

Bölüm 11

Meme Hamartomu

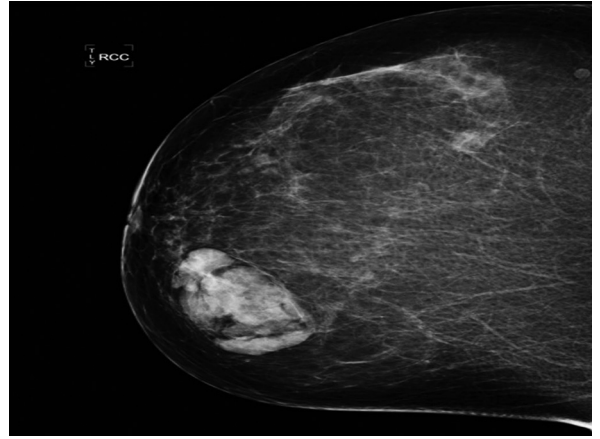
Dr. Ali İbrahim Sevinç

Meme hamartomları, nadir görülen, iyi huylu, yavaş büyüyen meme lezyonlarıdır. Klinik ve histopatolojik açıdan nadir bir durumdur. Kadınlardaki iyi huylu meme tümörlerinin %0.7'sini oluşturur. Bu düşük oran tümörün genellikle ele gelmemesi ve spesifik histolojik özelliklerinin bulunmaması nedeniyle daha az tanınmasına bağlanmıştır. Bununla beraber günümüzde mamografi, ultrasonografi, manyetik rezonans, ince iğne aspirasyon biyopsisi ve core biyopsi gibi tanı koydurucu tetkiklerin artan kullanımı ile birlikte bu lezyonlara rastlama oranı da artmıştır.^{1,2}

Hamartomlar ilk kez 1928'de Pryn tarafından mastoma olarak tariflenmiştir. Daha sonra adenolipoma, fibroadenolipoma veya lipofibroadenoma olarak birkaç vaka daha bildirilmiştir.^{1,3} Bu lezyonlar 1971'de Arrigoni ve Albrecht tarafından ilk kez hamartom olarak tanımlanmıştır.⁴ 1981'de ise WHO sınıflandırmasına girmiştir.^{3,5}

Hastalar kliniğe memede ağrısız kitle, bir memenin diğerine göre daha büyük olması şikayetleri ile ya da tarama mamografilerinde tesadüfen kitle saptanması nedeni ile başvururlar. Literatürde de %8 hastada mamografik tarama ile tanı konulduğu bildirilmektedir.³ Fizik muayenede ise cilde veya kasa invaze olmayan, ağrısız, mobil, ele gelen kitleler olarak karşımıza çıkar. Ancak iyi sınırlı, yumuşak, mobil, normal meme dokusu ile aynı kıvamda olduğu için fizik muayenede ele gelmeyebilir.⁶⁻⁸ Pek çok seride hamartomlara rastlama yaşı 13-88 arasında, ortalama 45 olarak bildirilmiştir.^{3,6}

Hamartomlar mamografide karakteristik olarak değişik derecelerde opasite gösteren, yuvarlak veya ovoid, keskin sınırlı ve düzgün konturlu, nonhomojen, iç yapısı sağlam dilimine benzer, normal meme dokusundan kolaylıkla ayrılabilen, stromal meme lezyonları olarak görülür ve BIRADS kategorisinde 2 yada 3 olarak sınıflandırılırlar (Resim 11-1). Opasitenin derecesi parankim içerisindeki yağ dokusunun oranı ile bağlantılıdır. Yağ doku miktarı fazla ise lipom, az ise fibroadenom ile karıştırılabilir. Ultrasonografide ise konturları düzgün, içerdiği yağ ve glandüler komponentlere bağlı olarak değişik heterojen eko-



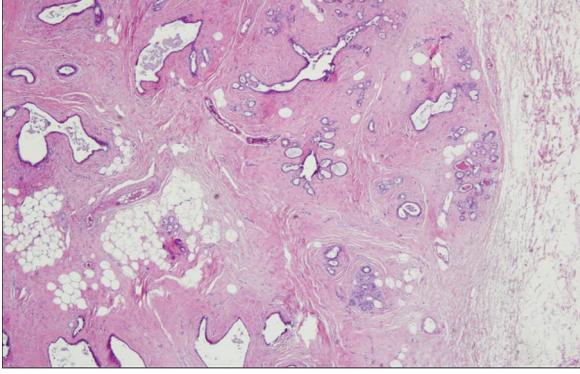
Resim 11-1: Sağ memenin mamografik görünümü: Ovoid, miks densitede, iyi sınırlı, kistik alanlar içeren hamartom.

