Selim Meme Hastalıkları Sempozyumu

N E Y A P M A L I ?

İZMİR MEME HASTALIKLARI DERNEĞİ ve S.B.Ü. Tepecik EAH

Düzenleme Kurulu:

Dr. Ayşenur Oktay

Dr. İlknur Bilkay Görken

Dr. Levent Yeniay

Dr. Mustafa Emiroğlu

Dr. M.Kemal Atahan

Tarih: 20 Eylül 2019 Cuma

Yer: S. B.Ü. Tepecik EAH Nejat Aksu Konferans Salonu

İZMİR MEME HASTALIKLARI DERNEĞİ KURULUŞ 1992

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TEPECİK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ 1903

Selim Meme Hastalıkları Sempozyumu

Tarih: 20 Eylül 2019 Cuma

Yer: S. B.Ü. Tepecik EAH Nejat Aksu Konferans Salonu

Selim Meme Hastalıkları Sempozyumu

8.00 8.50 Kahvaltı, Giriş ve Kayıt

8.50 9.00 Açılış

1. **Oturum Moderatörler: Dr. Murat Kapkaç, Dr. Cengiz Aydın**

09.00 09.15 Doğumsal ve gelişimsel meme anomalileri Dr. Cem Karaali

09.15 09.35 Fizyolojik nodülarite ve kistler Dr.Hedef Özğün

09.35 0 9.50 Mastitler Dr. Süleyman Özkan Aksoy

09.50 10.10 Granülomatoz mastit Dr. Baha Zengel

10 dk Soru ve katkı

KAHVE ARASI (20 dk)

2. **Oturum Moderatörler: Dr. Ercument Tarcan, Dr. Necmettin Özdemir**

10.45 11.00 Meme başı akıntıları Dr. Yeliz Yılmaz

11.00 11.20 Mastalji Dr. Melek Gökova

11.20 11.40 Makromasti Dr.Mustafa Emiroğlu

11.40 11.55 Jinokomasti Dr. Berk Göktepe

15 dk Soru ve katkı

YEMEK ARASI

13.00 3. Oturum Moderatörler: Dr Ayşenur Oktay, Dr Serdar Saydam

13.00 13.20 Risk azaltıcı cerrahi Dr. Kemal Atahan

13.20 13.40 Asemptomatik kadında görüntüleme anomalileri Dr. Işıl Bilgen

13. 40 14.00 ADH, LCİS, ALH ne yapmalı? Dr. Levent Yeniay

15 dk Soru ve katkı

KAHVE ARASI (20 dk)

14.35 4. oturum Moderatörler: Dr. Seyran Yiğit, Dr. Ahmet Demirkıran

14.35 14.55 F A ve Filloid tümörler Dr.Ali Sevinç

14.55 15.15 Nadir görülen meme tm. (hamartom, mezenkimal tm, adenosızler) Dr.Ayşe Yazıcı

10 dk Soru ve katkı

15.30 Katılım sertifikası dağıtımı ve kapanış

Düzenleyen: İZMİR MEME HASTALIKLARI DERNEĞİ VE S.B.Ü. Tepecik EAH

Düzenleme Kurulu: Dr. Ayşenur Oktay

Dr. İlknur Bilkay Görken

Dr. Levent Yeniay

Dr. Mustafa Emiroğlu

Dr. M.Kemal Atahan

İletişim: Dr. Cem Karaali Dr. Berk Göktepe

Tarih: 20 Eylül 2019 Cuma

Yer: S. B.Ü. Tepecik EAH Nejat Aksu Konferans Salonu

ÖZET KİTAPÇIĞI:

Konu	Yazar
Doğumsal ve gelişimsel meme anomalileri	Dr. Cem Karaali
Fizyolojik nodülarite ve kistler	Dr.Hedef Özğün
Mastitler	Dr. Süleyman Özkan Aksoy
Granülomatoz mastit	Dr. Baha Zengel
Meme başı akıntıları	Dr. Yeliz Yılmaz
Mastalji	Dr. Melek Gökova
Makromasti	Dr.Mustafa Emiroğlu
Jinokomasti	Dr. Berk Göktepe
Risk azaltıcı cerrahi	Dr. Kemal Atahan
Asemptomatik kadında görüntüleme anomalileri	Dr. Işıl Bilgen
ADH, LCİS, ALH ne yapmalı?	Dr. Levent Yeniay
F A ve Filloid tümörler	Dr.Ali Sevinç
Nadir görülen meme tm.(hamartom, mezenkimal tm)	Dr.Ayşe Yazıcı

ÖZETLER:

Sözlü Sunum 1

Doğumsal Ve Gelişimsel Meme Anomalileri

Cem KARAALİ

Selim meme hastalıkları genel cerrahi polikliniklerine yapılan başvuruların önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bu nedenle bir genel cerrah memenin; gelişimi, gelişim anomalileri ve hastalıkları hakkında yeterli bilgi sahibi olması gerekir. Memenin fizyolojik değişim dönemleri; gelişim, üreme dönemi ve gerileme dönemi olarak incelenebilir. İnsanlarda meme dokusu meme bezlerinin yanısıra yağ ve bağ dokusundan oluşmaktadır. Her meme, herbirinde birçok lobül bulunan 15-20 lobtan oluşmaktadır.

Embriyogenezis; Embriyogenezisin 6. haftasında epidermal hücreler alttaki mezenkimal doku içine ilerler ve *aksilladan inguinal bölgeye* doğru uzanan ilk meme kabartısını oluştururlar. Bu oluşumun 4. interkostal alan üzerindeki kısmı gelişirken diğer bölümü atrofiye olarak kaybolur. Puberteye kadar erkek ve kız çocuklarında meme gelişimi aynıdır, ayırt edilemez. Telarşın (genellikle 10 yaşında başlar) ilk belirtisi “meme tomurcuğu” denen memebaşı altında hissedilen ele gelen kitledir.

Meme gelişimine etki eden hormon ve büyüme faktörleri; Başlıca Östrojen ve Progesteron olmak üzere LH, FSH, Testesteron, Prolaktin, TSH, ACTH, T4, T3, GH,Kortizon, İnsülin, Melotonin,TGF-alfa, TGF-beta, IGF-1, HGF, Paratiroid hormon ilişkili proteinler etkilidir.

Memenin Konjenital Anomalileri ve Gelişme Bozuklukları başlıca aşağıda özetlenmiştir.

- *Asimetrik meme gelişimi*; Meme gelişiminin erken dönemlerinde sık karşılaşılan bir durumdur. Yaşına uygun meme görüntülemesi istenerek memede kitle ya da ek bir patoloji olmadığı gösterilmelidir. Meme gelişimi tamamlandıktan sonra devam eden önemli derecedeki asimetriler için düzeltme ameliyatları gerekebilir. Skolyoz ve göğüs kafesi asimetrisi yalancı meme asimetrisine neden olabilir

- *Ateli*; meme başı-areola kompleksinin olmaması olarak tanımlanır. Konjenital olanlar daima amasti veya başka bir sendrom ile beraberdir.

- *Politeli*; meme başı veya meme başı-areola kompleksinin 2’den fazla olması. Çocuklarda memenin en sık görülen anomalisidir (nevüslerle sıkça karışır). Eşlik eden *renal anomali ve malignite* açısından ayrıntılı inceleme gereklidir.

- *Amasti*; Memelerin tamamen yokluğudur. Bilateral amastiye başka anomaliler eşlik edebilir. Tek taraflı amasti genellikle Poland sendromunun bir bileşeni olarak görülür.Amazi; meme glandı yoktur. Meme başı mevcuttur. En sık, küçük kız çocuklarında memede ortaya çıkan sertlik veya kitle nedeniyle uygulanan cerrahi müdahale sonucu ortaya çıkar.

- *Tuberöz meme deformitesi*; meme hipoplazisi, meme taban çapı eksikliği, meme dokusunun areoladan herniasyonu, meme cildinin azlığı ve meme altı katlantısının yüksekliği ile karakterizedir.

- *Polimasti*; Meme kabartsının pektoral bölümü dışında gerilemesi beklenen kısımların gerileme bozuklukları aksesuar meme ve meme başı gelişimine yol açar. Polimasti embriyonik süt hattı boyunca her yerde oluşabilir. En sık aksillada gözlenirken, vulvada, alt ekstremite, dorsal gövde

veya ayaklar üzerinde de görüldüğü bildirilmiştir. Aksesuar meme dokusunda benign ve malign değişiklikler oluşabilir ancak bu hastalıklara yatkınlık saptanmamıştır.

