

MEMENİN PALPE EDİLEMİYEN LEZYONLARINDA TEL İLE İŞARETLEME

Gülay DALKILIÇ,¹ Turgay ERGİNEL,² Hakan ACAR,² Fazlı Cem GEZEN,²
Engin BAŞTÜRK,² Selahattin VURAL,² Mustafa GÜLMEN¹
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ¹2. Genel Cerrahi Kliniği, ²1. Genel Cerrahi Kliniği

Tarama amaçlı çekilen mamografilerin yaygınlaşması sonrası memede palpe edilemeyen lezyonlara rastlanma oranı artmıştır. Bu lezyonların histopatolojik tanısını koymada görüntüleme yöntemleri eşliğinde tel ile işaretleme kullanılmaktadır. Kliniğimizde Ocak 2000-Mart 2005 tarihleri arasında mamografi eşliğinde palpe edilemeyen lezyonları olan 34 hastaya lokal anestezi altında tel ile lezyonlara işaretleme yapıldı. Hastaların yaş ortalamaları 43.8 (26-58) idi. On sekizi (%52.9) memede ağrı şikayeti başvurusunda, 16'sı (%47.1) hormon replasmanı için periyodik kontrol sırasında saptandı. Yirmi iki hastada (%64.8) kalsifikasyon 12 hastada (%35.2) kitle + kalsifikasyon saptandı. Hastaların histopatolojik incelemelerinde 22 olguda (%64.8) benign lezyona, 12 olguda (%35.2) invaziv kansere rastlanıldı. İki hastaya meme koruyucu cerrahi, 10 hastaya modifiye radikal mastektomi uygulandı. Lezyonların tel ile işaretlemesi sırasında komplikasyon gelişmedi. İki hastada ameliyat sırasında tel, işaretli bölgeden ayrıldı. Ameliyat sonrası dönemde 4 hastada hematoma gelişti. Bir hastada yara yeri nekrozu pansumanlarla tedavi edildi.

Anahtar Sözcükler: Meme kanseri/patoloji; mamografi; karsinom.

WIRE LOCALIZATION IN NON-PALPABLE BREAST LESIONS

With the widespread usage of screening mammography, encounter rate of non-palpable lesions within breast were increased. Imaging technique guided preoperative wire localization is useful for the histopathologic diagnosis of these lesions. Retrospective review was performed on 34 patients with non-palpable lesions diagnosed by mammography-guided wire localization under local anesthesia between January 2000 to March 2005. The mean age of patients was 43.8 (range 26-58). The lesions were diagnosed with mastodynia in eighteen of them (52.9%) and during periodical controls for hormone replacement in 16 (47.1%) patients. Twenty-two patients (64.8%) demonstrated calcifications and 12 patients (35.2%) had mass lesion together with calcifications. Histopathologic examinations revealed 22 (64.8%) benign lesions and 12 (35.2%) invasive carcinoma. Two patients had undergone breast preserving surgery and ten had modified radical mastectomy. No complication was developed during wire localizations of the lesions. Wire dislocated in two patients during operation. Four patients developed postoperative hematoma and one patient had wound necrosis treated conservatively.

Key Words: Breast neoplasms/pathology; mammography; carcinoma.

Dünyada her yıl görülen on milyon kanser olgusunun %10'unu meme kanseri oluşturur.^[1] Günümüzde meme kanserinin sistemik bir hastalık olduğu görüşü kabul edilmektedir. Memede lokalize erken evre

tümörlerde bile uzak metastaza rastlanılabilir. Buna rağmen tarama mamografileri ile %20 oranında rastlanılan erken evre meme kanserlerinde lokal tedavi ile kür sağlanabilir.^[2,3] Hormon replasman tedavisi

Başvuru tarihi: 28.6.2005 **Kabul tarihi:** 3.3.2006

İletişim: Dr. Gülay Dalkılıç, Atrf Bey Sok., Gökdeniz sitesi, G Blok, Acıbadem, İstanbul.

Tel: +90 - 216 - 441 39 00 / 1607 **e-posta:** gulaydalkilic@yahoo.com

(HRT) kontrolleri sırasında ya da tarama amaçlı çekilen mamografilerde, palpe edilemeyen lezyonlara; yani dansite artışı, kitle oluşumu ve kalsifikasyonlara rastlanmaktadır. Bu lezyonların histopatolojik tanısını koymak ve tedavilerini sağlamak amacıyla çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bu tür lezyonlarda tel ile işaretleyip açık biyopsi uygulanması yöntemlerden birisidir.

