



MEMEDE NÜKS MALİGN FİLLOİDES TÜMÖR TANILI HASTA VE RADYOTERAPİ: OLGU SUNUMU

Alpaslan MAYADAĞLI¹, Özgür Ozan ŞEŞEOĞULLARI¹, Hüseyin TEPETAM¹, Zerrin ÖZGEN¹, Kimia ÇEPNİ¹, M. Levi AKIN²

Sistosarkoma filloides memenin yaygın olmayan bir tümördür. Tümör histopatolojik olarak fibroadenom ile benzerlik göstermektedir. Filloides tümöründe cerrahi sonrası lokal nüks olasılığı yüksektir. Tümörün büyüklüğü ve cerrahi sınırın pozitif olması filloides tümörünün doğal seyrinde nüks açısından yüksek risk göstergesidir. Radyoterapi seçilmiş vakalarda endikedir.

Anahtar kelimeler: Sistosarkoma filloides, radyoterapi, lokal nüks

RECURRENT MALIGN CYSTOSARKOMA PHYLLODES AND RADIOTHERAPY: CASE REPORT

Cystosarkoma phyllodes is an uncommon neoplasm of the breast. The tumor is similar to fibroadenoma in structure. The local recurrence rate is high after limited surgery for malignant phyllodes. In phyllodes tumor's natural progress, tumor size and positive surgical margin shows a higher risk for recurrence. Radiotherapy is indicated in selected cases.

Key words: Cystosarcoma phyllodes, radiotherapy, local recurrence

Sistosarkoma filloides memenin yaygın olmayan bir tümördür. Bu tümör tipi tüm meme tümörlerinin %0.3-%0.9'unu teşkil eder. Malign filloides tümör görülme insidansı düşüktür. Tümör yapısal olarak fibroadenoma benzerlik göstermekle beraber büyük yaprak benzeri çıkıntısı ve artmış stromal sellülarite nedeniyle histolojik olarak ayırt edilir¹.

Tümör ilk olarak 1838'de Müller tarafından tanımlanmış², daha sonra birçok klinik çalışma yapılmıştır³⁻⁹. Erken dönemlerde otoriteler değişik klinikopatolojik parametreleri bu tümörlerin değerlendirmesinde kullanmışlardır. Bu parametreler sırası ile tümör boyutu, tümör sınırları, mitotik aktivite, stromal sitolojik atipi, pleomorfizm ve benignen maligne dönüşümde stromal gelişimdir¹⁰⁻¹³. Diğer taraftan bazı otoriteler, sistosarkoma filloidesin benign ve malign form olarak iki gruba ayrılabilmesine karar vermişlerdir¹⁴⁻¹⁵. Ancak yine bu otoriteler üçüncü bir "borderline" (sınırdaki) kategorisinin olabileceğini desteklemişlerdir¹⁴⁻¹⁶.

Hastalığın biyolojik davranışı açısından hala önemli şüpheler vardır^{17,18}. Kesin histopatolojik kriterler temel alınarak filloides tümör kendi arasında benign, sınırdaki, malign olarak ayrılabilir⁶.

Cerrahi önemli bir tedavi seçeneğidir. Geçmişte radikal mastektomi uygulanırken şimdilerde daha konservatif seçenekler düşünülmektedir. Sunulan serilerdeki hastaların %95'ten fazlası cerrahi olarak tedavi edilmiştir. Filloides tümörün cerrahi sonrası lokal nüks gelişme olasılığı yüksektir¹⁹.

Malign filloides tümörü başlıca hematogen yayılım ile akciğere yayılır ve nadir olarak lenfatik yolla yayılabilir²⁰.

Radyoterapi maksimum lokal kontrol sağlamak için adjuvan olarak tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır. Geniş lokal eksizyondan sonra uygulanan radyoterapi lokal başarısızlık oranlarını azaltmaktadır. Ancak sağkalıma etkisini gösteren anlamlı bir bulgu saptanamamıştır. Adjuvan radyoterapi, "simple" mastektomiden sonra lokal nüks olan hastalara uygulanmıştır. İncelenen serilerdeki hasta sayısının az olması ve malign-benign ayrımı tam olarak yapılamadığı için radyoterapinin rolü açık değildir⁸. Tümörün boyutu büyük olup, buna bağlı cerrahi sınırın pozitif kalma riski yüksek olan olgularda radyoterapi endikedir²¹.