Eve götürülecekler; Memenin ya da meme başının gelişimsel anomalileri ile karşılaşıldığında hasta ek anomaliler açısından dikkatle muayene edilmeli (omurga, testisler, ekstremiteler), karın usg, EKG ve gereğinde dermatoloik bulgular açısından dermatoloi konsultasyonu istenmelidir. Kozmetik nedenler ve malignite şüphesi varlığında eksizyon yapılabilir ancak eksize edilen dokularda malignite bulunabileceğinden, kesinlikle histopatolojik inceleme yapılmalıdır.

Kaynaklar:

1) Meme Hastalıkları kitabı, Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu, 2012. ISBN: 978-975-277-402-5. Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.
2) Surgeons' Approaches and Professional Perspectives on Breast Masses: A National Survey in Turkey. Emiroglu M, Inal A, Sert I et all. J Breast Health 2015; 11: 76-80 DOI: 10.5152/tjbh.2015.2382
3) Özyazgan, İrfan. "Breast anomalies in pubertal period." Turkish Journal of Family Practice 16.Supplement (2012): S19-S30.
4) Louise, and Daniel Borsuk. "Congenital Anomalies of the Breast." Seminars in plastic surgery. Vol. 27. No. 01. 2013)
5) OZSOY, Zafer, et al. Amazia with midface anomaly: case report. *Aesthetic plastic surgery*, 2007, 31.4: 392-394
6) Aydogan F, Baghaki S, Celik V et al. Surgical treatment of axillary accessory breasts. Am Surg. 2010;76:270-2

Sözlü Sunum 2

Fizyolojik Nodularite ve Kistler

Dr Hedef ÖZGÜN

Fizyolojik nodularite; fibrokistik meme hastalığı değildir.Klinik meme muayenesinde amaç yoğun ve noduler meme dokusunda hastaları takip ederken özgüllükten feragat etmeden, yüksek duyarlılığın korunmasıdır. Nodularite alanlarının kaydedilmesi zamanla muayenedeki değişimleri izlemek için önemlidir. Folliküler fazda yeniden muayene etmek premenapozal kadınlarda sıklıkla bulguları netleştirebilir. Kafein kısıtlaması yararını gösteren veri yok, bazı sınırlı çalışmalara göre ele gelen meme bulgularını azaltabilir. Kafein kısıtlamasından birkaç ay sonra boyut azalması gösterilirse klinik olarak ele gelen bulguların selim özelliklerini destekler. Nodularite bulgusunun gözden geçirilmesi kadınlara kendi muayenelerine değer verildiğini hissettirip, kendilerinde buldukları hakkında bilgi ve güven uyandırır. Klinik meme muayenesinde aşırı nodularite ve yüksek meme kanseri riski olan kadınlarda, araştırma yapılmamış olmasına karşın 6 ayda bir muayene yapılması yeni bulguları tespit etmede yararlı olabilir.Mamografi ile belirlenen veya cerrahi örneklerde insidental bulgular meme kanseri gelişme riskine dayanarak 3 gruptur: non proliferatif meme değişiklikleri (fibrokistik değişiklikler), proliferatif meme hastalığı ve atipik hiperplazi.

Fibrokistik Değişiklikler: En sık görülen benign meme durumudur. İlk olarak terminal duktus–lobüler ünit (TDLU) etkilenir. Büyüyen fibröz doku nedeniyle duktusların tıkanması, asiner hücrelerin sıvı oluşturmayı sürdürmesi ile – mikro/ makroKİST oluşumu görülür. Patogenez →Belirsiz – hormonlar (östrojen, prolaktin, hipertiroidi) rol oynar. İnsidans: Premenapozal dönemde % 65, postmenopoz %40 civarındadır.Yaş : 35 – 50 arası sıktır. Menopoz öncesi oluşur, menopoz ile kaybolur ve genellikle bilateraldir. Adenozis: Lobül başına düşen asini sayısında artış olarak tanımlanır. Gebelikte normal fizyolojik adenozis oluşur. Gebe olmayanlard adenozis - fokal değişiklik şeklindedir. Asini – genişlemiş, distorsiyon olmayan (blunt-duktal adenozis) ve kalsifikasyonlar bulunur. FKH da fizyolojik şişlik ve hassasiyet, nodularite, ele gelen meme kitleleri, meme ağrısı, berrak/ sütlü meme başı akıntısı bulunabilir. Benign olduğunu doğrulanmalı, semptomları azaltıcı tedavi , kendi kendine meme muayenesine teşvik edin.

Kistler: Vücuttaki diğer kistler gibi, basit, komplike veya kompleks olarak sınıflanabilir. Basit kist izlenebilir. Komplike kist tipik bulgular içeriyorsa izlem, belirsiz ve şüpheli bulgular barındırıyorsa aspirasyon yapılmalıdır. Kompleks kistlerin solid bileşenine biyopsi uygulanmalıdır.

Basit kistler: İnce cidarlı, sıvı içeriklidir. Basit bir kist için Ultrasonda; anekoik merkez, ince ekojenik kapsül, arka akustik gölgelenme, ince kenar gölgeleri bulundurur. Mamografide: düşük dansiteli, düzgün sınırlı, yuvarlak veya oval, sınırının ≥%75 keskin ise yeterlidir. Kist içi kalsiyum çökerse – tea-cup (fincan) görünümü vardır. Bu kistler basit tiptedir ve malign olma şansları neredeyse yoktur. BIRADS 2 dir. Ek inceleme gerekmez.

Komplike kistler. Basit sıvı içeriği bulunmaz. Solid yapı da bulunmaması gerekir. Komplike kistik meme kanserleri nadirdir. Komplike kistlerin büyük çoğunluğu fibrokistik değişiklikler içerisindedir. Bu nedenle, çoğu kaygı yaratmaz ve aspirasyon veya biyopsi gerekmez. Günümüzdeki çözünürlüğü yüksek cihazlarla meme kistlerinin büyük bir yüzdesi 'komplike'dir. Fibrokistik değişiklikler nedeniyle çoğu kistte tortular bulunur. Eski aletlerle bu artıklar görünmezdi ve kistler basit gruptaydı. Kistler çok sayıdaysa BIRADS 2. Soliter komplike kistse BIRADS 3 → 6, 12 ve 24. aylarda kontrol yapılır. BIRADS 3 olanlarda 6 ay sonra %20'den fazla çap artışı varsa biyopsi ve soliter komplike kistte şüpheli bulgular (BIRADS 4) varsa biyopsi uygulanır.

Sözlü Sunum 3

MASTİTLER TANI VE TEDAVİ

Süleyman Özkan AKSOY

Mastit memenin inflamatuar hastalığını ifade eder ve bu durum bazen enfeksiyöz kaynaklı olur. Sıklıkla 18-50 yaş arası kadınları etkiler. Litararturde birçok sınıflama bulunamsına rağmen ensık laktasyonel ve nonlaktasyonel mastit olarak ikiye ayrılır.

Laktasyonel Mastit:Mastitler içinde en sık görülenidir. Emzirmenin ilk 12 haftasında daha sıktır. Anamnezde, genellikle yetersiz emme öyküsü veya emzirmede güçlük vardır.Süt stazı ve enfeksiyon iki ana nedendir. Yarık dudak veya damak, Meme başında fissür, bebek bağlanma güçlüğü, manuel göğüs pompası kullanımı, meme piercing, plastik destekli göğüs pedleri, zayıf anne beslenmesi, önceki mastitis ve sıkı sütyen kullanımı başlıca risk faktörleridir. Süt stazı ile başlayan süreç sitokinlerin de etkisiyle olgulaşmakta inflamasyonla beraber mastitin klinik bulguları ortaya çıkmaktadır. Memede ağrı, eritem ve ateş klasik triadıdır. Bakterilerin yerleşmesi için ortam oluşursa enfeksiyon meydana gelir. Malinite şüphesi yoksa ek radyolojik tetkiklere ihtiyaç yoktur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) görülme oranı % 2,6 -% 33 arasındadır. Tedavide doğru emzirme desteği verilmeli, süt akışı sağlanmalıdır. Emzirme bebek için zararlı değildir ve sütü boşaltmanın ideal yoludur. Litarürdeki çalışmalarda potansiyel olarak patojenik bakteriler, genellikle yüksek seviyelerde, hem sağlıklı anne sütünde hem de laktasyonel mastitli kadınlardan bulunmuştur ayrıca Bakteri sayısı ile mastit arasında orantı yok! Dolayısıyla laktasyonel mastit enfektif veya olmayan formlara ayrılması pratik olarak mümkün değil. Mastitte iltihaplanma memenin bağ dokusunda görülür ve bu nedenle nedensel organizmaların anne sütünden izole edilmesi zor olabilir. Dünya sağlık örgütü laktasyon mnastitinde antibiyotik kullanımı için 3 ana kriter belirlemişti. Hücre veya bakteri kolonisi sayımlarının mevcut olduğu, enfeksiyon veya semptomların baştan şiddetli veya meme ucu fissürünün görünür olduğu ve efektif süt çıkarmaya rağmen semptomların 12 ila 24 saat sonra iyileşmediği.

