

MEME İŞARETLEME YÖNTEMİYLE ŞÜPHELİ LEZYONLARIN İRDELENMESİ

M. Gökhan Bilgin, Oktay Sarı, Müjdat Balkan, Semih Görgülü, Kenan Sağlam, Turgut Tufan

GATA, Genel Cerrahi, Etlik, Ankara, Türkiye

Bu çalışma; İstanbul Meme Kanseri Konferansı 2006'da sunulmuştur.

ÖZET

AMAÇ: Günümüzde sıklıkla kullanılan işaretleme biyopsisi yönteminin nonpalpabl meme lezyonlarının tanımlanmasında önemli yeri vardır. Çalışmamızda nonpalpabl meme lezyonlarının tel işaretleme yardımıyla yapılan biyopsi sonuçlarının geriye dönük olarak incelenmesini amaçladık.

YÖNTEM: GATA Genel Cerrahi AD. Polikliniğine 1 Ocak 2005 - 1 Temmuz 2006 arasında başvuran; şüpheli meme lezyonu olan ve 'tel işaretleme yöntemi' yardımıyla biyopsi uygulanan 57 hasta çalışmamıza dahil edildi. Hastaların radyolojik ve histopatolojik sonuçları değerlendirilerek elde edilen veriler 'SPSS for Windows 10.0' istatistik programı kullanılarak analiz edildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 57 hastanın yaş ortalaması 48.8 (27-76 yaş) idi. Mamografik değerlendirmede hastaların 25 inde (% 43.9) düzgün kontürlü kitlesel lezyon, 8 inde (% 14) sınırları belirsiz kuşku lezyon, 22 sinde (% 38.6) mikrokalsifikasyonla uyumlu lezyon, 1 inde (%1.8) asimetrik dansite veren , 1 inde de (%1.8) malign görünümülü spiküler lezyon rapor edildi. Histopatolojik değerlendirmede; 43 hastada (% 75.4) benign, 14 hastada (%24.6) malign lezyon tespit edildi. Benign lezyonların 28'i (% 49.1) fibrokistik değişiklik, 3'ü (% 5.3) fibroadenoma, 9'u (%15.8) fibrokistik değişiklik ve fibroadenoma, 2'si (%3.5) intraduktal papillom, 1 tanesi de (%1.8) duktal epiteliyal hiperplazi olarak bulundu, malign olanların 12'si (%21.1) intraduktal karsinom, 1'i (%1.8) infiltratif lobüler karsinom, 1'i de mikst karsinom (intraduktal karsinoma + infiltratif lobüler karsinoma) olarak saptandı.

SONUÇ: Meme kanserinin erken tanısında, palpe edilemeyen şüpheli lezyonların tanımlanmasında 'tel işaretleme yöntemi' günümüzde geçerliliği ortaya çıkmış bir metoddur. Pratiğinin artırılması ile kolayca aşılacak bazı teknik sıkıntıları olmakla birlikte etkin ve yaygın olarak kullanılması desteklenmelidir.

Anahtar sözcükler: meme, nonpalpable meme lezyonu, işaretleme biyopsisi

INVESTIGATION OF SUSPICIOUS BREAST LESIONS WITH BREAST MARKING TECHNIQUE

ABSTRACT

OBJECTIVE: Recently , frequently used needle-localised breast biopsy technique has important value to evaluate nonpalpable breast lesions. In our study; we aimed to evaluate the radiological findings that led to the prebiopsy needle localization of nonpalpable breast lesions detected in screening mammography and sonography.

METHOD: Fifty seven uncertain breast lesions, which were preoperatively localized by ultrasonographically guided needle-wire localization system, between 01 January 2005 and 31 July 2006 in the Department of Surgery, GATA were included in the study. Radiologic and histopathologic results were analyzed by SPSS for windows 10.0 statistic program.

