

Memenin fillodes tümöründe cerrahi tedavi

Surgical treatment of patients with phyllodes tumor of the breast

Gürhan Sakman,* Cem Kaan Parsak,** Ahmet Aslan,* Alper Akınoğlu,*

Amaç:

Nadir meme patolojileri arasında yer alan fillodes tümör olgularındaki tanı güçlüklerinin, tedavi için uygulanacak cerrahi seçeneklerin ve sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Durum Değerlendirmesi:

Fillodes tümörlerde en önemli klinik problemler preoperatif tanı güçlüğü ve cerrahi tedavi sonrası sık lokal nüks gelişimidir. Kabul edilen tedavi yöntemi, lezyonun en az 2 cm çevre sağlam doku ile birlikte çıkarılmasıdır. Rekürrens oranı %15-25 olarak bildirilmektedir.

Yöntem:

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde 1997-2003 yılları arasında tedavi edilen fillodes tümörlü 10 hastanın cerrahi tedavi yöntemleri ve sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi. Preoperatif tanı için, fizik muayene, meme ultrasonografisi ve mamografi rutin olarak kullanıldı. Histopatolojik tanı için, ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB), insizyonel biyopsi (İB) ve frozen incelemeleri yapıldı. Tedavide dört cerrahi yöntem uygulandı: 1.En az 2 cm normal çevre doku ile birlikte kitle eksizyonu (KE), 2. Basit mastektomi (BM), 3. Basit mastektomi ile birlikte klinik olarak palpe edilen lenf nodu (LN) biyopsisi, 4. Modifiye radikal mastektomi (MRM).

Bulgular:

Memede kitle şikayeti ile müracaat eden ve fibroadenom düşünülen olgularda fillodes tümör olasılığı akıldan tutulmalıdır. Ayırıcı tanı, uygulanacak cerrahi tedavinin tek seanslı olması açısından önem arz etmektedir. Preoperatif dönemde rutin olarak uygulanacak İİAB veya kor biyopsi, bu konudaki deneyimin artması ile birlikte önemli ölçüde tanısal değer taşıyabilir. Cerrahi eksizyon sonrası ortaya çıkan lokal nüks halen ciddi bir klinik sorundur.

Sonuçlar:

Fillodes tümör ile fibroadenom ayırıcı tanısında klinik değerlendirme ve radyolojik incelemeler genellikle yetersiz kalmaktadır. Fillodes tümör şüphesi olan lezyonların frozen inceleme eşliğinde çıkarılması cerrahi girişimin tekrarlanması ihtimalini azaltır. Fillodes tümör olgularında klinik değerlendirme ile tespit edilen aksiller lenfadenopati, patolojik önem arz etmeyebilir. Öngörülen cerrahi sınır temini için basit mastektomi ile çıkarılan borderline tipte fillodes tümörün lokal nüksü, prognostik kriterlerin çok faktörlü olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler:

Fillodes tümör, fibroepitelial tümörler, meme.

Fillodes tümör ilk kez 1838 yılında Johannes Muller tarafından tanımlanan, memenin nadir görülen bir patolojisidir(1). Toplumdaki insidansı 1/100000 olup, tüm meme neoplazmalarının %0.3-0.9'unu oluşturmaktadır(2). Her zaman kadınlarda ve en sık 45-49 yaşlar arasında görülmektedir(3). Hastaların başvuru şikayeti, memede iyi sınırlı, yuvarlak, sert, mobil ve ağrısız kitledir. Fizik muayene, mamografi ve meme ultrasonografisi ile fibroadenomdan ayırıcı tanısı genellikle mümkün olmaz(4,5). Morris ve Taylor, fillodes tümörleri mitoz sayısına göre benign ve malign olmak üzere 2 histopatolojik grupta sınıflandırmıştır. Pietruszka ve Barnes intermediate (borderline) grubunu tanımlayarak sınıflamayı modifiye etmiştir(6,7). Tek ve kesin tedavi yöntemi cerrahidir. Lokal agresif davranış gösteren fillodes tümörlerin tüm histolojik formları için en önemli klinik problem tedavi sonrası sık lokal nüks gelişimidir(5). Bu çalışma, fillodes tümörün tanı güçlükleri ile tedavisinde uygulanabilecek cerrahi seçeneklerin ve sonuçlarının değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem

Bu retrospektif çalışma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda 1997 ile 2003 yılları arasında cerrahi tedavi uygulanan fillodes tümörlü 10 hastanın dosya bilgilerinin ve takip sonuçlarının değerlendirilmesinden edindiğimiz tecrübeleri içermektedir.