Nonlaktasyonel mastitler :Subareolar kanaların inflamasyonudur. Etyolojide en sık etken sigaradır. Sigara içiminin subareolar kanalların hasarına, doku nekrozuna ve sonrasında enfeksiyona yol açar. Sigara dumanındaki toksik maddeler kanallara doğrudan zarar verebilir veya lokalize hipoksik bir etki olabilir. Periduktal mastit, muhtemelen devam eden inflamasyonun bir sonucu olan skuamöz metaplaziyle de ilişkilidir. Skuamöz metaplazinin, sonraki dilatasyon ve ikincil inflamasyon ve enfeksiyonla birlikte kısmi kanal tıkanmasına yol açabileceği öne sürülmüştür. Klinik bulgular genellikle periareoler inflamasyonla ortaya çıkan subareolar kanalların inflamatuar bir durumudur. Olguların yaklaşık yarısı, antibiyotik tedavisi ile birlikte apsenin aspirasyon veya insizyon ile drenaj sonrası iyileşir .Periareolar enfeksiyonun tekrarlanan bölümleri olan hastalar, hastalıklı kanalların eksizyonu ile cerrahi tedaviyi gerektirir.

Kaynaklar:

1.Dixon JM, Khan LR. Treatment of breast infection. BMJ 2011;342:396.
2.Rosa M.''Inflammatory'' changes in breast: how to provide a better care to our patients. Arch Gynecol Obstet 2010;281:901-5.
3.Mastitis: Causes and Management [http://www.who.int/child adolescenthealth/ New_Publications/ NUTRITION/WHO-FC-HCA-H00
Lannin DR. Twenty-two year experience with recurring subareolar abscess andlactiferous duct fistula treated by a single breast surgeon. Am J Surg 2004; 188:407.

Sözlü Sunum 4

İdiopatik Granülomatöz Lobüler Mastit

Baha Zengel

Nadir görüldüğü için data yetersiz. Hastalığın etyolojisi hala hipotez düzeyinde ve tedavisi ile ilgili konsensus yoktur. Randomize kontrollu çalışma yok. Hastalık hakkında bilgilerin çoğu retrospektif çalışma ve olgu serilerinden oluşuyor. Etyolojisi tam olarak bilinmiyor. Non-kazeöz granülom varlığı ile karakterizedir. Meme lobüllerine sınırlı, benign kronik inflamatuar hastalıktır. İlk kez 1972'de Kessler ve Wolloch tarafından "Karsinomayı taklit eden selim bir meme lezyonu" olarak tanımlanmıştır. Indianapolis (ABD) 2006-2008 yıllarında yapılan bir araştırmada Yıllık Prevalans: 20-40 yaşları arasındaki kadınlarda 100,000' de 2.4 Hispanik kadınlarda ise 100,000'de 28.3 olarak bildirmiştir. Etyopatogenezinde İnflamatuar oto-immun reaksiyon, enfeksiyon, kimyasal irritasyon, artmış prolaktin seviyeleri, antipsikotik ilaçlara bağlı hiperprolaktinemi, oral kontraseptif kullanımı ve sigara bulunmaktadır. Sıklıkla doğurganlık çağındaki kadınlarda, gebelik, emzirme ve emzirme sonrasındaki dönemi içeren 5 yıllık peryod (Ortalama 33-38 yaşlarında) içerisinde görülür. Emzirmeye bağlı mikro-travma veya süt stazına bağlı intersitisyel meme dokusunda süt proteinin varlığı oto immun proçesi başlatabileceği öne sürülmekte.

Klinik prezentasyon:

Ağrılı, düzensiz sınırlı genellikle tek tarflı kitle şeklindedir. Kitle sıklıkla retroareoler bölgededir. Ciltte eritem, peau d'orange ve meme başı çekilmesi olabilir. Daha ilerlemiş olgularda ülsere bölgeler ve sinüs traktüsleri ve fistül bulunabilir. Abse %37 olguda görülür. %15 Olguda aksiller lefadenopati vardır. Memedeki kitlenin palpasyonu sıklıkla zordur, birlikte peau d'orange, meme başı çekintisi ve aksiller lenfadenopati ile inflamatuar tip meme karsinomunu taklit edebilir. Ayırıcı tanıda yer alan tüberküloz mastitli hastalarda aksiller lenfadenopati ön plandadır ve hastalığın pulmoner belirtileri vardır. Diğer ayırıcı tanılar arasında duktal ektazi / Periduktal Mastitis, sarkoidozis, Wegener Granülomatozisi , histoplasmosis, actinomycosis, yabancı cisim reaksiyonu, yağ Nekrozu ve IgG4-Related Mastitis yer alır.

Görüntülemelerde patognomonik mammografi bulgusu yoktur. Çoğu genç kadınlarda dens meme paterni vardır spesifik herhangi bir radyolojik anormalliğin saptanmasını önleyebilir. Palpabl kitleye karşılık gelen fokal bir asimetrik dansite, parankimal heterojenite vardır. Soliter kitleler meme absesi ile karışabilir diğer mammografik bulgular karsinomayı taklit edebilir. Ultrasonografi bulgularında %80'in üzerinde heterojen hipoekoik bir kitleyi ortaya çıkarabilir. Olguların yarısından fazlasında tübüler yapı olabilir. Kitle lezyonu olmadığında; aşırı parenkimal distorsiyon ve hipoekojenite, cilt kalınlaşması ve aksiller lenfadenopati sonografik kanıt olabilir. USG radyoloğa bağımlıdır o nedenle takip ve tedaviye yanıt aynı ekip tarafından yapılmalıdır. MRI, yüksek kanser kuşkusu varlığında veya konvansiyonel görüntülemelerde diffüz, bilateral değişiklikler varsa endike olabilir.

IGM kesin tanısı histopatolojik olarak konur. Tanıda altın standart kalın iğne biopsisidir, Sensitivite: %96 dır. Histolojik olarak lobülosentrik non-kazeöz granüloma ile karakterizedir. Histopatolojik özellikleri epiteloid histiositler, Langhan's multinükleuslu dev hücreler bulunur. Kronik inflamatuar süreçte lenfositler, plasma hücreleri ve polimorf lökositler eşlik eder. Mikroabse formasyonu sıklıkla gözlenir.

Optimal tedavi için Konsensus yoktur. Multidisipliner yaklaşım, farklı tedavi modalitelerini uygulamak için en ideal yaklaşımdır. Tedavide gözlem, antibiyotik tedavisi, cerrahi, medikal tedavi (Steroid ve İmmunosupressif tedavi) yer alır. Herhangi spesifik terapötik bir girişim yapmadan hastaların yaklaşık yarısının spontan olarak iyileştiği unutulmamalıdır. Hastalığın kendisini sınırlayıcı doğası, hastalığın şiddetine göre tedavinin bireyselleştirilmesini gerektirir. Gözlem ile hastalığın yönetimi sadece ufak, unifokal lezyonlar ve ılımlı semptomları olan hastalar için uygundur. Klinik olarak eritem, inflamasyon bulgularıyla birçok hastaya bakteriyel mastit ön tanısı ile antibiyotik başlanır. İGM tedavisinde antibiyotiklerin yeri sınırlıdır. Bazı olgular klinik tam yanıt verirken bazıları abse formasyonuna sinüs traktusuna ve fistüle komplike olabilir. Abselere 2 haftalık ampirik antibiyotik tedavisi ile başlanabilir. Genellikle cerrahi drenaj endike olur. Perkütanöz cerrahi drenaj veya açık prosedür ile sinüs traktusunun ve fistülün cerrahi debridmanı gerçekleştirilebilir. Lokalize, komplike olmayan, temiz cerrahi sınırlarla çıkarılabilecek, sonrasında adjuvan tedavi gereksinimi olmayacak hastalarda uygundur. Bu kategorideki lezyonlarda rekürrens oranları %5.5 ile 50% arasında olmakla birlikte güncel yayınlarda rekürrens en düşük oranlara yakındır. Yan etkileri nedeniyle steroid dozu ve olabildiğince düşük tutulmalı ve tedaviye yanıt durumuna göre süresi sınırlandırılmalıdır. Enfeksiyon varlığında öncelikle antibiyotik tedavisi ile enfeksiyon kontrol altına alınmalı. Başlangıçta günde 2 kez 16mg prednisolone 2 hafta ve doz kademeli olarak azaltılıp 6 hafta veya 2 aya tamamlanır.