Çalışmamızda mamografilerde kalsifikasyon, kitle saptanan ve histopatolojik tanıları için tel iğne ile işaretlenerek cerrahi biyopsileri yapılan olgular sunuldu.

HASTALAR VE YÖNTEM

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği'nde Ocak 2000-Mart 2005 tarihleri arasında memede palpe edilemeyen lezyonlar nedeni ile tel ile işaretleme yöntemi kullanılarak ameliyat edilen 34 hasta geriye dönük olarak incelendi. Fizik muayenede kitle ele gelmeyen, mamografilerinde dansite artışı, kitle oluşumu, kalsifikasyon saptanan hastalarda lezyonlar lokal anestezi altında tel ile işaretlenerek aynı gün ameliyata alındı. Genel anestezi altında çıkarılan lezyonlara tekrar mamografi çekildi. Kalsifikasyonların, asimetric dansite artışı gösteren lezyonların tamamının çıkarıldığı görülüp, histopatolojik tetkik için patoloji laboratuvarına gönderildi. Kitle oluşturan lezyonlarda frozen yapıldı. Hastalar ameliyat sonrası periyodik takiplere alındı.

BULGULAR

En genç hasta 26, en yaşlı hasta 58 yaşında idi. Hastaların 18'i (%52.9) memede ağrı şikayetiyle başvuruda, 16'sı (%47.1) HRT için periyodik kontroller sırasında saptandı. Yirmi iki hastada (%64.8) kalsifikasyon, 12 hastada (%35.2) kitle ve kalsifikasyon saptandı (Tablo I). Hastaların histopatolojik incelemelerinde 22 olguda (%64.8) benign lezyona, 10 olguda (%29.4) invaziv kansere, 2 olguda (%5.8) duktal karsinoma *in situ*'ya rastlanıldı (Tablo II, III).

Duktal karsinoma *in situ* saptanan 2 hastaya meme koruyucu cerrahi, 10 hastaya modifiye radikal mastektomi uygulandı. Lezyonların tel ile işaretlemesi sırasında komplikasyon gelişmedi. İki hastada ameliyat sırasında tel işaretli bölgeden ayrıldı. Ameliyat sonrası dönemde dört hastada hematoma gelişti. Bir hastada yara yeri nekrozu pansumanlarla tedavi edildi.

TARTIŞMA

Günümüzde meme kanseri kadınlar arasında önemli ölüm nedenlerinden biridir. Meme kanserinde tümör büyüklüğü, aksiller lenf nodu metastazı prognozu belirleyen önemli faktörlerdir. Bu nedenle erken tanı sağkalımı artırmaktadır. Mamografi yöntemi meme kanseri palpe edilmeden iki yıl öncesinde lezyonu görüntüleyebilmektedir. Tarama mamografileri erken tanı için altın standart olarak kabul edilip, kullanımı yaygınlaşmıştır.^[4,5]

Mamografide palpe edilemeyen lezyonlar asimetric dansite artışı, kitle oluşması, kalsifikasyonlar olarak tanımlanır. Bu lezyonların histopatolojik incelemeleri sonucu %10-35 malignite oranları bildirilmektedir.^[6] Lezyonlarda histopatolojik tanı amaçlı görüntüleme yöntemleri eşliğinde ince iğne, kor biyopsiler ya da görüntüleme yöntemleri ile tel ile işaretleme sonrası cerrahi biyopsiler yapılmaktadır.^[7] Görüntüleme yöntemleri eşliğinde yapılan biyopsiler (tel ile işaretleme harici) giderek artan sıklıkta kullanılmaktadır.^[8]

İnvaziv olmayan bu yöntemin, düşük maliyetin yanı sıra yalancı negatif oranının yüksekliği bildirilmiştir.^[9,10] Mikrokalsifikasyonların değerlendirilmesinde kor biyopsiler de yetersiz kabul edilmektedir.^[11] Ayrıca biyopsi sırasında hücre ekimine bağlı lokal nüks de bildirilmiştir.^[12]