Klinik tanı için, fizik muayene, mamografi, meme ultrasonografisi ve PA akciğer grafisi rutin olarak uygulandı. Bir hastaya, lezyonun toraks duvarı ile ilişkisini değerlendirmek amacı ile bilgisayarlı tomografi incelemesi yapıldı. Histopatolojik tanı için, ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB), insizyonel biyopsi (İB) veya frozen inceleme eşliğinde eksizyonel biyopsi uygulandı. Lezyonlar, Modifiye Norris ve Taylor Kriterleri'ne göre 3 histopatolojik tipte tanımlandı(6,7). Benign fillodes tümörlerde her büyük büyütmedeki mitoz sayısı 5'ten az iken, borderline fillodes tümörlerde bu sayı 5-10 arasında ve malign fillodes tümörlerde 10'dan çok idi.

Borderline ve malign fillodes tümör saptanan olgularda karın ultrasonografisi ve kemik sintigrafisi ile metastaz araştırıldı. Tedavide dört cerrahi yöntem uygulandı: 1. En az 2 cm normal çevre parankimi ile birlikte kitle eksizyonu (KE), 2. Basit mastektomi (BM), 3. Basit mastektomi ile

* Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ADANA

** Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, HATAY

Gürhan SAKMAN

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Yüregir/ADANA
e-posta: gursakman@yahoo.com

birlikte klinik olarak tespit edilen aksiller lenf nodu biyopsisi (LNB), 4. Modifiye radikal mastektomi (MRM).

Hastaların hiçbirine kemoterapi ve radyoterapi uygulanmadı. Takip, ilk 6 ay, 3 ayda bir ve daha sonra 6 aylık periyodlarla yapıldı. Kontrollerde rutin olarak fizik muayene uygulandı. Fizik muayenesinde patoloji saptanmayan ve şikayeti olmayan hastalarda ek bir inceleme yapılmadı. Bel ve diz ağrısı tarif eden malign fillodes tümürlü hastaya 12. ay kontrolünde direk grafi ve tüm vücut kemik sintigrafisi tetkikleri yapıldı. Öksürük şikayeti ile ameliyat sonrası 11. ayda rutin kontrol dışında müracaat eden malign fillodes tümör olgusu akciğer grafisi ve göğüs hastalıkları konsültasyonu ile değerlendirildi. Postoperatif 18. ayda nüks saptanan borderline fillodes tümör olgusuna akciğer grafisi, karın ultrasonografisi ve kemik sintigrafisi tetkikleri tekrarlandı.

Yaşları 17 ile 73 arasında değişen 10 olgunun yaş ortalaması 47.9 idi.(Tablo.1, Tablo.2) Tüm hastalar memede kitle şikayeti ile başvurdu. Klinik değerlendirme ile tespit edilen kitle boyutu iki hastada 5 cm'nin altında (ortalama 2,5 cm), üç hastada 5-10 cm arasında (ortalama 7 cm) ve beş hastada 10 cm'nin üzerinde (ortalama 17,2 cm) idi (Tablo.1, Tablo.2, Resim.1). Patolojik inceleme sırasında yapılan ölçümlerde kitle boyutlarının klinik değerlendirme ile

uyumlu olduğu görüldü. En sık yerleşim yeri 7 olgu ile sağ meme idi. En uzun takip süresi 75 ay, en kısa takip süresi 15 ay olup medyan takip süresi 43,5 ay idi.

Ultrasonografi ile parankim distorsiyonu saptanmasına rağmen kitle şekillenmemesi ve mamografide düzgün sınırlı, lobüle konturlu, dens radyoopasite artışı ortak radyolojik bulgular idi. (Resim-2, Resim-3) Bilgisayarlı tomografi ile değerlendirilen olguda; kontrast madde ile heterojen ve yoğun boyanma gösteren, yer yer düşük dansiteli nekroz ile uyumlu alanlar içeren miks ekojenitede dev nodüler yumuşak doku kitlesi ve aksiler lenf nodları tespit edildi. (Resim 4)

Preoperatif doku tanısı için İİAB uygulanan iki olguda (Olgu.3,7 - Tablo.1) sitolojik inceleme sonucu "fibroepitelyal proliferatif lezyon" olarak değerlendirildi. Ancak, fibroadenom ile fillodes tümör ayrıcı tanısı insizyonel biyopsi ile kesinleştirildi. Üç hasta (Olgu.5,9,10 - Tablo.1) daha önce başka merkezlerde fillodes tümör nedeni ile ameliyat edilmişti. Basit mastektomiden 6 ay sonra insizyon kenarında nüks kitle ortaya çıkan hastanın (Olgu.5) eski patoloji preparatları incelendiğinde, lezyonun benign fillodes tümör olduğu belirlendi. Bir yıl önce sol memesinden kitle çıkartılan hastanın (Olgu.9) patoloji preparatlarının incelenmesi sonucunda