Gelecekte Moleküler yöntemler ile infektif etyolojik faktörler tespit edilebilir. Emziren kadınlarda rölatif olarak daha sık görülmesi tetikleyici faktörün tespit edilmesini olası kılabilir. Gelişmekte olan ve sosyoekonomik durumu kötü ülkelerde gebelik ve emzirme dışı geniş bir yaş grubunu da etkilendiği görülmektedir. Bu ülkelerde Sağlık hizmetlerinin ve yaşam standartlarının iyileştirilmesi gibi koruyucu stratejiler geliştirilmelidir. Üniversal protokoller geliştirilmeli ve klinisyenleri daha iyi bilgilendirecek kapsamlı klavuzlar oluşturulmalıdır.

Kaynaklar:

1 *Wolfrum A, Breast Care (Basel) 2018: 13(6): 413-418*

2. *Kessler E, Am. J. Clin. Pathol. 58(6), 642–646 (1972)*

3. *Centers for Disease Control and Prevention, MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2009; 58: 1317–1321*

4. *Patel RA, J Gen Intern Med 2010; 25: 270–273*

5. *Omranipour R, Breast Care 8(6), 439–443 (2013).*

6. *Taylor GB, Pathology 35(2), 109–119 (2003)*

7. *Dursun M, Radiol. Med. 117(4), 529–538 (2012).*

8. *Liberman L, Am. J. Roetgenol. 179(1), 171–178 (2002)*

Sözlü Sunum 5
Meme Başı Akıntıları

Yeliz Yılmaz

Meme başı akıntıları en sık karşılaşılan meme şikayetlerinden biridir. Premenapozal dönemde kadınların % 50 – 80'ninde görülür ve meme hastalığı nedeniyle cerrahi uygulanan hastaların % 6,8'ini oluşturur. ayrılır. Laktasyon dönemi nedenli , fizyolojik akıntılar ve patolojik (şüpheli) akıntılar olarak üçe ayrılır.

Laktasyon döneminde; Hamilelik, doğum veya emzirmenin kesilmesinden sonra 6 ay sürebilir. Kanlı meme başı akıntısı, kadınların % 20'sinde hamilelik ve emzirme döneminde görülür (hipervaskülarite!!).

Fizyolojik akıntılardan galaktore, hamilelik veya emzirme ile ilgisi olmayan meme başı akıntısı olarak karşımıza çıkar. Genellikle iki taraflı ve beyaz veya açık renklidir. Akıntı tek taraflı, sarı ,yeşil, kahverengi veya gri de dahil olmak üzere çeşitli renklerde olabilir.

Galaktore: En sık anterior hipofiz bezi tm nedenlidir. Hipofizde ensık mikroadenomlar kaynaklıdır. Asemptomatik olan hastalarda (prolaktin <100, normal BT/MR) izlem yeterlidir. Makroadenomlarda; dopamin agonisti (bromokriptin,pergolid,kabergolin), cerrahi ve RT tedavileri uygulanır.

Norojenik situmulasyon: Nörojenik stimülasyon örnekleri arasında manipülasyon veya giysilerden kronik meme stimülasyonu (örneğin, uygun olmayan bir sütyen) bulunur. Hipotalamik prolaktin inhibe edici faktörün salgılanmasını baskılayarak hiperprolaktinemi ve galaktore ile sonuçlanır.

Postorakotomi Sendromu: İyileşen meme lezyonunun emen bir bebeğin etkisini taklit ettiği alışılmadık bir hastalıktır. Prolaktin konsantrasyonu yüksekliği göğüs ağrısı ve süt üretimi ile ilişkili olabilir. Yanıklar , servikal omurga lezyonları ve herpes zoster gibi diğer göğüs duvarı yaralanmaları formlarında da görülebilir.

Patolojik (Şüpheli) Meme Başı Akıntısı: Akıntı genellikle tek taraflıdır ve tek bir kanala lokalize, kalıcı ve spontandır. Seröz (açık veya sarı), sanguineous (kanlı) veya serosanguineous olabilir.

Papillomalar: Benign papiller lezyonlardır. Soliter intraduktal papillom sıklıkla 40-55 yaşları arasında görülür. Nadiren malign transformasyona uğrar; atipi ile birlikte olmadığı sürece meme kanseri gelişme riskini arttırmaz Multipl intraduktal papillom (papillomatozis) daha genç yaşlarda ve malign transformasyon riski fazladır. Risk faktörü yoksa izlem (tartışmalı), eşlik eden kitle /inatçı akıntılar varsa papillomun basit eksizyonu, tek kanaldan akıntı varsa duktoskopi ile mikroduktektomi ve major duktus eksizyonu uygulanılır.

Klinik değerlendirmede; Laktasyonel olmayan meme başı akıntısı olan tüm kadınlarda ayrıntılı bir öykü alınmalı, ilaç kullanımı da dahil olmak üzere eksiksiz bir tıbbi geçmiş alınmalıdır. Akıntının görünümü, akıntının spontan veya memenin manipülasyonuyla olması, tek taraflı mı yoksa iki taraflı mı olduğu, travma öyküsü sorgulanılır. Patolojik meme başı akıntısı vakalarının yüzde 5-15'inde malignite bulunur. Meme başı akıntısı olan kadınlarda yaş, kanser riskini belirleyicidir.Meme başı akıntısı olan kadınlarda; <40 yaşları arasındakilerin yüzde 3'ünde, 40-60 yaşları arasındakilerin yüzde 10'unda, 60 yaşın üzerindeki kadınların yüzde 32'sinde malignite bulunur.

İnflamasyonu kötüleştirebileceği için mastitis veya meme apsesi olan hastalarda duktografi yapılmamalıdır. Kontrast madde ve basınç enfeksiyonu ağırlaştırır. Kanülasyon öncesi meme ucundan boşalma gözlenmeli kanal açıklığından emin olunmalıdır.Manyetik Rezonans (**MRI)** Yanlış pozitiflik

oranı yüksek, MR eşliğinde biyopsi yapılabiliyorsa, uygulanılır. Üç boyutlu bir görüntü sağlar ve memedeki anormal kanal ve lezyonun kesin şeklini ve konumunu gösterebilir.

Tedavide; biyopside kanser bulguları olan hastalar uygun cerrahi tedavi. İntraductal papillom, atipik duktal hiperplazi, atipik lobüler hiperplazi veya radyal skar biyopsi bulguları olan hastalara kanal eksizyonu önerilmelidir. Normal duktal hiperplazi veya fibroadenoma biyopsi bulguları olan hastalar takip yeterlidir. Tek taraflı ve / veya kanlı olan spontan meme akıntısı olan hastalar için, ilk görüntüleme sonuçları negatif olsa bile daha ileri değerlendirme gereklidir. Hedef lezyonun preoperatif lokalizasyonu tek bir kanalın eksizyonuna izin verir (mikrotektomi). Hedef lezyon lokalize edilemediğinde tam subareolar kanal eksizyonu yapılır.