RESULTS: Patients mean age were 48.8 (27-76). Mammographic findings were; 25 well shaped lesions (43.9%), 8 uncertain bordered lesions (14%), 22 micro calcifications (38.6%), 1 asymmetric density (1.8%), 1 malign seemed spiculated lesion (1.8%). Histopathologic results were; 43 benign lesions (75.4%), 14 malign lesions (24.6%). Benign lesions were; 28 fibrocystic changes (49.1%), 3 fibroadenomas (5.3%), 9 fibrocystic changes + fibroadenomas (15.8%), 2 intraductal papillomas (3.5%), 1 ductal epithelial hyperplasia (1.8%). Malign lesions were; 12 intraductal carcinomas (21.1%), 1 infiltrative lobular carcinoma (1.8%), 1 mixed carcinoma (intraductal carcinoma+ infiltrative lobular carcinoma).

CONCLUSION: In early diagnosis of the breast cancer, the currency of the imaging guided needle localization of nonpalpable breast lesions has been proved. Despite some technical problems which can be tackled with more practise, it should be used widely.

Key words: breast, needle-localised breast biopsy, nonpalpable breast lesion

Meme kanseri; kadınların en sık görülen malign tümörü olup; kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır. Yaklaşık her on kadından birinde görülen ve kansere bağlı ölümlerin beşte birinden sorumlu olan meme kanserinin erken tanısı ölüm ve sakatlık oranlarının azaltılması bakımından oldukça önem taşımaktadır. Dolayısıyla; erken tanıda periyodik fizik muayene ve temel tanı yöntemlerinin etkin kullanılmasının önemi tartışılmazdır (1,2,3). Bu gerçekler doğrultusunda; ülkemizde de memenin radyolojik incelemeleri giderek daha çok gereksinim duyulan yöntemler haline gelmiştir (2).

Mamografinin asemptomatik kadınlarda tarama amaçlı kullanımı sonucunda meme kanserinin erken evrede saptanma oranı artmış

ve bunun sonucunda da ölüm oranlarında %30-40 oranında azalma sağlanmıştır (4,5,6). Ancak bu yöntemin seçiciliği (spesifite) yüksek değildir (7,8). Mamografiyle birlikte ultrasonografinde (US) kullanılmasıyla tanı olasılığı artmaktadır. Amaç; meme kanserinin mümkün olan erken evrede saptanmasının yanı sıra; gereksiz biyopsilerin en aza indirgenmesidir (4). Ancak ultrasonografinin benign ve malign lezyonların ayırıcı tanısında yararlılığı tartışmalıdır (9,10). Dikkatli bir inceleme sonucunda eksizyonel biyopsi gerekli görülürse; başarılı bir eksizyon ve kozmetik sonuç için operasyon öncesinde nonpalpabl lezyonun görüntüleme yöntemleri eşliğinde işaretlenmesi gerekir. Tel ile işaretleme denen bu yöntem ile şüpheli lezyon isabetli bir şekilde ve normal dokuya en az zararla çıkarılmaktadır (4). Bu sayede görüntüleme yöntemlerinin seçiciliği artırılabilmektedir.

Tablo 1. Radyolojik tanı

RADYOLOJİK TANI	ARC BI-RADS	SIKLIK	%
Düzenli sınırlı lezyon	3	25	43.9
Sınırları belirsiz lezyon	4a	8	14.0
Malign spiküler lezyon	4b	1	1.8
Asimetrik dansite	0	1	1.8
Mikrokalsifikasyon	4c	22	38.6
TOPLAM	-	57	100.0

Tablo 2. Histopatolojik benign/malign oranı

	SIKLIK	%
Benign	43	75.4
Malign	14	24.6
TOPLAM	57	100.0

Biyopsi öncesinde nonpalpabl lezyonun mamografi yada US yardımıyla ve ucu kıvrık bir tel kullanılarak işaretlenmesi; arzu edilen cerrahi kolaylığı ve iyi sonuçları mümkün kılmıştır. Bu modern işlem için deneyimli radyolog ve patolojilerle birlikte çalışmak, tanının erken konması ve tedavi açısından önem arz etmektedir (8).