malign fillodes tümör tanısı onaylandı. Dört yıl önce "malign mezenkimal tümör" tanısı ile sağ memesinden kitle çıkartılan hasta (Olgu.10) hızlı büyüyen nüks kitle ile müracaat etti. Patoloji preparatları değerlendirildi ve lezyonun borderline fillodes tümör olduğu tespit edildi. Bu tanı insizyonel biyopsi ile doğrulandı. Memesinde dev kitle ile müracaat eden iki hastaya (Olgu.6,8 -Tablo.1) insizyonel biyopsi uygulandı. Üç hastada (Olgu.1,2,4 -Tablo1) tanı ve bir hastada (Olgu.5 -Tablo.1) cerrahi sınır belirlenmesi amacı ile frozen inceleme yapıldı. Hastaların dördünde benign, ikisinde "borderline" ve dördünde malign fillodes tümör tespit edildi. Benign lezyonlarda ortalama kitle boyutu 6,7 cm, borderline lezyonlarda 16 cm ve malign lezyonlarda 13,25 cm idi (Tablo.1, Tablo.2). Malign fillodes tümürlü hastalarda uzak organ metastazı saptanmadı.

Üç hastada çevre sağlam doku ile birlikte kitle eksizyonu uygulandı (Olgu.1,2,5 -Tablo.1). Benign fillodes tümör grubundaki bu üç olgudan ikisinde lezyon boyutu 5cm'nin altında ve ortalama lezyon boyutu 3,7cm idi. 17 yaşındaki hastaya fibroadenom ön tanısı ile eksizyonel biyopsi planlandı (Olgu.1). Ancak çıkartılan lezyon kesildiğinde dejenerasyon, nekrotik alanlar görülmesi üzerine frozen inceleme yapıldı. 45 yaşında ve memesinde 3 cm çapında kitle şikayeti ile başvuran hastanın kitlesi

Tablo 1: Olguların demografik ve klinik özellikleri

| Olgu No: | Yaş | Yerleşim | Çap (cm) | Histoloji | Biyopsi Tipi | Cerrahi Tipi | ALN | LNÖ | PKÇ | Nüks | Takip süresi (ay) |
|----------|-----|----------|----------|------------|--------------|--------------|-----|-----|-----|------|-------------------|
| 1 | 17 | Sağ | 2 | Benign | Frozen | KE | | | | | 39 |
| 2 | 45 | Sağ | 3 | Benign | Frozen | KE | | | | | 45 |
| 3 | 44 | Sağ | 16 | Benign | İİAB+İB | BM | | | | | 51 |
| 4 | 47 | Sağ | 15 | Malign | Frozen | BM | + | + | | | 75 |
| 5 | 52 | Sol | 6 | Benign | Frozen(Nüks) | KE+DG | | | | | 42 |
| 6 | 51 | Sağ | 15 | Malign | İB | MRM | + | | | | 33 |
| 7 | 45 | Sağ | 7 | Borderline | İİAB+İB | BM | | | + | + | 24 |
| 8 | 55 | Sol | 15 | Malign | İB | BM | + | + | | | 57 |
| 9 | 73 | Sol | 8 | Malign | Nüks | BM | | | | | 15 |
| 10 | 50 | Sağ | 25 | Borderline | İB (Nüks) | MRM | + | | | | 51 |



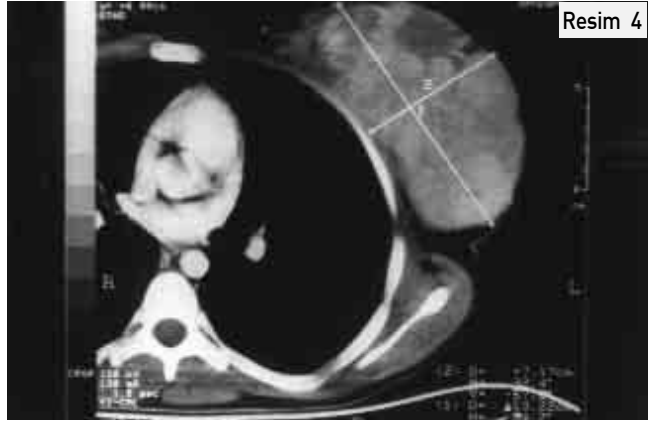
Resim 1



Resim 2



Resim 3



Resim 4

Resim 1: Sağ memenin tamamını dolduran dev fillodes tümör

Resim 2: Mamografi ile nispeten düzgün sınırlı lobüle kontürlü dens radyoopasite artışı ile 3x3 cm boyutunda fillodes tümör görülmekte.

Resim 3: Mamografi ile dev fillodes tümörlü hastada lobüle kontürlü, dens radyoopasite artışı ve normal meme parankiminin posteriora itilmesi.