Kaynaklar:

1. N Engl J Med. 2005 Jul 21;353(3):275-85. Benign breast disorders. Santen RJ[1], Mansel R.
2. Endocrinology of lactation.AUBuhimschi CS SOObstet Gynecol Clin North Am. 2004;31(4):963
3. Hormonal regulation of mammary differentiation and milk secretion. Neville MC, McFadden TB, Forsyth I J Mammary Gland Biol Neoplasia. 2002
4. Diagnosis and management of galactorrhea.AULeung AK, Pacaud D SOAm Fam Physician. 2004;70(3):543
5. Pituitary tumor-transforming gene: physiology and implications for tumorigenesis.Vlotides G, Eigler T, Melmed S Endocr Rev. 2007;28(2):165. Epub 2007 Feb 26
6. Outcomes of clinical and surgical assessment of women with pathological nipple discharge.AUVargas HI, Vargas MP, Eldrageely K, Gonzalez KD, Khalkhali I SOAm Surg. 2006;72(2):124
7. Bloody nipple discharge is a predictor of breast cancer risk: a meta-analysis.AUChen L, Zhou WB, Zhao Y, Liu XA, Ding Q, Zha XM, Wang S SOBreast Cancer Res Treat. 2012;132(1):9

SÖZLÜ SUNUM 6

MASTALJİ

Dr Melek Bekler Gökova

Pek cok kadının meme kanseri şüphesi ile doktora başvurmasına neden olmakta ve meme kanseri farkındalığını artırmaktadır.Klinik pratikte; başvuran hastaların %78-85 i muayene ve radyolojik bulgularının normal olması kanser olmadıkları konusunda ikna olmaları halinde ağrının hafiflemesi için ek tedavi istememekte, kendiliğinden iyileştiği gözlenmektedir.Eş zamanlı occült meme kanseri görülme ihtimali %0.5 dir. Çok sık karşılaşılan bir yakınma olmasına rağmen subjektif yapısı ve aydınlatılmamış etyolojisi nedeniyle tanı ve tedavisi zor. Yaşamları boyunca kadınların %70 inden fazlasını etkiler. Çogunlukla premenstruel dönemdeki (30-50 yaş)arasındaki kadınları etkilemektedir. % 10-20 hastada tedavi gerektirecek ve hayatı olumsuz etkileyecek oranda şiddetli olabilir. Batı toplumlarında daha sık (Asyalı kadınlarda %5). Sınıflandırmasında ;siklik mastalji (%67), nonsiklik mastalji (%26) ve gögüs duvarı agrısı (% 7) olarak 3'e ayrılır.

Siklik mastalji: 3.- 4. dekatta ve premenapozal kadınlarda en sık görülür. Tipik olarak bilateral ve üst kadran lokalize, aynı taraf kol veya aksillaya yansıyan ağrı mevcuttur.Ağrı Yanma sızlama tarzında, menstrüel siklustan 5 -7 gün önce başlar,(geç lutheal faz) menstruasyonla şideti azalır .Menapoz öncesi alevlenme olabilir. Hastaların 1/5 inde menapoz ile spontan gerileme görülür.Premenstüel sendromla (PMS) karıştırılır. Menstrüasyondan 2-3 gün önce hissedilen minör meme hassasiyeti, şişkinlik ,ağrı ve dolgunluk hissi görülür. Hormonal olduğu düşünülmekle beraber etyoloji net değildir. Luteal fazda östrojen/progesteron oranının yüksekliği suçlanmaktadır. Over fonksiyonları korunmuş histerektomili kadınlarda , OKS veya HRT alan postmenapozal kadınlarda da görülebilir.

Nonsiklik Mastalji: Menstrual siklus ile ilişkisi yok ve daha ileri yaş postmenapozal kadınlarda (sıklıkla 4. dekatta) görülür.Ağrı unilateral ve tek kadranda daha sıktır. Olguların yarısında spontan gerileme görülebilir. Cooper's ligamanında gerginlik, sütyen basısı, travma –yag nekrozu, hidradenitis süpürativa, periduktal mastit, kist ,sklerozan adenozis ,cancer, mondor hastalığı (meme venlerinin sklerozan periflebiti) nedenleri arasındadır.

Göğüs Duvarı ağrısı: Her zaman lokalize, tek taraflı yanıcı ve bıçak saplanır tarzadır. Yan yatar pozisyonda göğüs duvarı ve kostalar muayene edilmelidir. Hareketle ortaya çıkan ağrılardır. Agır egzersiz ,ev işleri sonrası ve göğüs duvarına bası ile artabilir. Alt dış kadran yerleşimli meme dışı kaynaklı bir ağrı : vertebral, spinal veya paraspinal bir hastalığa işaret edebilir. Spondiloartrit veya osteoartriti bilinen kadınlarda akla getirilmelidir

Etiyoloji-Patogenez: Siklik mastaljinin fibrokistik değişiklikler ile ilişkili olduğu söylenmesine rağmen siklik mastaljili, siklik olmayan mastaljili ve asemptomatik hastaların meme biyopsilerinde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Kistik değişiklikler mastaljisi olan hastalarda görülen değişikliklerdendir. Periduktal inflamasyon ve fibrozis nedeniyle duktuslarda daralma, proksimalinde ise dilatasyon ve ağrı ortaya çıkar. Siklik mastaljinin etyolojisi tam olarak aydınlatılabilmiş değildir. Östrojen seviyesinde artış, progesteron seviyesinde azalma, östrojen/progesteron seviyesinde anormallikten kaynaklandığı düşünülmektedir. Ağrının siklik oluşu, şişlik, hassasiyet ve nodülarite ve postmenapozda mastaljinin sona ermesi, semptomlar ile östrojen arasında bir ilişki olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte östrojen,progesteron ve prolaktin ölçümleri normaldir.

Prolaktin: Artışı meme dokusuna su ve elektrolit geçişine sebep olarak meme dokusunun gerginliğini arttırmakta ve ağrıya sebep olmaktadır. Mastaljisi olan hastalarda TRH, anti dopaminerjik ilaçlar ve strese bağlı olarak yüksek PRL seviyelerine rastlanılmıştır.

Metilksantinler(*Teofilin,çay kahve ,çukulata);* Ya fosfodiestraz enzimini inhibe ederek ya da katekolamin salınımını arttırırıp cAMP↑ düzeyini artırıp memede hücresel proliferasyona yol açmakta buda fibrokistik değişiklikler ve mastalji ortaya çıkmasına neden olur.

Klinik değerlendirme; anamnez, fizik muayene, Mammografi ve USG (Okkült Meme Ca'da ağrı oranı %0,5-2), USG : fokal meme ağrısı olan herhangi bir yaştaki tüm hastalara istenebilir.
Tedavi (ilk aşama)

- 1 Bilgilendirme
- 2 Psikolojik faktörler
- 3 Yaşam tarzı ve diyet düzenlemesi
- 4 Mekanik destek –Akunpunktur ve Fizyoterapi
- 5 NSAID kullanımı

Tedavi: 1 Bilgilendirme: Siklik mastalji çoğunlukla birkaç ay sürer. Orta ve şiddetli ağrılar 6 aydan kısa süredir mevcutsa, spontan remisyona girme olasılığı yüksektir. Degerlendirme sonrası hastaların meme kanseri olmadığına ikna edilmesi sonrası , hafif şiddetli olgularda %85 kendiliginden iyileşme saglandıgı görülmüştür. Eğitim ve ikna etmek, mastalji yönetiminde ilk basamak tedavidir.

Tedavi: 2 Psikolojik faktörler; Ciddi ve inatçı mastaljisi olan hastalara yapılan anketler sonucu anksiyete, panik atak, somatizasyon bozuklukları ve major depresyon saptanmıştır. Tedavi talep eden mastalji hastalarında anksiyete ve depresyon skorlamalarında, luteal periodta siklik değişikliklerin patolojik boyutlara çıktığı gözlenmiştir. Psikiyatrik değerlendirmenin yapılması önerilir.

Tedavi : 3 Yaşam tarzı ve Diyet düzenlenmesi: Sigarayı bırakma, stres kontrolü, sedanter yaşamdan uzaklaşma. Egzersiz yapmak ağrının azalmasına saglayabilir. Sıcak ve soğuk uygulamalar ve masaj da ağrı da azalmaya yol açar.Metilksantinlerin (teofilin, kafein, teobromin) içeren kahve, çay, çikolata ve kola gibi yiyecek ve içeceklerin 8 hafta ve daha uzun bir süre kesilmesi hastaların %85'inde fayda sağlamış.

ikinci basamak tedavide: Hormonal tedaviler, Tamoksifen, Danazol, Gosereline, Bromokriptin ve Cerrahi tedavi kullanıyor.

Sonuç olarak tedavide En önemli nokta hastaya meme kanseri olmadığının güvencesi gerekli tetkikler ve bilgilendirici açıklamalar ile verilmesidir. Dogru çamaşır kullanımı, topikal NSAİ ilaçlar ile destekleme, metilksantin kısıtlaması, diyetteki yağın azaltılması ,EPO (çuha çiçeği), Danazol, Bromokriptin, Tamoksifen, LH-RH analogları gibi medikal tedaviler ikinci basamak tedaviler olmalıdır.