Nonpalpabl lezyonlarda görüntüleme yöntemiyle şüpheli kalınan ve meme işaretleme yöntemi uygulanan bir çok çalışmada malignite tespit etme oranları %10-50 arasında değişmektedir (4,8,10,11,12,13,14,15).

Tel işaretleme yöntemi günümüzde kolay uygulanabilirliği olmasına rağmen, genelde eğitim hastanelerinde yapılabilmektedir. Bu konuda yapılan çok sayıda çalışma malignite tespit etme oranlarında gelişme olup olmadığına yönelik, cerrahi ve radyolojik olarak tecrübelerimizin halen ne seviyeye geldiğini saptamaya yönelik yapılmıştır. Bu nedenle son zamanlarda uygulamaya aldığımız hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Sonuçlar değerlendirildiğinde özellikle bu konuda yetişmiş radyoloji personelinin gerekliliği önemini sürdürmektedir.

Gereç ve yöntem

Gerek rutin kontrol amacıyla gerekse herhangi bir meme şikayeti nedeniyle GATA Genel Cerrahi AD. Meme polikliniğine 1 Ocak 2005- 1 Temmuz 2006 yılları arasında başvuran hastaların, mamografik ve/veya ultrasonografik bulguları ile nonpalpabl, benign-malign ayrımı yapılamayan ve tel işaretleme yardımıyla biyopsi uygulanan 57 hasta çalışmamıza dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan hastalardaki lezyonların boyutları nedeniyle sadece tel işaretleme yöntemi uygulanmıştır. Hastaların radyolojik ve histopatolojik sonuçları, komplikasyon olup olmadığı, malign saptanan olgularda uygulanan cerrahi girişim tipleri ve tel işaretleme sonrası spesmen grafisi uygulamaları değerlendirilerek elde edilen veriler SPSS 10.0 paket programına aktarılarak sonuçlar %, ortalama \pm standart sapma şeklinde ifade edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya alınan 57 hastanın yaş ortalaması 48.8 (27-76 yaş) olup mamografik değerlendirmede hastaların 25 inde (%43.9) düzenli kontürlü kitlesel lezyon, 8 inde (%14) sınırları belirsiz kuşku lezyon, 22 sinde (%38.6) mikrokalsifikasyonla uyumlu lezyon, 1 inde

Tablo 3. Histopatolojik tanı

HİSTOPATOLOJİK TANI	SIKLIK	%
Fibrokistik değişiklik	28	49.1
Fibroadenoma	3	5.3
İnfiltratif lobüler karsinoma	1	1.8
İntraduktal karsinoma	12	21.1
Mixt karsinoma	1	1.8
İntraduktal papilloma	2	3.5
Duktal epitel hiperplazisi	1	1.8
Fibrokistik değişiklik + Fibroadenoma	9	15.8
TOPLAM	57	100.0

(%1.8) asimetrik dansite veren, 1 inde de (%1.8) malign görünümü spiküler lezyon rapor edilmiştir (Tablo 1).

Histopatolojik değerlendirmeye göre 43 hastada (%75.4) benign , 14 hastada (%24.6) malign lezyon tespit edilmiştir (Tablo 2). Benign lezyonların 28'i (%49.1) fibrokistik değişiklik, 3'ü (%5.3) fibroadenoma, 9'u (%15.8) fibrokistik değişiklik ve fibroadenoma, 2'si (%3.5) intraduktal papillom, 1 tanesi de (%1.8) duktal epiteliyal hiperplazi olarak bulunurken, malign olanların 12'si (%21.1) intraduktal karsinom, 1'i (%1.8) infiltratif lobüler karsinom, 1'i de de mixt karsinom (intraduktal karsinoma + infiltratif lobüler karsinoma) olarak saptanmıştır. Radyolojik tanılarına göre düzenli sınırlı lezyon saptanan 25 hastanın 6'ında (%24) malignite tespit edildiği gösterilmiştir (Tablo 3,4).