Resim 4: Bilgisayarlı tomografi ile memenin tamamını dolduran ve heterojen yapıda, düşük dansiteli nekrotik alanlar gösteren fillodes tümör olgusu.

frozen inceleme eşliğinde çevre sağlam doku ile birlikte çıkartıldı. (Olgu.2) Altı ay önce başka bir klinikte malign fillodes tümör nedeni ile MRM uygulanan ve nüks kitle ile başvuran hastada lezyon çevre sağlam doku ile birlikte çıkartıldı. (Olgu.5) Meydana gelen doku defekti deri grefti (DG) ile kapatıldı. Mastektomiye ait patoloji preparatlarının ve eksizyon materyalinin incelemesi sonucunda lezyonun benign fillodes tümör olduğu tespit edildi.

Lezyon boyutu 5 cm'nin üzerinde olan 5 hastaya basit mastektomi uygulandı. (Olgu.3,4,7,8,9 -Tablo.1) Ortalama boyutu 12,2 cm olan lezyonlardan biri benign, biri borderline ve üçü malign fillodes tümör idi. (Tablo.2, Tablo.3) Aksiler lenf nodu

(ALN) tespit edilen iki hastaya lenf nodu örnekleme (LNÖ) de eklendi (Olgu.4,8-Tablo.1). Metastaz yoktu. Borderline fillodes tümör olgusunda lezyon pektoral kas kılıfına mikroskopik yakınlık gösterdiği için ikinci bir ameliyat ile pektoral kas çıkartıldı (PKÇ). (Olgu.7 - Tablo.1) Memede dev kitle ve aksiller lenf nodu ile müracaat eden iki hastaya MRM uygulandı(Olgu.6,10 -Tablo.1). Ortalama lezyon boyutu 20 cm olan olgulardan biri borderline diğeri malign fillodes tümör grubunda idi(Tablo.2, Tablo.3). Histopatolojik incelemede aksiler lenf nodu metastazi saptanmadı.

Takip süresince bir hastada nüks saptandı (Olgu.7 - Tablo.1). 18 ay önce 6x7 cm boyutunda borderline fillodes tümör nedeni ile simple

mastektomi uygulanan hastada tümörün pektoral kas kılıfına yakın komşuluk göstermesi nedeni ile ikinci seansta "pektoralis majör" kası da çıkartıldı. Yan cerrahi sınırların tümöre uzaklığı en yakın yerde 2,5 cm olarak tespit edildi. Hasta 18 ay sonra insizyon kenarında 2x2,5cm boyutunda nüks kitle ile müracaat etti. Ancak, tekrar cerrahi girişimi kabul etmedi ve ayda bir kontrole gelmek üzere takibe alındı. İlk 3 ay lezyon boyutunda belirgin değişim olmadı. Altıncı ayda ultrasonografi ile lezyonun 2,2x2,7 cm'e ulaştığı tespit edildi. Ancak hasta ameliyatı kabul etmedi.

Tartışma

Fillodes tümörler "sistosarkoma fillodes" olarak da bilinen nadir

fibroepitelyal tümörler olup tüm meme neoplazmalarının yaklaşık %1'ini temsil etmektedir(2,8). En sık görüldüğü yaş grubu beşinci dekatın ikinci yarısı olmakla birlikte literatürde 9 ve 91 yaşlarında olgular bildirilmiştir(3,9,10). Serimizde yaşları 17 ile 73 arasında değişen ve yaş ortalaması 47,9 olan 10 hasta sunulmuştur. Stebbing ve ark. 41 hastalık serisinde yaş ortalaması 41 olarak rapor edilirken, Geisler ve ark. 32 hastanın yaş ortalamasını 57 olarak bildirmiştir(10,11). Mallebre ve ark. yaş ortalaması 46 olan oniki fillodes tümör olgusunu yayınlamıştır(8).

Klinik ve radyolojik değerlendirme fillodes tümör tanısında genellikle yeterli olmaz. Stebbing ve ark. çalışmasında hasta yaşı, fizik muayene, tümör çapı, mamografi ve ultrasonografi bulgularının doğru tanı için yeterli olmadığı

bildirilmiştir(10). Mamografi, fillodes tümörler için patognomonik bulgu vermez. Fibroadenomlar ve fillodes tümörler mamografide spiküler lezyon oluşturmaz. Kalsifikasyon malign ve benign fillodes tümörlerin her ikisinde de görülebilir ve genellikle makrokalsifikasyon şeklindedir(12). Son yıllarda memenin malign ve benign lezyonlarının ayırıcı tanısı için yeni görüntüleme teknikleri geliştirilmektedir. Proton MR (Magnetik Rezonans) Spektroskopisi, malign ve benign meme lezyonlarının ayırıcı tanısında yüksek spesivite ve sensivite gösterdiği halde benign meme lezyonlarının fillodes tümör ile ayırıcı tanısında yeterli olmamaktadır(13). Kontrastlı Dinamik MR inceleme ile T1 ve T2 sekanslarında hipointens, multilobüle, internal septasyonlar içeren solid lezyon fillodes tümörü akla getirmektedir(14,15). Teknis-

yum 99m-sestamibi ile yapılan sintimamografi çalışmasında benign fillodes tümörde sestamibi aktivitesi geç dönem görüntüleme kaybolur iken, malign fillodes olgusunda sestamibi aktivitesi geç dönem görüntülemesinde de devam etmiştir(16). Ancak bu yöntemlerin belli merkezler dışında yaygın kullanımı ülkemiz şartlarında henüz mümkün görünmemektedir.