Tablo I. Mamografik görüntülerin dağılımı

	Sayı	Yüzde
Kalsifikasyon	22	64.8
Kalsifikasyon, kitle	12	35.2

Tablo II. Benign lezyonların dağılımı

	Sayı	Yüzde
Fibrokistik hastalık	12	54.6
Duktal ektazi	4	18.1
Adenozis	6	27.3

Tablo III. İnvaziv kanserler

	Sayı	Yüzde
Duktal karsinoma <i>in situ</i>	2	16.7
İnfiltratif duktal karsinom	6	50.1
Lobüler karsinom	4	33.3

Serimizde malignite şüpheli lezyonların histopatolojik tanısının konulmasında tel ile işaretleme yöntemi kullanılmıştır. Tel lokalizasyonlu biyopsilerde uygulama sırasında vaginal kriz, kanama, kullanılan telin kopması, yerinden ayrılması gibi sorunlar yaşanmaktadır. Çalışmamızda bir hastada ameliyat sırasında telin yerinden ayrılmasına rastlanılmıştır. Olguda işlem tekrarlanmıştır. Tel ile işaretlenen lezyonun tam çıkarılması erken evre tümörlerde tedavi olanağı da sağlamaktadır.^[13,14] Çalışmamızda bir olguda lumpektomi yapıp meme koruyucu prosedür uygulanmıştır. “Frozen” çalışılan olgularda malignite tespit edilenlerde modifiye radikal mastektomi yapılmıştır.

Sonuç olarak, mamografilerde rastlanılan ele gelmeyen kitlelerin histopatolojik tanılarının konulmasında ve tedavisinde tel iğne ile işaretleme sonrasında açık biyopsi diğer yöntemlere göre güvenle kullanılmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Irgıl E. Meme kanseri meme kanseri epidemiyolojisi In: Ünal G, Ünal H editors. Meme hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2001. p. 227-33.
2. Mansel ER. Developmental abnormalities and benign breast disease In: Farnden J, editor. Breast surgery. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2001. p. 1-22.
3. McKenna RJ Sr. The abnormal mammogram radiographic findings, diagnostic options, pathology, and stage of cancer diagnosis. Cancer 1994;74(1 Suppl):244-55.
4. Bassett LW. Mammography and breast cancer screening. In: Bland KI, Candsy B, editors. Breast a cancer: Strategies for the 1990. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1990. p. 775-800.
5. Arnesson LG, Vitak B, Manson JC, Fagerberg G, Smeds S. Diagnostic outcome of repeated mammography screening. World J Surg 1995;19(3):372-8.
6. Fedoruk LM, Bojm MA, Bugis SP. Fine-wire localization for nonpalpable mammographic abnormalities. Can J Surg 1995;38(2):173-7.
7. Meyer JE, Smith DN, Lester SC, Kaelin C, DiPiro PJ, Denison CM, et al. Large-core needle biopsy of nonpalpable breast lesions. JAMA 1999;281(17):1638-41.
8. Verkooijen HM, Peeters PH, Buskens E, Koot VC, Borel Rinkes IH, et al. Diagnostic accuracy of large-core needle biopsy for nonpalpable breast disease: a meta-analysis. Br J Cancer 2000;82(5):1017-21.
9. Schwartz GF, Goldberg BB, Rifkin MD, D'Orazio SE. Ultrasonographic localization of non-palpable breast masses. Ultrasound Med Biol 1988;14 Suppl 1:23-5.
10. Rich PM, Michell MJ, Humphreys S, Howes GP, Nunnerley HB. Stereotactic 14G core biopsy of non-palpable breast cancer: what is the relationship between the number of core samples taken and the sensitivity for detection of malignancy? Clin Radiol 1999;54(6):384-9.
11. Leifland K, Lundquist H, Lagerstedt U, Svane G. Stereotactic core needle biopsy in non-palpable breast lesions. What number is needed? Acta Radiol 2004;45(2):142-7.
12. Chao C, Torosian MH, Boraas MC, Sigurdson ER, Hoffman JP, Eisenberg BL, et al. Local recurrence of breast cancer in the stereotactic core needle biopsy site: case reports and review of the literature. Breast J 2001;7(2):124-7.
13. Meloni GB, Becchere MP, Soro D, Profili S, Canalis GC. Localization of non-palpable lesions of the breast using a metallic guide. Potential complications. [Article in Italian] Radiol Med (Torino) 1995;89(5):619-22. [Abstract]
14. Ernst MF, Avenarius JK, Schuur KH, Roukema JA. Wire localization of non-palpable breast lesions: out of date? Breast 2002;11(5):408-13.