Bu tümörlerin tedavisinde çok sayıda kemoterapötik ajan denenmiştir. Sistosarkoma filloideste radyoterapi gibi kemoterapinin de yararlılığı tartışmalıdır. Kemoterapi, metastazların tedavisinde ve rezeksiyonu mümkün olmayan lokal nükslerin palyasyonunda rol oynar^{3,22,23}.

OLGU

Otuzaltı yaşındaki bayan hastada Şubat 2003 tarihinde memesinin ultrasonografik tetkikinde kitle saptanmıştır. Hastaya yapılan ince iğne aspirasyon biyopsinin patolojik sonucu malignite yönünden şüpheli rapor edilmiştir. Bunun üzerine yapılan "tru-cut" biyopsinin patolojik sonucu fibroadenoma ile uyumlu bildirilmiştir. Müteakip biyopsilerle takip edilen hastanın birkaç ay içinde memedeki kitle boyutlarında hızlı artış tespit edilmiştir. Mayıs 2003 tarihinde Gülhane Askeri Tıp Akademisi Plastik Cerrahi Kliniği'nde hastaya ekstirpasyon, latismus dorsi flep onarımı, protez implantasyonu uygulanmıştır. Histopatolojik olarak malign filloides tanısı konulmuştur (protokol no: 5345, 07.05.2003 tarihli patoloji raporu). Cerrahi sınırlar temiz olarak değerlendirilmiştir. Kemik sintigrafisi ve batın ultrasonografisinde metastaz yönünde bulguya rastlanmamıştır.

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Kliniği, ²Gülhane Askeri Tıp Akademisi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Başvuru tarihi: 30.3.2004, Kabul tarihi: 9.12.2004

Kasım 2003 tarihli toraks bilgisayarlı tomografisinde meme lojunda nüks saptanan hastaya (Resim 1) Aralık 2003 tarihinde Gülhane Asker Tıp Akademisi Genel Cerrahi Kliniği'nde sağ meme lojundan kitle eksizyonu, pectoralis majör ve latismus dorsi rezeksiyonu, "level" 2 aksiller küraj uygulanmıştır. Histopatolojik olarak nüks malign filloides tümör tanısı konulmuş ve materyalin tabanında tümör dokusu mevcudiyeti rapor edilmiştir (protokol no: 12178, 01.12.2003 tarihli patoloji raporu).



Resim 1. Nüks sistosarkoma filloides

Ocak 2004 tarihinde kliniğimizde hastanın radyoterapisi göğüs duvarına iç-dış iki alandan elektron ile 25 fraksiyonda 2Gy/gün, total doz 50Gy olacak şekilde planlanmıştır.

TARTIŞMA

Sistosarkoma filloides memenin yaygın olmayan bir tümürüdür. Tümör yapısal olarak fibroadenoma benzer¹. Bizim olgumuzda da müteakip biyopsilerde patolojik tanının fibroadenoma olarak rapor edilmesi bunu bir kez daha doğrulamıştır.

Kesin histopatolojik kriterler temel alınarak tümör kendi arasında benign, sınırdaki ve malign olarak ayrılabilir⁶. Olgumuz histopatolojik değerlendirmede malign olarak tanımlanmıştır.

Filloides tümörün cerrahisi sonrası lokal nüks gelişme olasılığı yüksektir¹⁹. Olgumuzda Mayıs 2003'te opere edilmesine karşın, Kasım 2003'te nüks etmiştir. Bu da literatür ile uyumludur.

Cerrahi en önemli tedavi seçeneğidir¹⁹. Olgumuza da primer tümöre ve daha sonra gelişen nükse yönelik cerrahi tedavi uygulanmıştır. Literatürde "simple" mastektomi uygulanmış olup, lokal nüks gösteren veya geniş lokal eksizyon uygulanan hastalarda adjuvan radyoterapi önerilmiştir⁸. Tümörün büyüklüğü ve buna bağlı olarak cerrahi sınırın pozitif kalması, lokal nüks riskinin yüksek olduğunun göstergesidir. Bu olgularda radyoterapi endikedir²¹. Bizim olgumuzda da hastaya lokal nüks sonrası tekrar cerrahi uygulanmış olup, piyesin patolojik değerlendirmesinde tümör materyalin tabanında devam ettiği radyoterapiye karar verilmiştir.