İİAB günümüzde giderek artan sıklıkta ve güvenle kullanılmaktadır. Sitolojik inceleme ile fillodes tümör ve fibroadenom arasında ayırıcı tanı yapılması zordur. Bunun en önemli nedeni sitolojik analiz için yeterli stromal hücre elde edilememesidir(17). Karşılaştırmalı sitolojik incelemelerde, fillodes tümörde fibroadenomdan farklı olarak atipi içeren epitel fragmentasyonunun her zaman görüldüğü bildirilmektedir. Stromal fragmentasyon fillodes

Tablo 2: Klinik özelliklerin histopatolojik tiplere göre dağılımı

| | Benign (s=4) | "Borderline" (s=2) | Malign (s=4) | Toplam (s=10) |
|--------------------------|--------------|--------------------|--------------|---------------|
| Yaş (ortalama-yıl) | 39,5 | 47,5 | 56,5 | 47,9 |
| Klinik bulgu (adet) | | | | |
| Kitle | 4 | 2 | 4 | 10 |
| Ağrı | 2 | 1 | 3 | 6 |
| Asemptomatik | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Tümör çapı (adet) | | | | |
| <5 cm | 2 | 0 | 0 | 2 |
| 5-10 cm | 1 | 1 | 1 | 3 |
| >10 cm | 1 | 1 | 3 | 5 |
| Ortalama Tümör Çapı (cm) | 6,7 | 1,6 | 13,25 | 11,2 |
| Biyopsi tipi (adet) | | | | |
| İİAB | 1 | 1 | 0 | 2 |
| İnsizyonel Biyopsi | 1 | 2 | 2 | 5 |
| Frozen | 3 | 0 | 1 | 4 |
| Ameliyat tipi (adet) | | | | |
| Geniş eksizyon | 3 | 0 | 0 | 3 |
| Basit Mastektomi | 1 | 1 | 3 | 5 |
| MRM | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Medyan Takip süresi (ay) | 43,5 | 37,5 | 45 | 43,5 |
| Nüks (adet) | 0 | 1 | 0 | 1 |

Tablo 3: Uygulanan cerrahi prosedürün ile kitle çapına göre dağılımı.

| | < 5cm | 5-10cm | >10cm | Ortalama Tümör Boyutu (cm) | Toplam |
|------------------|-------|--------|-------|----------------------------|--------|
| Kitle Eksizyonu | 2 | 1 | 0 | 3,7 | 3 |
| Basit Mastektomi | 0 | 2 | 3 | 12,2 | 5 |
| MRM | 0 | 0 | 2 | 20 | 2 |
| Toplam | 2 | 3 | 5 | 11,2 | 10 |

tümör olgularının yarısında tespit edilmiştir. Stroma boyutu değişmemesine rağmen epitel/stroma oranı fillodes tümörlerde fibroadenoma göre daha düşüktür. Multinükleer stromal dev hücreler fillodes tümörlerde görülebilmemesine karşın fibroadenomda görülmez (17,18). Stebbing ve ark.nın çalışmasında İİAB'nin tanı ve histolojik tip belirlemede yetersiz kaldığı rapor edilmiştir(10). Buna karşılık Jayaram ve ark. İİAB'nin fillodes tümörü tanısında %92.8 doğruluk oranı ile güvenilir bir yöntem olduğunu bildirmektedir. Bu çalışma, deneyimli bir sitopatolog tarafından, iyi bir teknikle yapılan İİAB'nin yüksek tanı değeri taşıdığını göstermektedir. Yeterli stromal ve epitelyal hücre elde edilebilmesi amacı ile gerekirse biyopsinin tekrar edilmesi yararlı olabilir(18). Klinik uygulamaların sayısı arttıkça sitopatologların da deneyimleri ile paralel olarak tanı değerinin artacağını düşünmekteyiz.