Kaynaklar

1 : Chan J. Magic for Mastalgia with HT7. Acupunct Med. 2015;33(1):82
2: Gregory WM, Mills SP, Hamed H, Fentiman IS. Applied ki- nesiology for treatment of women with mastalgia. Breast. 2001;10:15–9
3 : Evaluation and Management of Breast Pain. ROBIN L. SMITH, MD; SANDHYA PRUTHI, MD; AND LORRAINE A. FITZPATRICK, MD .*Mayo Clin Proc*. 2004;79:353-372
4. Clinical management of idiopathic mastalgia: a systematic review : Shazia P. Hafiz MBChB, MSc, MRCS;[1] N icola L. P. Barnes MBChB(Hons), MD, FRCS (Gen Surg);[2] Cliona C. Kirwan MBBS, BSc, PhD, FRCS[2] . J PRIM HEALTH CARE 2018;10(4):312–323.

Sözlü Sunum 7

Makromasti (Büyük Meme Hastalığı)

Mustafa Emiroğlu

Memelerin tek veya iki taraflı olarak beden büyüklüğüyle orantısız olarak aşırı büyümesidir. 50 yaş üstü kadınlarda makromasti sıklığı % 31,7 (700 cc ↑) ve %10,7 (1000 cc ↑) olarak bulunmuştur. 40 yaş üstü kadınların % 10'da büyük meme sorunu (1000cc) görülmektedir. Meme büyümesini nedeni ergenlik ve yetişkinlikte farklıdır. Ergenlik çağında gelişen meme hipertrofileri; Virjinal hipertrofi, gelişimsel ve endokrin anomalilere bağlı hipertrofi olmak üzere üçe ayrılır. İleri yaşlarda görülen meme hipertrofileri çoğunlukla memenin glanduler yapısında atrofi, elastik liflerde azalma ve yağ dokusunda artış ile birliktedir. Bu duruma genellikle pitozis eşlik eder. Erişkinde çevresel faktörler (beslenme, obesite, ilaç vb.) bireyin kalıtsal özellikleri ve yapılan doğum sayısı gibi nedenlerin meme dokusunu etkilemesiyle oluşur.

Makromasti sınıflamasında Normal meme: 300-450 cm^3, hafif büyüme: 450-700 cm^3, orta makromasti: 700-1000 cm^3, makromasti (büyük meme): >1000 cm^3 ve Jigantomasti (Dev meme): >1500 cm^3 olarak belirtilmiştir. Meme büyüklüğünü ve düzeyini belirleyebilmek için standart bir ölçme yöntemi yoktur. Yöntemler arasında %10-20 yanılgı payı vardır. Volum hesaplama yöntemleri arasında; Mamografik yöntem (MR volüm ölçümü vb.), Grossman & Roudner diskiyle ölçüm (TC. de en sık), kalıp çıkarma, anatomik (antropometrik) ölçüm ve su taşırma (arşimet) yöntemi bulunur.

Makromasti sanıldığının aksine yaptığı şikayetler nedeniyle estetik olmaktan çok bir fonksiyonel ve fiziksel sağlık sorunudur. Ciddi yaşam kalitesi sorunlarına neden olmaktadır. Özellikle ergenlik döneminde deforme edici, özürlülüğe neden olan kalıcı bulgular oluşturabilir. Boyun, omuz, kol ağrısı , sırt ve bel ağrısı , kazanılmış torasik kifoz, memelerin ağırlığından meydana gelen brakial pleksus kompresyon sendromuna bağlı üst exteremite parestezisi, sütyen askılarının omuzu kesmesi ve ağrı, tıbbi tedaviye yanıt vermeyen itertrigo ve solunum sıkıntısı ile hastalar başvurabilir. Koşmada zorlanma ve fizik aktivite kısıtlığı, vücuda uygun giysi ve sütyen bulamama, vücut yapısından hoşlanmama aşağılık duygusu gibi bulgu ve şikayetlerle hem genel sağlık sorunu olması yanı sıra yaşam kalitesinde de bozulmalara yol açabilmektedir. Ancak hastaların yaklaşık yarısı bu yakınmaları doğal görmekte ve hekime şikayet olarak bildirmemektedir.

Görüntülemelerde makromastiye bağlı meme küçültme ameliyatlarınadan sonra orta ve uzun vadede meme kanseri açısından izlem ve radyolojik tarama sorunu saptanmamıştır. Ayrıca büyük memelerde kanser riski artmaktadır. Dupout-Page'nin çalışmasında bu artış %50 bulunmuştur. Küçültme yapılan makromastilerde kanser gelişimi azalmaktadır. Azalmanın %38-51 düzeyinde olduğu bildirilmektedir.

Meme küçültme ameliyatlarından sonra; ağrılarda (omuz, sırt, boyun ,meme) azalma, intertrigoda iyileşme, uygun giysi kolaylığı, fiziksel aktivitede artış, kadınların özgüven duygusunda artış, meme cildinde iyileşme ve yaşam kalitesi artışı saptanmakla beraber anksiyete ve depresyonda anlamlı derece azalma görülmüştür.

Meme küçülteme endikasyonları; VKİ 30 geçmeyen kadınlardan 1000 cm aşan memelerde, VKİ 20'nin altında olup da meme hacmi 700cm aşan yüksek riskli olgular, makromastili kanserlerde daha üstün kozmetik sonuç elde etmek amacıyla, makromastili selim meme hastalıklarında ve Meme rekonstrüksiyonu yapılan olgularda makromasti varsa karşı memeyi eşitlemek için yapılmalıdır.

Makromasti sanılanın aksine son derece yaygın bir sorundur. Ciddi anatomik ve fonksiyonel sorunlara neden olmaktadır. Meme küçültme bu sorunlar %70-95 oranında azaltmaktadır. Önemli

oranda yaşam kalitesini artırmaktadır. Meme kanseri açısından kazanımları vardır. Estetik kaygılar dışında meme cerrahisiyle uğraşan genel cerrahlar tarafında yapılabilir.

Kaynaklar:

1. Sood R. Plast Reconstr Surg 2003
2. Kayar R. Breast Cancer 2011
3. Emiroğlu M. Balkan J.M. 2015
4. Stanley PW . Scand J Plast Reconstr Surg 2006
5. Rietjens M, Eur J Plast Surg 2007
6. Emiroglu M. Breast cancer 2015
7. Gonzalez F. Plast Rec Surg 1999
8. Iwuagwu OC. Scand J Plast Reconstr Surg 2006

Sözlü Sunum 8

Jinekomasti

Berk Göktepe

İlk defa 1848'de Basedow tarafından tariflenmiştir. Bir hastalıktan çok bir semptomdur. Gyne – Kadın ve Matos – Meme kelimelerinden oluşmuştur. Erkek meme dokusunun fizyolojik / patolojik nedenlerle proliferasyonu sonucu oluşur. Östrojenin uyarıcı etkisi ile androjenin inhibe edici etkisi arasındaki dengesizlik jinekomastiye neden olur. Ayrıcı tanıda Psödojinekomasti adipoz doku artışına bağlı meme büyümesidir, öncelikle fizik muayene ile ayırt edilmeye çalışılır, gerekirse radyolojik tetkiklere başvurulur. Ultrasonografide normal erkek memesinden ayrımı zordur. Mamografide lipomato meme gibi ışın geçirgen görülür ve hormonal dengesizlik yoktur. Palpabl kitle, areola çapında artış, meme hacminde artış, asimetri, meme ucu-areola kompleksinin inframamarian katlantı ya da daha aşağı sarkması şeklinde karşımıza çıkar. Dokunun hormona maruz kalma süresine bağlı olarak histolojik yapı değişir.

İlk 6 ay – erken evre, epiteltal hiperplazi, proliferasyon, yaygın periduktal ödem ve stromal fibroblastik inflamasyon, ağrı (+) ve hassasiyet (+), >12 ay – geç evre, belirgin duktal dilatasyon, epitelyal hücre proliferasyonu az, stromal fibrozis şeklinde evreleri mevcuttur.geç evrede medikal tedavi faydasızdır. 4 evresi mevcuttur.

- **Sınıf I:** Çap ve protrüzyonda artışı areola ile sınırlı
- **Sınıf II:** tüm memenin hipertofisi, meme ucu-areola kompleksi inframamarian katlantıdan yukarıdadır
- **Sınıf III:** tüm memenin hipertrofisi, meme ucu-areola kompleksi inframamarian katlantı hizasındadır.
- **Sınıf IV:** tüm memenin hipertofisi, meme ucu-areola kompleksi inframamarian katlantıdan > 1cm aşağıdadır .

