

NONPALPABL MEME LEZYONLARININ STEREOTAKTİK İŞARETLENMESİ VE CERRAHİ EKSİZYONU

Hayrullah Derici¹, Tuğrul Tansuğ¹, Okay Nazlı¹, Ali Doğan Bozdağ¹, Okay Koç¹, Makbule Varer², Seyran Yiğit³

¹Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Cerrahi Kliniği, İzmir, Türkiye

²Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Birimi, İzmir, Türkiye

³Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Laboratuvarı, İzmir, Türkiye

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı nonpalpabl meme lezyonu olan olgularda, mamografi eşliğinde telle işaretleme sonrası uygulanan cerrahi eksizyon sonuçlarının sunulmasıdır.

YÖNTEM ve GEREÇLER: Mamografi ve Ultrasonografi tetkiklerinde şüpheli meme lezyonu saptanan 64 kadın hastaya mamografi eşliğinde stereotaktik yöntemle kanca tel iğne ile işaretleme yapıldı. Daha sonra olgulara ameliyathane ortamında lokal veya genel anestezi altında cerrahi eksizyon uygulandı. Spesimen grafisi alınarak lezyonun tam olarak çıkarıldığı görüldükten sonra ameliyata son verildi. Kaviteye dren konulmadan yara kapatıldı.

BULGULAR: Cerrahi eksizyon sonrası histopatolojik incelemede 43 olguda (%67.2) benign hastalıklar, 21 olguda (%32.8) malignite saptandı. Mamografik incelemede BI-RADS II grubu olarak rapor edilen yedi olguda tanı histopatolojik incelemede benign olarak doğrulandı. BI-RADS III ve IV grubu olgularda malignite saptama oranı sırasıyla %8 ve %51.8 bulundu. BI-RADS V grubu beş olgunun tümünde malignite saptandı.

SONUÇ: Tarama mamografisinde saptanan nonpalpabl meme lezyonlarının stereotaktik işaretleme sonrası cerrahi eksizyonu, erken evre meme kanserinin tespit edilmesinde değerli bir yöntemdir. BI-RADS II sınıfındaki olgulara yakın takip, BI-RADS III sınıfındaki olgulara yakın takip ve gerektiğinde biyopsi, IV ve V sınıfındaki olgulara ise mutlak işaretleme biyopsisi önerilir.

STEREOTACTIC WIRE LOCALIZATION AND SURGICAL EXCISION OF NON-PALPABL BREAST LESIONS

SUMMARY

AIM: The aim of this study is presenting results of surgical excision of nonpalpabl breast lesions guided by stereotactic wire placement.

MATERIAL and METHODS: Stereotactic wire placement was performed on sixty-four female patients with mammographically and ultrasonographically detected suspicious lesions. The lesions were surgically excised in the operating room under local or general anesthesia, after wire location. Specimen mammograms were obtained to determine the completeness of excision. Then the wound was closed without drainage.

RESULTS: Histopathological examination of the specimens revealed that the lesions were benign in 43 cases (67.2%), and malignant in 21 cases (32.8%). Histopathological examination confirmed benignity in all of the seven patients with lesions which were reported as BI-RADS II. Malignancy rates in BI-RADS III and IV groups were 8% and 51.8% respectively. Lesions of all five of the patients in BI-RADS V group were histologically malignant.

CONCLUSION: Surgical excision of nonpalpabl breast lesions after stereotactic wire placement is a valuable method for early diagnosis of breast cancer. Close following of BI-RADS II cases, close following and biopsy when required for BI-RADS III cases, and needle location and biopsy for BI-RADS IV and V is proposed.

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen kanser tipi olup erken teşhis yöntemleri ve multidisipliner tedavi yaklaşımları ile sağkalım oranları önemli ölçüde artmıştır. Tarama mamografileri ile meme kanserinin erken tanısı mümkün olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda mamografinin 1 cm ve daha küçük çaplı kitleleri saptama gücüne sahip olduğu ortaya konmuştur (1-3). Klinik muayene ile palpe edilemeyen, ancak mamografik taramalar sırasında saptanan meme lezyonlarının tanısı ve telle işaretleme ile eksizyonel biyopsi uygulaması günümüzde yaygın olarak uygulanmaktadır. Bu yöntemle erken evre meme kanseri yakalanmakla birlikte, cerrahi eksizyon materyalinin boyutları küçülmekte, kötü kozmetik sonuçların önüne geçilmektedir (2-6).