Kor biyopsi, fibroadenom ve fillodes tümörü ayırıcı tanısı için kullanışlı bir yöntem olarak bildirilmektedir(19). Komenaka ve arkadaşlarının çalışmasında, kor biyopsi ile fibroadenom tanısı alan 25 hastadan 2'sinin gerçekte fillodes tümörü olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada(18) kor biyopsi ile fillodes tümörü tanısı alan 23 olgudan 4'ünün gerçekte fibroadenom olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada kor biyopsinin "negatif prediktif değeri" %93 ve "pozitif prediktif değeri" %83 olarak rapor edilmiştir. Yazarlar kor biyopsi yardımı ile "fibroepitelyal proliferatif lezyonlar"da cerrahi eksizyon gereksiniminin azalacağını ve fillodes tümörün ayırıcı tanısının erken yapılabilmesi sayesinde tek operasyonla yeterli tedavi sağlanabileceğini savunmuştur(19). İİAB ile "fibroepitelyal proliferatif lezyon" tanısı alan meme kitlelerinde kor biyopsinin rutin olarak uygulanması bu konudaki tecrübenin gelişmesinde faydalı olacaktır.

Fillodes tümörlerde en önemli problem histolojik parametrelerle klinik seyir arasında korelasyon olmamasıdır(6). Benign ve malign fillodes tümör olgularında lokal nüks oranı %15-25 oranında bildirilmektedir(1,2,5,6). Ayrıca yüksek gradeli tümörlerde metastaz insidansı %20 olarak rapor edilmiştir (1,2,6). Fillodes tümörler için çeşitli cerrahi tedavi seçenekleri vardır. Özellikle 5 cm'den küçük lezyonlar çoğu zaman fibroadenom olduğu düşünülerek enükleasyon şeklinde çıkartılırlar. Ancak fillodes tümörlerin kapsüle sahip olmaması nedeni ile enükleasyonun tedavi için yetersiz kalacağı kabul edilir(1,2,5,7). Lezyonun, çevresindeki en az 2 cm sağlam meme dokusu ile birlikte çıkartılması tedavi için uygun yöntemdir. Cerrahi eksizyon mater-yalinde çıkartılan çevre sağlam doku 2 cm'den az ise lokal nüksü önlemek için daha geniş cerrahi sınır elde etmek amacı ile tekrar eksizyon yapılmalıdır. Benign fillodes tümörlerde lokal nüks ortaya çıkar ise daha geniş eksizyon sınırı belirlenmesi faydalı olabilir. (1,2,7,12) Boyutu 5 cm'den büyük lezyonlar çevre sağlam doku ile birlikte çıkartıldığında memede kabul edilemez kozmetik deformite oluşacak ise mastektomi uygulanabilir(1,6,12,17,20). Salvadori ve ark. 71 olguyu içeren geniş serilerinde, büyük fillodes tümörlerde ya da lokal nüks gelişen borderline ya da malign lezyonlarda mastektomi gerektiğini bildirmiştir(9). Geniş cerrahi eksizyon önerilmesinin diğer bir nedeni de fillodes tümörlerde potansiyel olarak malign transformasyon gelişme özelliğidir(21). Malign fillodes tümörlerde klinik olarak %15-20 oranında aksiller lenf nodu saptanır. Bunların %5'inden azında histopatolojik olarak metastaz tespit edilir. Bu nedenle klinik olarak aksiller lenf nodu saptanan olgularda dahi rutin olarak aksilla disseksiyonu yapılması önerilmemektedir(1,2,4).

Buchanan'ın algoritmine göre, iğne biopsisi, sağlam cerrahi sınır olacak şekilde tümör eksizyonu ve eğer tümör çapı 5 cm'in üzerinde ise veya histolojik tipi borderline ya da malign fillodes tümör ise simple mastektomi, uygulanması gereken yöntemlerdir(22). Bizim serimizde iki hastaya modifiye radikal mastektomi ve iki hastaya da basit mastektomi ile birlikte aksiller lenf nodu biyopsisi yapıldı. Bu hastalardan hiçbirinde histopatolojik inceleme sonucu aksiler lenf nodu metastazı saptanmadı.

Malign fillodes tümörlerde hematogen yayılım %10-15 oranında bildirilmiştir. En sık hematogen metastaz akciğere ve plevraya (%60-70) olmaktadır. Bunu kemik (%25-30) ve diğer organ metastazları (%10-15) izler(1). Bizim hastalarımızda uzak metastaz tespit edilmedi.

Fillodes tümörlerde kemoterapinin rolü kanıtlanmamıştır. Fillodes tümör için kullanılabilecek kemoterapinin günümüzdeki ana hatları sarkomlardan farksızdır. Hormonoterapinin de önemli rol oynamadığına inanılmaktadır(23). Radyoterapi bazı seçilmiş vakalarda kullanılmış olmakla birlikte rutin değildir. Toraks duvarındaki nüks lezyonlarda uygulanan 50Gy radyoterapinin iyi sonuç verdiği bildirilmiştir(24).