paternlerde izlenirler. Bu nedenle zaman zaman tanı koymada güçlükler yaşanabilir.^{9,10} Belirsiz mamografi ve ultrasonografik bulguları değerlendirmede ya da radyolojik ve klinik bulgular arasında uyumsuzluk olduğu durumlarda, manyetik rezonans görüntüleme ayırıcı tanıda kullanılabilir. Manyetik rezonans görüntülemede lezyon genelde meme dokusu ile intens ve iyi sınırlı düzgün bir kapsülle çevrelenmiş olarak görülür.¹¹ Hamartomlarda tipik mamografik desen görüldüğü sürece başka görüntüleme yapmak gerekmez. Radyolojik olarak karakteristik bulgulara sahip olmayan olgulara tanı için core biyopsi yapılabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur.^{3,12-14}

Karakteristik radyolojik görünüm içermekle birlikte patolojik özellikleri ayırt edici değildir.

Makroskopik olarak iyi sınırlı, fibröz stroma ve değişik oranlarda yağ içeren, bazen pseudokapsüller görünümde olan kitlelerdir.¹⁵

Histolojik olarak dört ayrı tipi tarif edilmiştir. En sık görülen tipi, ince fibröz bir kapsül ile sınırlanmış ve fibro-kistik değişiklikler ile karakterize meme dokusundan oluşan tipidir. İkinci sıklıkta bildirilen histolojik tip, fibroadenomunun tipik özelliklerini gösteren, ancak matür yağ

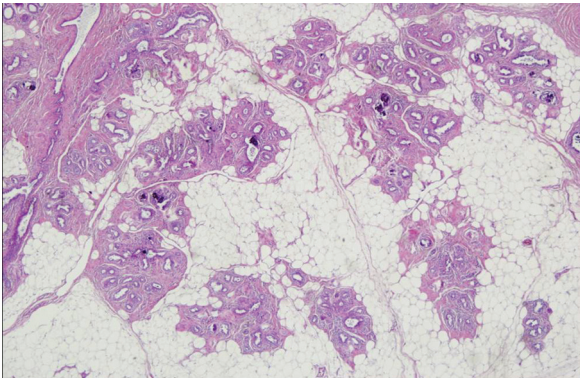


Resim 11-2: Çevre dokudan iyi sınırla ayrılmış, fibroadipöz stroma içerisinde benign meme duktus ve asinuslarından oluşan hamartom.

dokusunu da içeren tipidir. Üçüncü tip ise fibroadenomaya benzemekle birlikte, tümör içinde normal meme lobülleri de içermektedir. Dördüncü sıklıkta bulunan ve en seyrek rastlanan tip, yağ dokusu içinde dağınık olarak yerleşmiş meme kanal ve lobüllerinden oluşan iyi sınırlı adenolipomlardır. Bu gruplar içinde en sık görülen fibrokistik değişikliklerin kapsül ile sınırlanmış tipi daha çok reproduktif ve postmenopozal yaşlarda ortaya çıkar. Genç hastalarda ise fibroadenom benzeri tiplere daha çok rastlanılır¹⁶ (Resim 11-2 ve 11-3).

Hamartomların ortalama çapı 1-4 cm arasında bildirilmiştir.⁶

Hamartomlar sitolojik ve histolojik olarak normal meme dokusu yapısı gösterdiği için patolojik incelemede tanınmayabilir. Bu sebeple tanıda ince iğne aspirasyon biyopsisi ve core biyopsinin yeri sınırlıdır.⁹ Çeşitli yayınlarda klinik, radyolojik ve histopatolojik bulguların korelasyonu ile hamartom tanısını almış, hastada rahatsızlık yaratmayan ve memede deformite oluşturmamış küçük boyuttaki hamartomların takip edilebileceği söylenmektedir.^{14,17} Kesin tanı ise, ancak eksizyonel biyopsi ile konulabilir. Cerrahi eksizyon sonrasında meme dokusu ge-



Resim 11-3: Adipöz doku içerisinde, yer yer mikrokalsifikasyon odakları içeren benign meme duktus ve asinusları ile arada fibrotik alanlardan oluşan hamartom.

nişleyerek boşluğu doldurur ve asimetri kaybolarak meme normal haline döner.^{17,18} Hamartomların sitolojik ve yapısal özelliklerinin eksikliği sebebi ile klinik tanı ancak fizik muayene, görüntüleme teknikleri ve histolojinin bir-biri ile korele edilmesi ile konulabilir.¹

