, Biswas BK, Bose K, Phukan JP, Sinha A. Evaluation of clinico-radio-pathological features of tubular adenoma of breast: a study of ten cases with histopathological differential diagnosis. Iran J Pathol. 2015;10:17–22
7. El-Wakeel H, Umpleby HC. Systematic review of fibroadenoma as a risk factor for breast cancer. *Breast* 2003;**12**:302–307.
8. Carter BA, Page DL, Schuyler P *et al.* No elevation in long-term breast carcinoma risk for women with fibroadenomas that contain atypical hyperplasia. *Cancer* 2001;**92**:30–36
9. Herbert M, Sandbank J, Liokumovich P *et al.* Breast hamartomas: clinicopathological and immunohistochemical studies of 24 cases. *Histopathology* 2002;**41**:30–34