Sebepleri incelendiğinde ;Fizyolojik vepatoljik olarak ikiye ayrılır. Patolojik nedenler;

- NeoplazmlarErkek hipogonadizmi
- Aşırı aromataz sendromu
- Androjen duyarsızlık sendr.
- Gerçek hermafroditizm
- Siroz
- Açlık
- KBY
- Hipertiroidizm
- Bitkisel ürünler
- İlaçlar

Tedavisinde Erken evrede (ilk 6 ay) en semptomatik ve en tedavi edilebilir durumdadır. 12. aydan sonra geç fibrozis nedeni ile tedavi cevap azalır. Pubertal jinekomasti 6 ay ile 2 yıl arasında kendiliğinden geriler. Erişkinlerde de jinekomastilerin büyük bölümü kendiliğinden geriler. Öncelikle sebep olabilecek ilaçlar kesilmelidir. Altta yatan sebep giderildikten sonra ilk seçenek izlemdir. Ancak şiddetli ağrısı ve hassasiyeti olan hastalarda medikal tedavi başlanmalıdır. İlaç tedavisinde Androjenler ve Selektif Östrojen Reseptör düzenleyicileri ve aramatoz inhibitörleri kullanılabilir. Cerrahi tedavi ergenlik döneminde önerilmez. 12 aydan uzun süren, spontan veya ilaç tedavisi ile gerilemeyen ve semptomatik hastalara uygulanabilir. Ensık komplikasyonları hematom, asimetri, meme başı/ areola nekrozu, meme başı çöküklüğü, enfeksiyon duyusal kusur ve seromadır.

Sözlü Sunum 9
Asemptomatik Kadında Görüntüleme Anomalileri

Işıl Günhan Bilgen

Meme kanseri tanı ve tedavisinde multidisipliner yaklaşımda ekip cerrah, radyolog, patolog radyasyon onkoloğu ve medikal onkoloğundan oluşur ve bu Takım"ın amacı: Herbir hasta için en doğru tanı ve tedavinin seçilmesidir. Radyolog ;lezyonun saptanması lezyonun karakterizasyonu, malignite olasılığının belirlenmesive hastanın uygun yönlendirilmesini sağlar. 1993 den beri kullanılmakta olan Meme Görüntüleme Raporlama ve Veri Sistemi (BIRADS) Mamografik bulgularının raporlanmasında kullanılan terminolojiyi standardize etmek amacıyla kullanılmaktadır. 2013 yılında 5. Baskısı sunulmuştur BI-RADS değerlendirme kategorileri 0 : Eksik -Ek inceleme ve/veya eski mamogramlar gerekli, 1 : Negatif (% 0); rutin MG tarama önerilir, 2 : Benign bulgular (% 0); rutin MG tarama önerilir,3 : Olası benign bulgular; kısa aralıklı izlem önerilir (≤ % 2)4 : Kuşkulu bulgular; doku tanısı önerilir (% 2-95)4a : Malign patoloji kuşkusu düşük (% 2-10), 4b : Malign patoloji kuşkusu orta derecede (% 10-50), 4c : Malign patoloji kuşkusu yüksek (% 50-95), 5 : Büyük olasılıkla malign lezyon;doku tanısı önerilir (≥ %95), 6 : Biyopsi kanıtlı bilinen malignite; klinik uygunluğunda cerrahi eksizyon önerilir şeklinde belirtilmiştir.

Asemptomatik kadında görüntüleme anomalilerinde Mamografi; US ve manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) bulguları önem taşır. Mamografide kalsifikasyon , kitle, asimetrik opasite, yapısal distorsiyon saptanabilir. Kalsifikasyonların değerlendirilmesinde; yerleşim ,morfoloji, dağılım paterni, boyut,sayı, zaman içinde değişimleri incelenir. MMG saptanan Kitlenin değerlendirilmesi boyut , morfoloji, şekil, kenar, dansite ,eşlik eden kalsifikasyonlar, eşlik eden bulgular ve lokalizasyon değerlendirilir. Tespit edile keskin sınırlı kitlede Kist , fibroadenom, intraduktal papillom , fokal fibrozis ,abse ,hematom, filloid tm ,lenfoma ,iyi sınırlı meme ca (medüller, musinöz , papiller ca, vb) veya memeye metastaz akla gelmelidir. Keskin sınırlı kitlelerde Eski mamogram yok/takipte aynı ve bilateral çok sayıda benzer kitleler, us'de benign kriterler, fa kalsifikasyonları ,eski biyopsi: kist, fave genç yaş hasta grubu izlenebilir. Ancak takip mg'de kitlede değişiklik, us'de düzensiz kontur, akustik gölge, risk faktörü bulunması, eski biyopsi: atipi içermesi, ileri yaş ve hasta tercihi durumunda mutlaka biyopsi yapılmalıdır.

Mamografide asimetrik opasite saptandığında ek grafiler (Bası altında spot grafi-Lateral grafi), Eski mamogramlarla karşılaştırma (Yeni gelişmiş ? Büyüme ?) US ve MRG ile değerlendirilmelidir.

Ultrasonografi Mamografiyi tamamlayıcı önemli bir görüntüleme yöntemidir. En önemli kullanım alanı MG'de saptanan kitlenin kistik-solid ayırımı yapılması, klinik ve mamografik bulguların ileri değerlendirilmesi, dens yapıdaki memelerin değerlendirilmesi, aksillanın değerlendirilmesi ve girişimsel incelemelerde rehberliktir.

Mayetik Rezonans Görüntüleme(MRG) meme invaziv kanserinde sensitivitesi %100'e yakın İnsitu Ca ise %40-100, spesifitesi %37-100 arasındadır.ensık kullanım endikasyonları: Problemli MG, US veya FM bulgularının varlığında seçilmiş olgularda tanı amaçlı, yeni tanınan meme Ca olgularında, özellikle dens meme paterninde, operasyon öncesi evreleme ve tedavi planlaması, eksizyonel biyopsi sonrası rezidüel tümörün gösterilmesi, neoadjuvan KT'ye yanıtın değerlendirilmesi ,tedavi sonrası nüks saptanması, nüks-fibrozis ayırımı, aksiller lenf nodu metastazı olan olgularda MG ve US ile primer tümör gösterilemez ise primer tümör araştırılmasında ve yüksek genetik riskli kadınlarda tarama amaçlı kullanılır.

Sözlü Sunum 10

FİBROADENOM VE FİLLOİD TÜMÖRLER (MEMENİN FİBROEPİTELYAL LEZYONLARI)

Prof Dr. Ali İbrahim Sevinç

Fibroadenom

En sık görülen fibroepitelyal lezyonu ve memenin benign tümörüdür. En sık < 30 yaş kadınlarda görülüyor. > 40 yaş kadınlarda %18.5 herhangi bir yaşta görülebilir.Predisposan faktörler arsında genetik yatkınlık tespit edilmemiş ancak bazı ailelerde risk vardır. Hormonal etkileşim gösterebilir. Özellikle hamilelik ve östrojen tedavisi ile boyut artar, menapoz sonrası küçülür. Genellikle semptom vermez ancak adet döneminde rahatsızlıklara neden olabilir. Soliter, mobil, lastik kıvamında, ağrısız palpabl kitle veya non-palpabl, mamografi veya USG ile tespit edilen kitle şeklinde tespit edilir.Ayrıca mamografide kalsifikasyonlar (hyalinize fibroadenomlar) saptanabilir. Klinikte nadiren ağrı ve/veya kanlı memebaşı akıntısı vardır. Düzgün sınırlı ve benign radyolojik görünümlü olan lezyonlar kısa dönem (3-6 ay) fizik muayene ve radyolojik takiplere alınabilirler.Kesin tanı kor biyopsi ve eksizyonel biyopsi ile konulabilir. Karsinom riski çok az, ancak proliferatif lezyonlar eşlik ediyor veya aile öyküsü var ise risk artar. Yarada oluşacak skar dokusu, memeden kitle çıkarıldıktan sonra oluşacak şekil bozukluğu, memenin kanaliküler yapısının bozulması, oluşacak mamografik değişiklikler (yapısal distorsiyon, ciltte kalınlaşma, fokal densite artışı) nedeniyle fibroadenomların hepsinin çıkarılması önerilmez. Ancak Takipte büyüme, >4cm den büyükse ve hasta isteği durumumlarında ekszie edilebilir. Hyalinize fibroadenom, miksoid fibroadenom, kompleks fibroadenom, selüler fibroadenom, juvenil fibroadenom ve dev fibroadenom alt tipleri mevcuttur.