Sonuç olarak; malign filloides memenin nadir görülen bir tümürüdür. Histopatolojik olarak fibroadenomla sık karışır. İlk seçilecek tedavi modalitesi cerrahidir. Histopatolojik pozitif sınırı olan tümörlerde veya lokal nükslerin cerrahisinden sonra radyoterapi seçeneği düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Dyer NH, Bridges EI, Taylor RS, et al. Cystosarkoma phyllodes. Br J Surg 1966; 53: 450-5.
2. Muller J. Veber Den Feinen Bau Unddie Furmen Der Krankhaften Geschwulste. Berlin, G. Reimer, 1838.
3. Ward RM, Evans HL. Cystosarkoma phyllodes: A clinico-pathologic study of 26 cases. Cancer 1986; 58: 2282-9.
4. Inoshita SI. Phyllodes tumor of the breast: A clinico-pathologic study of 45 cases. Acta Pathol Jpn 1988; 38: 21-33.
5. Lindquist KD, Von Heerden JA, Weiland LH, et al. Recurrent and metastatic cystosarkoma phyllodes. Am J Surg 1982; 144: 341-3.
6. Pietruszka M, Barnes L. Cystosarkoma phyllodes: A clinico-pathological analysis of 42 cases. Cancer 1978; 41: 1974-83.
7. Hart J, Layfield LJ, Trumbull WE, et al. Practical aspects in the diagnosis and management of cystosarkoma phyllodes. Arch Surg 1988; 123: 1079-83.
8. Cedemark CG, Rutqvist LE, Rosendhal I, et al. Prognostic factors in cystosarkoma phyllodes: A clinico-pathologic study of 77 patients. Cancer 1991; 68: 2017-22.
9. Christensen L, Schiodt T, Blichert-Tom M, et al. Sarcoma of the breast: a clinico pathological study of 67 patients with long term follow-up. Eur J Surg Oncol 1988; 14: 241-7.
10. Blichart-Toft M, Hansen JPH, Hensen OH, et al. Clinical course of cystosarkoma phyllodes related to histologic appearance. Surg Gynecol Obstet 1975; 140: 929-32.
11. Lester J, Stout AP. Cystosarkoma phyllodes. Cancer 1954; 7: 335-53.
12. Norris HJ, Taylor HB. Relationship of histological features to behavior of cystosarkoma phyllodes: Analysis of 94 cases. Cancer 1967; 20: 2090-9.
13. Blumencroz PW, Gray CF. Cystosarkoma phyllodes: Clinical and pathologic study. Nystate J Med 1978; 78: 623-7.
14. Hart WR, Bauer RC, Oberman HA. Cystosarkoma phyllodes: Clinico-pathologic study of 26 hypercellular periductal stromal tumours of the breast. Am J Clin Pathol 1978; 70: 211-6.
15. McDivitt RW, Urban JA, Farrow JH. Cystosarkoma phyllodes. John Hopkins Med J 1967; 120: 33-45.
16. Treves N, Sunderland DA. Cystosarkoma phyllodes of breast: a malignant and benign tumor: A clinico-pathologic study of 70 cases. Cancer 1951; 4: 1286-332.
17. Terrier PL, Terrier Lacombe MJ, Mouriesse H, et al. Primary breast sarcoma: A review of 33 cases with immunohistochemistry and prognostic factors. Breast Cancer Res Treat 1989; 13: 39-48.
18. Murad TM, Hines JR, Beal J, et al. Histopathological and clinical correlation of cystosarkoma phyllodes. Arch Pathol Lab Med 1988; 112: 752-6.
19. Salvadori B, Cusumanof, Bo RD et al. Surgical treatment of phyllodes tumors of the breast. Cancer 1989; 63: 2532-6.
20. Guerrero MA, Ballard BR, Grov AM. Malignant phyllodes tumor of the breast. Review of the literature and case report of stromal overgrowth. Surg Oncol 2003; 12(1): 27-37 (Abstract).
21. Contarini O, Urdaretta LF, Hagam W, et al. Cystosarkoma phyllodes of the breast: A new therapeutic proposal. Am Surg 1982; 48(4): 157-66.
22. Hawkins RE, Schofield JB, Fisher C, et al. The clinical and histological criteria that predict metastasis from cystosarkoma phyllodes. Cancer 1992; 69: 141-9.
23. Burton GV, Hertz LL, Leight GS, et al. Cystosarkoma phyllodes: Effective therapy with cisplatin and etoposide chemotherapy. Cancer 1989; 63: 2088-92.