Tel işaretleme yapılan 57 olgunun 22'sinde spesmen grafisi çekilmiştir. 10 tanesinde intraoperatif patolojik değerlendirme ve konsültasyonu alınmıştır. 25 olguda ise spesmen grafisi çekilmemiştir. Olgularda eksizyondan sonra postoperatif hiçbir komplikasyon gelişmemiştir.

Malignite saptanan 14 olgunun tedavisi amacıyla 2 tanesine modifiye radikal mastektomi yapılmışken 10 olguya koruyucu meme cerrahisi uygulanmıştır.

Tartışma

Meme kanseri kadınların en sık görülen malign tümörü olup, kadınlarda görülen tüm kanserlerin yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır (3). Yaklaşık her 10 kadından birinde görülen ve kansere bağlı ölümlerinde beşte birinden sorumlu olan meme kanserinin erken tanısı morbidite ve mortalite oranlarının azaltılması bakımından oldukça önem taşımaktadır (4).

Son yıllarda tarama mamografisinin yaygın bir şekilde kullanılmaya başlaması ve kadınların periodik muayene konusunda bilinçlenmesi nonpalpable meme lezyonlarının sayısında artışla sonuçlanmıştır (16).

Günümüzde nonpalpable lezyonların lokalizasyonunda kullanılan standart teknik tel ile işaretleme tekniğidir. Şüpheli bir mikrokalsifikasyon odağının veya palpe edilemeyen bir lezyonun tanısının ortaya konması tel işaretleme biyopsisinin en sık endikasyonunu oluşturur. Nonpalpabl lezyon nedeniyle biyopsi yapılan ve malignite saptanan hastaların %67'sinin tedavi edilebilecek lenf noduna ve %98'inin hastalısız sağ kalıma sahip oldukları tespit edilmiştir (17). Böylece erken evrede malign lezyonların yakalanması olanaklı kılınarak hastalığın tedavisinde kür sağlanabilmekte ve hastanın yaşam kalitesi arttırılabilmektedir (8,9,18).

Tablo 4. Radyolojik tanı malign/benign oranı karşılaştırması (ARC BI-RADS)

RADYOLOJİK TANIM	ARC BI-RADS	MALİGNİTE				TOPLAM
		benign	%	malign	%	
Düzyünlü sınırlı lezyon	3	19	76.0	6	24.0	25
Sınırları belirsiz lezyon	4a	6	75.0	2	25.0	8
Malign spiküler lezyon	4b	1	100	-	-	1
Asimetrik dansite	0	1	100	-	-	1
Mikrokalsifikasyon	4c	16	72.7	6	27.3	22
TOPLAM	-	43	75.4	14	24.6	57

Meme işaretlemelerde genelde Kopans tarafından geliştirilen çengel şeklindeki iğneler kullanılmaktadır. Tel sayesinde operasyon sırasında lezyon görülebilmektedir. Bu sayede lezyona 1 cm den daha yakın ulaşılabilmektedir. Mamografi ile telin lokalizasyonu iki yönlü olarak gösterilebilmekte ve telin izdüşümü cilt üzerinde işaretlenerek lezyona ulaşmada cerraha yardımcı olmaktadır. Sınırları net olmayan lezyonlarda birden fazla tel kullanılabilir (19,20).

Tel ile işaretlemenin etkili olmasına rağmen bazı dezavantajları vardır. Tel giriş yerinin cerrah için ideal insizyon yerine uzak olması, bu

nun sonucunda cerrahın geniş bir alanı eksizye etmek zorunda kalmasına sebep olmaktadır. En sık görülen komplikasyon işaretleme esnasında görülen vazovagal reaksiyondur (%10). Ayrıca densmelerde tel yerleştirmenin zor olması, telin kayması, hastaya verdiği huzursuzluk, kanama, enfeksiyon, pnönomothoraks, telin kesilmesi, biyopsi kavitesinde rezidüel tümör kalabilmesi başlıca dezavantajları ve komplikasyonları olarak değerlendirilebilir (21,22,23).