Filloid Tümörler:

Primer meme tümörlerinin < % 1!ini oluşturur. 1838 de Johannes Müller tarafından “Sistosarkoma Filloides” olarak tanımlanmış.1982 de WHO daha uygun bir terim olan “Filloid tümör”olarak değiştirmiş. 40-50 yaşlarında sıktır. Asyalı ve Latin kökenli kadınlarda daha sık görülür. Li-Fraumeni Sendromu (p53 mutasyonu) filloid tümör için predispozedir. Hızlı büyüyen veya takipte artmış büyüklükte kitle şeklinde karşımıza çıkar. Genelde 4-5 cm fakat (<3-20 cm) değişik boyutlarda olabilri. Görüntüleme ile daha küçük lezyonlar saptanabilir (%20). Aksiller metastaz çok nadirdir. Radyolojik olarak Fibroadenomdan güvenli bir şekilde ayırtedilemeyebilir.Benin, borderline ve malin olarak üç alt gruba ayrılır. Görülme sıklıkları sırasıyla 35-85, 7-40 ve 25-30 şeklindedir. Radyoljik olarak tanı koymak zor, genellikle Fibroadenom ile karışır. Mamografide pürüzsüz, yuvarlak-oval, lobüle sınırlar şeklinde görülür. Ultrasonda heterojen , iyi sınırlı, kapsül veya psödo kapsül ile çevrili, lobülasyon gösteren, internal ekojenitesi ve kalsifikasyonları olmayan hipoekoik oval lezyonlar şeklinde görülür. MR ile ayırıcı tanı rutin olarak yapılmıyor ancak doku tanısı almış Filloid Tümör hastalarında cerrahi planlama için kullanılır. Tedavi planlaması konusunda güçlükler olabiliyor. İİABX ayırıcı tanıda düşük duyarlılığa sahip % 25-70, Kor biyopsi tercih edilir ancak yalancı negatiflik oranı % 30 civarındadır. Cerrahi eksizyon temel tedavi yöntemidir. Preoperatif dönemde lezyon çoğunlukla fibroadenom olarak değerlendirildiği için kitle enükle ediliyor. Pekçok çalışmada negatif cerrahi sınır ile lokal nüks arasında bağlantı olmadığı gösterilmiştir. Aynı zamanda cerrahi sınır genişliği borderline ve malign filloid tümörlerde hastalıksız sağkalıma da etki etmediği tespit edildi. Bu yüzden Benign, düşük dereceli, pozitif cerrahi sınır olan olgularda bekle ve gör politikası uygulanabilir. Ortalama lokal yineleme zamanı 2 yıldır. Takiplerinde ilk 2 yıl 6 ayda bir radyolojik görüntüleme + fizik muayene sonra yıllık radyolojik ve klinik takip önerilir.

Sözlü Sunum 11

Nadir Benign Meme Tümörleri

Ayşe Yazıcı

Memenin benign epitelyal proliferasyonları birkaç alt başlıkta toplanır

- Adenozis
  - Adenozis, Sklerozan Adenozis, Apokrin Adenozis
  - Mikroglanduler Adenozis
- Radial Skar
- Adenomlar
  - Tubular Adenom
  - Laktasyon Adenomu
  - Apokrin Adenom
  - Duktal Adenom
  - Pleomorfik Adenom
  - Meme Başı Adenomu
- Papiller Lezyonlar
- Mukosel Benzeri Lezyonlar
- Kollajenöz Sferülozis
- Hiperplaziler
  - Klasik Tipte Duktal Hiperplazi
  - Kolumnar Hücreli Lezyonlar
  - Atipik Duktal Hiperplazi
  - Atipik Lobuler Hiperplazi

Adenozis: Glanduler yapının proliferasyonudur. Lobüler paternde asini artışı bulunur. Ensık 3.-4. dekadda tespit edildir. Genelde insidental olarak mikrokalsifikasyonlar şeklinde tesspit edilir.

Sklerozan Adenozis: Mamografik, makroskopik ve mikroskobik olarak invaziv tümör ile karışabilir. 1.5-2 kat invaziv karsinom risk artışı bulunur. Mikroskopisinde Genişlemiş lobülosentrik proliferasyon, sınırlar yuvarlak-lobüler, santral fibrozis (Geç dönem), santralde daha geniş duktuslar ve asini distorsyonu saptanır.

Mikroglandüler Adenozis: Myoepitelyal hücreleri içermeyen tek benign lezyondur. Çok nadirdir. Palpabl kitle veya asemptomatik olarak tespit edilibilir. 20-80 yaş (6. dekadda sık) ve %25 invaziv karsinom ile ilişkili olabilir. Mikroskopisinde Yağ doku içerisinde, duktus çevresinde, rastgele dağılmış, küçük-yuvarlak tubuller bulunur. p63 (-), myoepitelyal hücreler (-), bazal membran belirteçlerinden ; kollagen Tip 4 (+), laminin (+) ve PAS (+) dir. ER(-), PR (-), CerbB2 (-), GCDFP15 (-), EMA (-) olrak tespit edilir. Karsinomlarla benzer genomik değişiklikler içerir. Lokal rekürrens yapabilir. Tru-cut biyopside (+) eksizyonu öneriliyor. Cerrahi sınırda (+) ise reeksizyon gerektirmez.

Radial Skar: Düzensiz sınırlı, genellikle 1 cm< tespit edilir. 2cm> ise Ca ilişkili olabilir. Erken radyal skarda; santral fibrotik nidus, ortada basıya uğramış çok sayıda gland, perifere doğru uzanan epitelyal proliferasyonlar, geç radyal skarda hyalinize fibroelastik nidus, ortada az gland, periferde radyal epitelyal proliferasyon belirgindir. Meme karsinom gelişimi açısından risk faktörüdür. Tru-cut biyopside tanı alması durumunda eksizyonu öneriliyor. Maligniteye eşlik edebilir. Tru-cut'ta karsinom ayırımı zor olabilir.

Tubuler adenom: Gençlerde sık, ağrısız, palpabl nodül şeklinde radyolojik olarak düzgün sınırlı kitle tespit edilir. Nadir mikrokalsifikasyon oluşturur. Rekürrens yapmaz ve karsinom riski yoktur.

Laktasyon adenoma: Fibroadenom ya da Tubuler adenomda gebelik ve laktasyona sekonder sekretuar değişikliklerdir. Rekürrens yapmaz ve karsinom riski yoktur.

Pleomorfik Adenom: Nadirdir ve genellikle postmenopozal kadınlarda görülür. Periaerolar yerleşimli, sert nodül şeklindedir. Rekürrens riski vardır ve tedavisi geniş eksizyondur.

Mukosel Benzeri Lezyon: Müsin içeren kistler şeklindedir. ADH / DKIS / IDK ilişkili olabilir. Müsinöz Karsinom ile ilişkili olabilir. Detaylı mikroskopik inceleme gerektirir.

Meme Başı Adenomu: 20-87 yaş arasında görülür. Meme başı akıntısı, kitle ve Paget bulguları tepit edilebilir. Tedavisi geniş eksizyondur. %14' ü karsinomla ilişkili bulunmuştur.

Syringamatöz Tümör: ensık Meme başı çevresinde bulunur. 11-67 yaş (ort. 40 yaş) ensık görüldüğü yaş aralığıdır. Ağrı, deri bulguları, meme akıntısı bulgularıdır. 1-3cm sert, düzensiz sınırlı kitle şeklinde görülür ve Lokal invaziv ve Rekürrens riski taşır. Tedavisi geniş eksizyondur.

Kollajenöz Sferülozis: İnsidental tespit edilir. Proliferatif lezyonlara eşlik eder. Bazal membran benzeri materyal, Myoepitelyal hücreler ve Epitelyal hücreler histolojik özellikleridir.

Adenomyoepiteliyoma: Ortalama 60 yaşlarında görülür. Kitle, ağrı, akıntı yapabilir. Genellikle benign, lokal rekürrens yapar. 1cm den büyük yuvarlak nodül şeklindedir. Her iki komponentte malign transformasyon olabilir . Tedavisi geniş eksizyondur.