Fillodes tümörlerde prognostik kriterler arasında; histolojik atipi, mitotik aktivite, aşırı stromal büyüme ve tümör çevresinden çıkartılan sağlam meme dokusunun miktarı üzerinde durulmaktadır (1,2,5,25, 26). Birçok yazar tümör nüksünün histolojik parametrelerden daha çok eksizyon sınırına bağlı olduğunu düşünmektedir (25,26,27). Moffat ve ark. çalışmasında; cerrahi sınırı tümöre mikroskopik yakınlık gösteren tüm benign olguların nüks ettiği, buna karşın cerrahi sınırı tümörden uzak olgularda nüks görülmediği bildirilmiştir(25). Tümör çapı ile nüks arasında anlamlı bir ilişki gös-

terilememiştir(2,5,9,10,26-28). Soumarova ve ark. 25 malign fillodes tümör serisinde ortalama tümör çapı 10 cm ve median takip süresi 139,5 ay olarak bildirilmiştir. Lokal nüks oranı %16 olup, bunların tamamı 4-11 ay arasında meydana gelmiştir. Nüks ile tümör boyutu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır(29). Kok ve ark. 26 olgu serisinde nüks oranı %15,3 ve ortalama nüks zamanı 9 ay olarak bildirilmiştir. Histo-patolojik sınıflama ve tümör çapı ile nüks arasında anlamlı bir ilişki yoktur(30). Serimizde, uygun cerrahi sınır elde etmek amacı ile basit mastektomi uygulanan ve cerrahi sınırlarda tümör yakınlığı saptanmayan 7 cm çapında borderline fillodes tümöre sahip olguda 18 ay sonra lokal nüks gelişmesi, prognostik kriterlerin çok değişkenli olduğunu düşündürmektedir.

Summary

Surgical treatment of patients with phyllodes tumor of the breast

Purpose:

We aim to evaluate the diagnostic difficulties and the surgical options and results for the phyllodes tumors, which are infrequent pathologies of breast tumors.

Background:

The most recognised clinical problems seen in phyllodes tumors are preoperatively differential diagnosis and postoperatively frequent local recurrences. The recommended management option is resection of tumor within at least 2 cm of surgical margin. Recurrence rate is reported as 15-25% in various studies.

Materials and Methods:

We evaluate the surgical procedures and results of 10 patients with phyllodes tumor retrospectively who admitted to General Surgery Department, School of Medicine, Cukurova University between 1997-2003. Physical examination, breast ultrasonography and mammography were used for preoperative diagnosis. Fine needle aspiration biopsy (FNA), incisional biopsy (IB), and frozen section were used for histopathological diagnosis. Four different surgical procedures were preferred for surgical treatment: 1) Wide mass excision with 2 cm of surgical margin, 2) Simple mastectomy, 3) Simple mastectomy with palpitated lymph node biopsy and 4) Modified radical mastectomy (MRM).

Phyllodes tumors should be taken in account in patients with breast mass and with possible diagnosis of fibroadenoma. Differential diagnosis of phyllodes tumor is really utmost importance as the surgical management performed in one seans. Preoperative FNA and core biopsy performed routinely may have an important role as the clinical experience increase. Local recurrence is an important clinical problem in phyllodes tumors.

Conclusion:

Clinical and radiological evaluations are usually insufficient in the differential diagnosis of fibroadenoma and phyllodes tumours. Evaluation of lesions with frozen section in patients with phyllodes tumours may reduce the possibility of recurrent surgical procedures. Clinically palpitated axillar lymph nodes in patients with phyllodes tumors may not be important pathologically. Local recurrence of borderline phyllodes tumors underwent simple mastectomy for maintaining the proposed surgical margin may point out that prognostic criteria might be multi factorial.

Key Words:

Phyllodes tumor, fibroepithelial tumors, breast.