İşaretleme sonrası lezyonun çıkarılmaması başarısızlık olarak kabul edilir. Literatürde %0-18 (ortalama %2.6) arasında bildirilmektedir. Bu duruma mikrokalsifikasyon gibi sınırları net olmayan lezyonlarda ve mamografi rehberliğinde yapılan işaretlemelemlerde daha fazla karşılaşılmaktadır. Bu durum radyolog ve cerrahın deneyimli olmasının önemini ortaya koymaktadır (24,25).

Nonpalpabl lezyonlarda görüntüleme yöntemiyle şüpheli kalınan ve meme işaretleme yöntemi uygulanan bir çok çalışmada malignite tespit etme oranını %10-50 arasında değiştirmektedir (5). Bizim çalışmamızda bu oran %24.6 olarak tespit edilmiştir. Kanser saptamadaki başarısızlık oranı ise %0-8 (ortalama %2) olarak bildirilmektedir (26).

Sonuç olarak meme kanserini erken evrede saptamada tarama mamografisi ve/veya ultrasonografi ile tespit edilen kuşkulu nonpalpabl lezyonlarda telle işaretleme biyopsi yönteminden elde edilen sonuçlar, bu tekniğin etkin bir şekilde kullanılması gerektiğini desteklemektedir.

Kaynaklar

1. Furnival CM. Breast cancer: Current issues in diagnosis and treatment. Aust N Z J Surg 1997; 67: 47-58. (PMID: 9033377)
2. Dayanır YÖ, Özdemir A. Meme Değerlendirilmelerinde Fizik muayene, Ultrasonografi ve Mamografi Bulgularının Karşılaştırılması, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2000; 1(2): 9-12.
3. Haydaroğlu A, Dubova S, Özşaran Z. Ege Üniversitesinde meme kanserleri: 3897 olgunun değerlendirilmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2005 Cilt:1 sayı:1
4. Bilgen İG, Memiş A, Üstün EE. İşaretleme biyopsisi ile değerlendirilen 550 nonpalpabl meme lezyonunun retrospektif incelenmesi, Tanısal ve Girişimsel Radyoloji 2002; 8: 487-495.
5. Kopans DB, The positive predictive value of mammography. AJR 1992; 158: 521-526. (PMID: 1310825).
6. Lawrence W, Basset. Current status and future directions. The Radiologic Clinics of North America Breast Imaging 1992; 30: 211-9.
7. Feig SA. Role and evaluation of mammography and other imaging methods for breast cancer detection, diagnosis, and staging. Semin Nuclear Med. 1999; 29: 3-15. (PMID: 9990680)
8. Özdemir A. Preoperatif işaretleme yapılan nonpalpabl 381 meme lezyonunun değerlendirilmesi. Tanısal ve Girişimsel radyoloji 2000; 6: 314-322.
9. Kopans DB, Ultrasound and breast evaluation. in breast imaging. 2. ed. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia; Daniel B. Kopans 1998; 409-443
10. Stavros AT, Thickman D, Rapp CL, Dennis MA, Parker SH, Sisney GA. Solid breast nodules: Use of sonography to distinguish between benign and malignant lesions. Radiology 1995; 196: 123-135. (PMID: 7784555)
11. Tenekeci N, Topuzlu C, Müslümanoğlu M, Alatlı C, İğci A, Özmen V, İlhan R. Palpabl olmayan meme lezyonlarının eksizyonel biyopsisinde stereotaksik işaretlemenin yeri. Ulusal Cerrahi Dergisi 1994; 10(4): 226-231.