Hamartomların glandüler dokusundan malignite gelişebilir. Literatürde çekilen mamografilerinde düzensiz mikrokalsifikasyonlar ve doku değişiklikleri görülerek malignite şüphesi uyandıran vakalarda yapılan eksizyonel biyopsi sonucunda lobüler karsinoma insitu ve invaziv karsinomlara rastlandığı bildirilmiştir.^{12,19} Ayrıca Coyne, Kurodo, Campins ve arkadaşları yaptıkları çalışmada mamografide şüpheli bir lezyon olmamasına rağmen eksizyonel biyopsi sonucu malign olan üç vaka bildirilmiştir.¹⁹ Bildirilen olguların %5'inde belirgin hiperplaziye rastlanmıştır.³ Hogeman ve Ostberg, yaptıkları çalışmalarda hamartomların laktasyonla bağlantılı olabileceğini bildirmişler, fakat pek çok seride hamilelik veya laktasyonla herhangi bir bağlantı kurulamamıştır.⁶

Meme hamartomları premalign lezyon değildir. Ancak meme dokusunun glandüler yapılarını içerdiklerinden normal meme dokusunda olduğu gibi bu lezyonlardan da ender olarak malign değişim görülebilir. Bu nedenle histopatolojik tanı konulması önemlidir. Ayrıca hamartomlardan potansiyel rekürrens oluşabilme ihtimali de göz önünde tutularak lezyonun bütün olarak çıkarılması gerekir.⁹ Karsinom gelişen vakalarda ise tedavi yaklaşımı eşlik eden maligniteye yöneliktir.

KAYNAKLAR

1. Altermatt HJ, Gebbers JO, Laissue JA. Multiple hamartomas of the breast. *Appl Pathol.* 1989;7(2):145-8.
2. Herbert M, Sandbank J, Liokumovich P. Breast hamartomas: clinicopathological and immunohistochemical studies of 24 cases. *Histopathology* 2002; 41:30-34.
3. Wahner-Roedler DL, Sebo T, Gisvold J. Hamartomas of the breast: clinical, radiologic, and pathologic manifestations. *The Breast Journal* 2001; 7(2): 101-105.
4. Riveros M, Cubilla A, Perotta F, Solalinde V. Hamartoma of the breast. *J Surg Oncol.* 1989;42(3):197-200.
5. Çakmak GK, Taşçılar Ö, Gün BD. Meme hamartomu dokusunda ağır displazi: premalign bir lezyon? *J Turkish German Gynecol Assoc.* 2005;6(1): 54-56.
6. Weinzweig N, Botts J, Marcus E. Giant hamartoma of the breast. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2001; 107(5): 1216-20.
7. Tse GM, Law BK, Ma TK. Hamartoma of the breast: a clinicopathological review. *J of Clinical Pathology* 2002; 55(12): 951-54.
8. Pui MH, Movson IJ. Fatty tissue breast lesions. *Journal of Clinical Imaging* 2003; 27:150-55.
9. Paraskevopoulos JA, Hosking SW, Stephenson T: Breast within a breast: A review of breast hamartomas. *Br J Clin Pract.* 1990;44:30.
10. Sanal H, Ersöz N, Altınel Ö. Giant hamartoma of the breast. *The Breast Journal* 2006;12(1): 84-5.

11. Tovar JR, Callejas M, Alaez A. Infiltrating ductal carcinoma and ductal carcinoma insitu associated with mammary hamartoma. *The Breast Journal* 2006;12(4):368-70.
12. Silva B, Rodrigues JS, Borges US. Large mammary hamartoma of axillary supernumerary breast tissue. *The Breast* 2006; 15:135-136.
13. Gatti G, Mazzarol G, Şimsek S. Breast hamartoma: a case report. *Breast cancer research and Treatment* 2005; 89: 145-47.
14. Kuroda N, Goishi K, Ohara M. Bilateral hamartoma arising in axillary accessory mammary glands. *APMIS* 2006; 114:77-8.
15. Tse GM, Law BK, Pang LM, Cheung HS. Ductal carcinoma *in situ* arising in mammary hamartoma. *J Clin Pathol* 2002;55(7):541-2.
16. Wong KW, Ho WC, Wong TT. MRI of muscular hamartoma of the breast. *Australasian Radiology* 2002; 46:441-3.
17. Park YM, Kim EK, Lee JH, Ryu JH, Han SS, Choi S, Lee SJ, Yoon HK. Palpable breast masses with probably benign morphology at sonography: can biopsy be deferred? *Acta Radiologica* 2008; 49(10): 1104-11.
18. Berna JD, Nieves FJ, Romero T, Arcas I. A multimodality approach to the diagnosis of breast hamartomas with atypical mammographic appearance. *The Breast Journal* 2001; 7(1):2-7.
19. Latifoğlu O, Ayhan S, Ünal ., Cömert M, Yenidünya S, Çenetöğlu S, Atabay K. Asimetrik Meme Nedeni Olarak Hamartom: iki Olgu Sunumu. *Tür Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi* 1997;5(3):87-93.