KAYNAKLAR

- Guerrero MA, Ballard BR, Grau AM. Malignant phyllodes tumor of the breast: review of the literature and case report of stromal overgrowth. *Surg Oncol* 2003; 12(1):27-37.
- Rowell MD, Perry RR, Hsiu JG, Barranco Sc. Phyllodes tumors. *American Journal of Surgery* 1993; 165:376-79.
- Bernstein L, Deapen D, Ross RK. The descriptive epidemiology of malignant cystosarcoma phyllodes tumors of the breast. *Cancer* 1993; 71(10):3020-3024.
- Chao TC, LO YF, Chen SC, Chen MF. Phyllodes tumors of the breast. *Eur Radiol* 2003; 13:88-93.
- Roos WK, Kaye P, Dent DM. Factors leading to local recurrence or death after surgical resection of phyllodes tumors of the breast. *British Journal of Surgery* 1999; 86:396-399.
- Norris HJ, Taylor HB. Relationship of histologic features to behavior of cystosarcoma phyllodes. *Analysis of ninety-four cases. Cancer* 1967; 20:2090-2099.
- Pietruszka M, Barnes L. Cystosarcoma phyllodes: a clinicopathologic analysis of 42 cases. *Cancer* 1978;41:1974-83.
- Mallebre B, Ebert A, Perez-Canto A, Hopp H, Opril F, Weitzel H. Cystosarkoma phyllodes of the breast. A retrospective analysis of 12 cases. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1996;56(1):35-40.
- Salvadori B, Cusumano F, Del Bo R, Delladonne V, Grassi M, Rovini D, Saccocci R, Andreola S, Clemente C. Surgical treatment of phyllodes tumors of the breast. *Cancer* 1989;15:63(12):2532-6.
- Stebbing JF, Nash AG. Diagnosis and management of phyllodes tumour of the breast: Experience of 33 cases at a specialist centre. *Ann R Coll. Surg. Engl.* 1995;77(3):181-4
- Geisler DP, Boyler MJ, Malnar KF, McGee JM, Nolen MC, Fortner SM, Broughan TA. Phyllodes tumors of the breast: a review of 32 cases. *Am Surg* 2000;66(4):360-6.
- Chua CL, Thomas A. Cystosarcoma phyllodes: A review of surgical options. *Surgery* 1989; 105:141-147.
- Tse GM, Cheung HS, Pang LM, Chu WC. Characterization of lesions of the breast with proton MR spectroscopy: comparison of carcinomas, benign lesions and phyllodes tumors. *AJR Am J Roentgenol* 2003;181(5):1267-72.
- Costantini M, Magistrelli A, Franceschini G. MRI in phyllodes tumor of the breast. *Case reports.Rays.* 2002 Oct-Dec;27(4):313-8.
- Ogawa Y, Nishioka A, Tsuboi N. Dynamic MR appearance of benign phyllodes tumor of the breast in a 20 years old woman. *Radiat Med.* 1997 Jul-Aug;15(4):247-50.
- Ohta H, Komibuchi T, Nishuo T. Technetium-99m-sestamibi scintimammography of benign and malignant phyllodes tumors. *Ann Nucl Med.* 1997 Feb;11(1):37-9.
- Tse GM, Ma TK, Pang LM, Cheung H. Fine needle aspiration cytologic features of mammary phyllodes tumors. *Acta Cytol.* 2002 Sep-Oct;46(5):855-63.
- Jayaram G, Sthaneshwar P. Fine-needle aspiration cytology of phyllodes tumors. *Diagn. Cytopathol.* 2002 Apr;26(4):222-7.
- Komenaka IK, El-Tamer M, Pile-Spellman E, Hibshoosh H. Core needle biopsy as a diagnostic tool to differentiate phyllodes tumor from fibroadenoma. *Arch Surg.* 2003 Sep;138(9):987-90.
- Chaney AW, Pollack A, Mcneese MD. Primary treatment of cystosarcoma phyllodes of the breast. *Cancer* 2000; 89:1502-1510.
- Klausner JM, Lelcuk S, Ilia B, Inbar M, Hammer B, Skornik Y, Rozin RR. Breast carcinoma originating in cystosarcoma phyllodes. *Clin Oncol.* 1983 Mar;9(1):71-4.
- Mangi AA, Smith BL, Gadd MA. Surgical management of phyllodes tumors. *Arch Surg* 1999; 134:487-491.
- Buchanan EB. Cystosarcoma phyllodes and its surgical management. *Ann Surgeon* 1995 Apr;61(4):350-355.
- Eich PD, Diederich S, Eich HT, Micke O, Wagner W. Diagnostic radiation oncology: malignant cystosarcoma phyllodes. *Strahlenther Onkol.* 2000 Apr;176(4):192-5.
- Dacic S, Kounelis S, Kouri E, Jones MW. Immunohistochemical profile of cystosarcoma phyllodes of the breast: A study of 23 cases. *The Breast Journal* 2002; 8(6):376-381.
- Moffat CJC, Pinder SE, Dixon AR. Phyllodes tumor of the breast: A clinicopathological review of 32 cases. *Histopathology* 1995; 27:205-218.
- Hart J, Layfield LJ, Trumbull WE. Practical aspects in the diagnosis and management of cystosarcoma phyllodes. *Arch Surg* 1988; 123:1079-1083.
- Parker SJ, Harries SA. Phyllodes tumours. *Postgrad Med J.* 2001;77(909):428-35.
- Kario K, Maeda S, Mizuno Y, Makino Y, Tankawa S, Kitazawa H. Phyllodes tumor of the breast: a clinicopathologic study of 34 cases. *Journal of Surgical Oncology* 1990; 45:46-51.
- Soumarova R, Seneklova Z, Horova H, Vojkova H, Horova I, Budikova M, Ruzickova J, Jezkova B. Retrospective analysis of 25 woman with malignant cystosarcoma phyllodes treatment results. *Arch Gynecol Obstet.* 2004;269(4):278-81.
- Kok KY, Telesinghe PU, Yapp SK. Treatment and outcome of cystosarcoma phyllodes in Brunei: a 13 year experience. *J.R.Coll.Surg Edinb.* 2001;46(4):198-201.