Bu retrospektif çalışmada memede kitle, mikrokalsifikasyon ve distorsiyon gibi şüpheli nonpalpabl meme lezyonu olan olgularda mamografi eşliğinde telle işaretleme sonrası yapılan cerrahi eksizyon ve histopatolojik sonuçların sunulması amaçlandı.

Gereç ve yöntem

Kliniğimizde Ocak 1998 ile Ocak 2006 tarihleri arasında memede palpabl kitlesi olmayan, ancak mamografi ve ultrasonografi tetkiklerinde şüpheli lezyon saptanan 64 kadın hastaya mamografi eşliğinde stereotaktik yöntemle kanca tel iğne ile işaretleme yapıldı. Tüm olgularda memeyi multifokalite ve multisentrisite yönünden değerlendirmek için bilateral mamografi çekildi, şüpheli mikrokalsifikasyonlar değerlendirildi.

Tablo 1. Olguların BI-RADS sınıflamasına göre dağılımları

BI-RADS sınıflaması	BENİGN	Malign	
		İnvaziv	Noninvaziv
BI-RADS II (n=7)	7	-	-
BI-RADS III (n=25)	23	2	-
BI-RADS IV (n=27)	13	12	2
BI-RADS V (n=5)	-	4	1

sifikasyon odakları araştırıldı ve mamografik olarak "Breast Imaging Reporting and Data System" (BI-RADS) radyolojik raporlama sistemi (7) kullanıldı. Olguların demografik özellikleri, lezyon lokalizasyonları ve çapları, telle işaretleme nedenleri ve histopatolojik tanımlar dosya kayıtlarından incelendi.

Olgulara mamografi cihazına eklenen stereotaksi ünitesinde kraniyo-kaudal ve lateral projeksiyonlarda işaretleme yapıldıktan sonra ameliyathane ortamında lokal veya genel anestezi altında cerrahi eksizyon uygulandı. Telle işaretli alan en az 1 cm sağlam çevre doku ile birlikte çıkartıldı. Spesimen grafisi alınarak işaretlenen lezyonun yeterli çevre dokusuyla birlikte tam olarak çıkarılıp çıkarılmadığı işaretlemeyi yapan radyolog tarafından kontrol edildi. Lezyon tam olarak çıkarılmışsa, kavite duvarları ve en derin nokta kliplerle işaretlendi. Kaviteye dren konulmadan yara kapatıldı. Biyopsi materyali daha sonra histopatolojik tetkik için hastanemiz patoloji laboratuvarına gönderildi. Spesimen sınırları patoloji uzmanına kılavuzluk etmesi için sütürler ile işaretlendi.

Bulgular

Olguların yaş ortalaması 48.9 (32-76) yıl olup, benign ve malign olgularda sırasıyla 44.2 ve 58.6 yıl bulundu. İşaretlemelerin 30'u nonpalpabl solid kitle, 18'i mikrokalsifikasyon, 14'ü nonpalpabl kitle ve mikrokalsifikasyon, ikisi ise komplike kist nedeniyle yapıldı. Olguların 20'sine lokal (%31.2), 44'üne (%68.8) genel anestezi altında cerrahi eksizyon uygulandı. Lezyonların ortalama çapı 11.8 mm olup, 2-20 mm arasında değişmekte idi. Frozen inceleme yapılan üç hastada sonuç benign olarak bildirildi.

Mamografik incelemede BI-RADS II grubu olarak rapor edilen yedi olguda tanı histopatolojik incelemede benign olarak doğrulandı. BI-RADS III grubu 25 hastanın ikisinde (%8) ve BI-RADS IV grubu 27 hastanın 14'ünde (%51.8) malignite saptandı. BI-RADS V grubu beş olgunun tümünde malignite bulundu. DCIS tanılı üç olgunun ikisi BI-RADS IV, biri ise BI-RADS V grubunda idi.