12. Çoban K, Tansuğ T, İşgüder AG, Roditi A, Nazlı O, Uluç E, Yiğit S. Nonpalpabl meme lezyonlarında stereotaksik işaretleme ve cerrahi biyopsi. İzmir Atatürk Eğitim Hastanesi Tıp Dergisi 2002; 40(2): 19-24.
13. Bedirli A, Şakrak Ö, Özcan N, Akcan A, Keçeli M, Aritaş Y. Nonpalpabl meme lezyonlarında iğne lokalizasyonlu eksizyonel biyopsi. Klinik ve Deneysel Cerrahi Dergisi 2000; 8(4): 200-204.
14. Memiş A, Üstün EE, Örgüç Ş, Eldem A, Özbal O, Özdemir N, Erhan Y. Palpe edilemeyen meme lezyonlarının biyopsi öncesi iğne ile işaretlenmesi. Ulusal Cerrahi Dergisi 1994; 10(4): 232-237.
15. Harmancıoğlu Ö, Saydam S, Füzün M, Astarcıoğlu K, Bakır H, Dicle O. Mamografi eşliğinde iğne ile işaretlenmiş palpe edilemeyen meme lezyonlarında biyopsinin cerrahi açıdan değerlendirilmesi. Ulusal Cerrahi Dergisi 1991; 7(4): 205-207.
16. Altomare V, Guerrico G, Giacomeli L, Batista C, Carino R, Montesano M, Vaccaro D, Rabitti C. Management of nonpalpable breast lesions in a modern function at breast unit. Breast Cancer Res Treat. 2005; 93: 85-9. (PMID: 16184463)
17. Reintgen D, Cox C, Greenberg H, Baekey P, Nicosia S, Berman C, Clark R, Lyman G. The medical legal implications of following mammographic breast masses. Am Surg 1993; 59: 99-105. (PMID: 8476150)
18. Lee CH, Eglin TK, Philpotts LE, Mainiero MB, Tocino I. Cost-effectiveness of stereotaksic core needle biopsy: Analysis by means of mammographic findings. Radiology 1997; 202: 849-854. (PMID: 9051045)
19. Junkermann H, Fournier VD. Prebiopsy localization of nonpalpabl breast lesions. Radiological diagnosis of breast diseases. 2000; 283-290.
20. Libermann L, Kaplan J, Van Zee KJ, Morris EA, LaTrenta LR, Abramson AF, Dershaw DD. Bracketing wires for preoperative breast needle localization. AJR 2001; 177: 566-572. (PMID: 11517048).
21. Homer MJ, Pile-Spellman ER. Needle localization of occult breast lesions with a curved-end retractable wire: technique and pitfalls. Radiology 1986; 161: 547-548. (PMID: 3763930).
22. Rissanen TJ, Makarainen HP, Mattila SI, Karttunen AI, Kiviniemi HO, Kallioinen MJ, Kaarela OI. Wire localized biopsy of breast lesions: a review of 425 cases found in screening or clinical mammography. Clin Radiol 1993; 47: 14-22. (PMID: 8428412.)
23. Mitnick JS, Vasques MF, Harris MN, Buchbinder SS. Localization of transected wire. ARJ 1991; 156: 886. (PMID: 2003457).
24. Abrahamson PE, Dunlap LA, Amamoo MA, Schell MJ, Braeuning MP, Pisano ED. Factors predicting succesful needle-localized breast biopsy. Acad Radiol 2003; 10(6): 601-606. (PMID:12809412)
25. Besic N, Zgajnar J, Hocevar M, Renner M, Frkovic-Grazio S, Snoj N, Lindtner J. Breast biopsy with wire localization: factors influencing complete excision of nonpalpable carcinoma. Eur Radiol 2002; 12: 2684-2689. (PMID: 12386758)
26. Jackman RJ, Marzoni FA. Needle-localized breast biopsy: Why do we fail? Radiology 1997; 204: 677-684. (PMID: 9280243)

İletişim

M. Gökhan Bilgin
Tel : 0(312) 304 51 09
E-Posta : opmgb@yahoo.com