Cerrahi eksizyon sonrası histopatolojik incelemede 43 olguda (%67.2) benign hastalıklar, 21 olguda (%32.8) malignite saptandı. Fibradenom en sık (%32.8) tanı alan lezyon idi. Malignite saptanan 21 olgunun 18'i (%85.7) invaziv kanser, üçü ise (%14.3) duktal karsinoma in situ (DCIS) idi. Olguların BI-RADS sınıflamasına göre

Tablo 2. Histopatolojik tanımlar

Histopatolojik tanımlar	Olgu sayısı
Benign	
Fibradenom	21
Fibrokistik değişiklikler	9
Fokal hiperplazi	7
Duktal ektazi	3
Sklerozan adenozis	2
İntraduktal papillom	1
Malign	
İnvaziv karsinom	
İnvaziv duktal karsinom	9
İnvaziv lobuler karsinom	5
Mixt karsinom	3
Tubuler karsinom	1
İn situ karsinom	
İn situ duktal karsinom	3

dağılımları Tablo 1'de, histopatolojik tanımları ise Tablo 2'de gösterilmiştir.

Histopatolojik olarak malignite saptanan 21 olgunun 12'sine (%57.1) modifiye radikal mastektomi (MRM) uygulandı. İnvaziv kanser saptanan dokuz olgunun sekizinde temiz cerrahi sınır elde edilmesi üzerine sadece aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND) uygulandı. Sınır yakınlığı (<3 mm) saptanan bir olguya ise reeksizyon yapılarak cerrahi sınır negatifliği sağlandı ve ALND ilave edildi. DCIS tanılı olguların birine iki kez reeksizyon yapılmasına rağmen sınır pozitifliğinin devam etmesi, diğerine ise Van Nuys prognostik indeksinin 10 olması nedeniyle total mastektomi uygulandı. Van Nuys prognostik indeksi 6 olan üçüncü olguda ise ek cerrahi girişime gerek duyulmadı.

Ortalama hastanede kalma süresi benign ve malign lezyonlu olgularda sırasıyla 0.8 gün (0-2) ve 5.8 gün (3-10) olarak bulundu. Postoperatif dönemde major morbidite ve mortalite görülmez iken, MRM uygulanan birer olguda hematoma ve seroma, ALND uygulanan bir olguda yara enfeksiyonu gelişti.

Tartışma ve sonuçlar

Meme kanseri 40 ile 60 yaş arasındaki kadınlarda en sık görülen kanserdir. Son yıllarda erken evre meme kanseri tanısının giderek yaygınlaşması, hem tanı amaçlı girişimlerin, hem de cerrahi yaklaşımların minimal invaziv yöntemlere doğru kaymasına neden olmuştur. Palpe edilemeyen meme lezyonlarının tanısında mamografi oldukça önemli bir yer tutmakta olup, meme kanserini saptamadaki sensitivitesi %85-95 arasında değişmektedir (2,3,7). Tarama mamografisi ile saptanmış kitle, mikrokalsifikasyon, parankim distorsiyonu ve asimetrik yapılar gibi şüpheli meme lezyonlarının tanı ve teda-

visinde mamografi eşliğinde işaretleme biyopsi uygulaması genel kabul görmektedir (3-6,8-10). İşaretleme biyopsisi uygulanan olgularda meme kanseri saptama sıklığı %10-36 arasında değişmektedir (3,4,8). Bu yöntemle aynı zamanda in situ kanser saptama oranı da artmaktadır ve bu oran çeşitli çalışmalarda %18-34 arasında verilmektedir (4,8,11-13). Çalışmamızda meme kanseri insidansı ve in situ kanser oranları sırasıyla %32.8 ve %14.3 bulundu. İn situ kanser oranımızın düşük olmasının nedeni, kuvvetle kuşku mikrokalsifikasyonların yer aldığı BI-RADS V sınıfı olguların sayısal olarak daha az olması ve mikrokalsifikasyonla uyumlu opasitelerin düşük oranda olmasıyla açıklanabilir. DCIS tüm meme kanserlerinin %15-20'sini oluşturur ve fizik muayeneden çok mamografi ile tespit edilirler (9). DCIS'in klasik tedavisi mastektomi iken, prospektif olarak yürütülen hasta kontrollü National Surgical Adjuvant Breast Project (NSABP) B-17 çalışmasında lokal eksizyon ve radyoterapinin DCIS için total mastektomiye alternatif bir tedavi seçeneği olduğu bildirilmektedir (14). Tümör çapı, sınır genişliği ve patolojik sınıflandırma kriterlerini esas alan Van Nuys Prognostik İndeksi, yalnızca lokal eksizyon, eksizyon ve radyoterapi ya da mastektomi gibi tedavi modalitelerini gündeme getirmiştir (15). Çalışmamızda DCIS tanılı üç olgunun ikisine total mastektomi uygulanırken, üçüncü olguda ise ek cerrahi girişime gerek duyulmadı.

Mamografi raporlama sistemlerini standardize etmek, meme görüntülemesindeki yorum kargaşasına son vermek açısından bir sınıflama sistemine ihtiyaç duyulmuş ve Amerikan College of Radiology (ACR) tarafından lezyonun özellikleri, dansitesi ve malignite yönünden kuşku derecesinin dikkate alındığı BI-RADS adı altında bir sistem geliştirilmiştir (7). Serimizde BI-RADS II grubundaki yedi olgunun hepsinde benign hastalıklar saptandı. BI-RADS III ve IV gruplarında malignite insidansı sırasıyla %8 ve %51.8 olarak bulundu. BI-RADS V grubunda ise beş olgunun tümünde malignite mevcut idi. Nonpalpabl meme lezyonlarında lezyonun mamografik özelliği dışında hasta yaşının da malignite için bir kriter olduğunu bildiren yayınlar vardır (4,16). Çalışmamızda da, malign lezyonlara 50 yaşın üzerindeki olgularda daha sıkça rastlandı.

Kaynaklar

1. Kitamura Y, Ohno Y, Kasahara S, Murata K, Sugiyama H, Oshima A, Tsukuma H, Ajiki W, Hasegawa T. Statistical estimation of the number of breast cancer patients with disabilities resulting from surgery. *Breast cancer* 2005;12:130-134. (PMID: 15858444).
2. Bassett LW, Manjikian V 3rd, Gold RH. Mammography and breast cancer screening. *Surg Clin North Am* 1990;70:775-800. (PMID: 2196705).
3. Balci P, Güneş N, Koçdor MA, Erkan N, Seçil M, Dicle O. Nonpalpabl kitle lezyonlarında preoperatif lokalizasyon sonuçları: lezyonların mamografik analizi. *Meme Hastalıkları Dergisi* 1997;4:123-127.
4. Bilgen IG, Memiş A, Üstün EE. İşaretleme biyopsisi ile değerlendirilen 550 nonpalpabl meme lezyonunun retrospektif analizi. *Türk Tanısal ve Girişimsel Radyoloji Dergisi* 2002;8:487-495.
5. Akça T, Çolak T, Özer C, Yıldız A, Polat A, Yücel E, Aydın S. Ele gelmeyen meme lezyonlarının stereotaktik işaretleme eşliğinde eksizyonel biyopsisi. *Çağdaş Cerrahi Dergisi* 2005;19:15-19.

Memede iğne ile işaretleme biyopsilerinde sıklıkla genel anestezi tercih edilmektedir. Genel anestezide maliyetin yüksek olmasına ve hastanede kalma süresinin lokal anestezide göre daha uzun olmasına rağmen teknik olarak başarı oranı daha yüksektir. Özellikle büyük hacimli memelerde ve derin yerleşimli kitlelerde genel anestezi tercih edilmektedir (6,17,18). Buna karşılık, Akça ve arkadaşları 30 olguluk serilerinde olguların hepsine lokal anestezi uyguladıklarını ve bir teknik güçlüğü karşılamadıklarını bildirmektedirler (5). Çalışmamızda olguların 20'sine lokal (%31.2), 44'üne (%68.8) genel anestezi uygulandı.

Erken evre meme kanserinde tedavi kararı multidisipliner bir çalışmayı gerektirir. Meme koruyucu cerrahi kararı için fizik muayene, mamografik değerlendirme, meme piyesinin histolojik incelenmesi ve sınır değerlendirilmesi gibi faktörler yanında hastanın tercihi de göz önünde bulundurulmalıdır (5,16,18,19). Nonpalpabl lezyonlarda ameliyat sırasında frozen inceleme, küçük bir invaziv karsinom veya mikroinvaziv hastalık görülemeyebileceğinden önerilmemektedir. Frozen inceleme sadece yeterli doku varsa ve ayrıca cerrahinin seyrini değiştirecek önemli bir beklenti varsa yapılmalıdır (16,18,19). Çalışmamızda kitle çapı uygun olan ve mastektomi - reeksizyon gibi ameliyatın seyrinin değişmesi olasılığı bulunan üç olguya frozen inceleme yapıldı, benign sonuç alınması üzerine ek bir işleme gerek duyulmadı. Çalışmamızda histopatolojik inceleme sonucunda olguların %32.8'inde malignite ve malign olguların ise %85.7'sinde invaziv kanser saptandı. Tüm malign lezyonlu olguların %57.1'ine olguların tercihi doğrultusunda MRM uygulandı.

Sonuç olarak tarama mamografisinde saptanan nonpalpabl meme lezyonlarının stereotaktik işaretleme sonrası cerrahi eksizyonu, erken evre meme kanserinin tespit edilmesinde değerli bir yöntemdir. Çalışmamızda bu yöntem ile kanser saptama oranı %32.8 bulunmuştur. Çalışmamız randomize, olgu kontrollü bir çalışma olmamasına rağmen, BI-RADS II sınıfındaki olgulara yakın takip, BI-RADS III sınıfındaki olgulara yakın takip ve gerektiğinde biyopsi, IV ve V sınıfındaki olgulara ise mutlak işaretleme biyopsisi önerilebilir. Bu teknikte cerrahi, radyoloji ve patoloji birimlerinin birbiriyle uyum içerisinde çalışması başarı oranını arttırır.

6. Tenekeci N, Topuzlu C, Müslümanoğlu M, Alatlı C, İçci A, Özmen V, İlhan R. Palpabl Olmayan Meme Lezyonlarının Eksizyonel Biyopsinde Stereotaksik İşaretlemenin Yeri. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 1994;10: 226-231.
7. Liberman L, Abramson AF, Squires F, Glassman JR, Morris EA, Dershaw DD. The breast imaging reporting and data system: positive predictive value of mammographic features and final assessment categories. *AJR Am J Roentgenol* 1998;171:35-40. (PMID: 9648759).
8. Özdemir A. Preoperatif işaretleme yapılan nonpalpabl 381 meme lezyonunun değerlendirilmesi. *Tanısal ve Girişimsel Radyoloji* 2000;6:314-322.
9. Evans A. The diagnosis and management of pre-invasive breast disease: radiological diagnosis. *Breast Cancer Res* 2003;5:250-253. (PMID: 12927034).
10. 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;10:232-237.

11. Symmonds RE Jr, Roberts JW. Management of nonpalpable breast abnormalities. *Ann Surg* 1987;205:520-528. (PMID: 3579400).
12. Schwartz GF, Feig SA, Patchefsky AS. Significance and staging of nonpalpable carcinomas of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 1988;166:6-10. (PMID: 2827328).
13. Tinnemans JG, Wobbles T, Holland R, Hendriks JH, Van der Sluis RF, De Boer HH. Treatment and survival of female patients with nonpalpable breast carcinoma. *Ann Surg* 1989;209:249-253. (PMID: 2537064).
14. Page DL, Lagios MD. Pathologic analysis of the National Surgical Adjuvant Breast Project (NSABP) B-17 Trial. Unanswered questions remaining unanswered considering current concepts of ductal carcinoma in situ. *Cancer* 1995;75:1219-1227. (PMID: 7882273).
15. Silverstein MJ, Lagios MD, Craig PH, Waisman JR, Lewinsky BS, Colburn WJ, Poller DN. A prognostic index for ductal carcinoma in situ of the breast. *Cancer* 1996;77:2267-2274. (PMID: 8635094).
16. Wilhelm MC, Edge SB, Cole DD, deParedes E, Frierson HF Jr. Nonpalpable invasive breast cancer. *Ann Surg* 1991;213:600-605. (PMID: 2039291).
17. Yim JH, Barton P, Weber B, Radford D, Levy J, Monsees B, Flanagan F, Norton JA, Doherty GM. Mammographically detected breast cancer. Benefits of stereotactic core versus wire localization biopsy. *Ann Surg* 1996;223:688-700. (PMID: 8645042).
18. Özmen V. Non-palpable invaziv meme kanserine cerrahi yaklaşım. *Meme Hastalıkları Dergisi* 1999;6:55-61.
19. Shyyan R, Masood S, Badwe RA, Errico KM, Liberman L, Ozmen V, Stalsberg H, Vargas H, Vass L; Global Summit Diagnosis and Pathology Panel. Breast cancer in limited-resource countries: diagnosis and pathology. *Breast J* 2006;12 Suppl 1:S27-37. (PMID: 16430396).

İletişim

Hayrullah Derici
E-posta : hayrullahderici@yahoo.com
Tel : (232) 244 44 44/2456