

MEME LEZYONLARINDA USG VE İNCE İĞNE BIOPSİSİNİN YERİ

HARMANCIOĞLU, Ö., SAYDAM, S., BAYAR, H., ASTARCIOĞLU, K.

ÖZET: Memedeki kitle olgularında mammografinin tanıdaki değeri tartışılmazdır. Ancak mammografinin kullanılmasının sakıncalı veya tanıda yetersiz olduğu olgularda ultrasonografinin tek başına veya ince iğne aspirasyon biopsisi ile kombine edildiğinde tanı değerini saptamaya çalıştık.

ABSTRACT: Ömer HARMANCIOĞLU, Serdar SAYDAM, Halit BAYAR, Kemal ASTARCIOĞLU, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Dokuz Eylül University, İzmir, the importance of needle aspiration biopsy and ultrasonography in mammary pathologies.

The importance of mammography in the diagnosis of mammary masses is undisputable. In those cases where the mammography was insufficient, we used ultrasonography alone or ultrasonography combined with needle aspiration biopsy, to determine their diagnostic value.

Anahtar sözcükler: İnce iğne aspirasyon biopsisi, ultrasonografi, meme lezyonları.

Key words: Needle aspiration biopsy, ultrasonography, mammary pathologies.

Günümüzde cerrahi polikliniklerine başvuran hastaların büyük çoğunluğu meme şikayetleri olan hastalardır. Bu hastaların değerlendirilmesinde fizik muayene yanında cerrahi yardımcı muayene yöntemlerinden yararlanılır. Özellikle meme ca. olgularında mammografi en etkili yardımcı muayene yöntemi olarak yerini sağlamlaştırmıştır.

Biz çalışmamızda memede kitle olan olgularda USG'nin tek başına veya ince iğne aspirasyon biopsisi ile kombine edildiğinde tanı değerini saptamaya çalıştık.

Doç.Dr.Ömer HARMANCIOĞLU, Yard.Doç.Dr.Serdar SAYDAM, Uzm.Öğr.Dr.Halit BAYAR Prof.Dr.Kemal ASTARCIOĞLU, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı.

*Ulusal Cerrahi Kongresi İstanbul Haziran 1988'de Bildiri olarak sunulmuştur.

MATERYEL METOD: Bu çalışmada Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi polikliniğine Ocak 1987-Aralık 1987 tarihleri arasında başvuran 313 memede ele gelen kitlesi bulunan hastalara rutin olarak USG ve ince iğne aspirasyon biopsisi uygulandı.

USG Radyoloji Anabilim Dalında su yastıklı 5 Megahertzlik transduserler ile yapılmıştır.

Ponksiyon materyelleri tamlara püskürtülerek alkol ile tespit sonrası Patoloji Anabilim Dalına gönderildi ve tüm preparatlar hematoksilen eozin ile boyanarak incelendi.

313 toplam olgunun 123'üne açık biopsi eklendi.

SONUÇLAR

| YAŞ | 10-19 | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60 | TOPLAM |
|-------------|-------|-------|-------|-------|-------|----|--------|
| Biopsi | | | | | | | |
| MKH | 1 | 20 | 35 | 27 | 5 | 1 | 89 |
| Meme Ca | - | - | 2 | 4 | 3 | 2 | 11 |
| Benign Tm | - | 11 | 3 | - | 1 | - | 15 |
| Meme Ca+MKH | - | - | 1 | 3 | 4 | - | 8 |

Tablo I: Yaş Gruplarına göre meme patolojilerinin dağılımı.

Hastalarımızın yaş dağılımında görüldüğü gibi Memenin Kistik Hastalığının en sık görüldüğü periyot 20-50 yaş arası, Meme kanserinin en sık görüldüğü periyot ise 40-60 yaş arasındadır.

Ayrıca dikkatini çekmek istediğimiz nokta 40-60 yaş arasında Memenin Kistik Hastalığı ile Meme Kanserinin birlikte görülmesidir.

Serimizde açık biopsi sonucu ortaya çıkan anatomo-patolojik tanıları 89 olguda Memenin Kistik Hastalığı, 15 olguda Memenin iyi huylu tümöral kitleleri, 11 olguda Meme Kanseri, 8 olguda ise Memenin Kistik Hastalığı ve Meme Kanserinin birlikteliğidir.

| BIOPSİ | MKH | MEME CA | BENİGN TM | MEME CA+MKH |
|-----------|-----|---------|-----------|-------------|
| PONKSİYON | | | | |
| GRADE I | 35 | - | 5 | - |
| GRADE II | 54 | 1 | 10 | 1 |
| GRADE III | - | 8 | - | 5 |
| GRADE IV | - | 2 | - | 2 |
| TOPLAM | 89 | 11 | 15 | 8 |

Tablo II: İnce iğne aspirasyon biopsisi ile meme patolojilerinin karşılaştırılması.

| AÇIK BIOPSİ | MKH | BENİGN TM | MEME CA | MEME CA+MKH | TOPLAM |
|-------------|-----|-----------|---------|-------------|--------|
| OLGU SAYISI | 89 | 15 | 11 | 8 | 123 |

Tablo III: Açık biopsi sonuçlarının dağılımı

| BIOPSİ | MKH | BENİGN TM | MEME CA | MEME CA+MKH |
|-------------|-----|-----------|---------|-------------|
| USG | | | | |
| MKH | 89 | | | 2 |
| MEME CA | | | 11 | |
| BENİGN TM | | 15 | | |
| MEME CA+MKH | | | | 6 |
| TOPLAM | 89 | 15 | 11 | 8 |

Tablo IV: USG-Meme patolojilerinin karşılaştırılması

Ultrasonografinin tetkik sonrası açık biopsi uygulanan 123 olgumuzdan 121'inde ultrasonografik tanının (%98) doğru olduğunu saptadık. 2 olgumuzda tanıya gidilmedi (%2) (Memenin Kistik Hastalığı +Ca).

Yine aynı grupta uygulanan ince iğne aspirasyon biopsisinin sonuçlarıyla karşılaştırdığımızda 121 hastamıza doğru tanı konulduğunu (%98), 2 olgumuza tanı koyamadığımızı saptandı: (1 Meme Ca 2-Meme Ca+MKH).

Serimizde toplam sayısı 19 olan meme kanserlerini ayrıca ele alacak olursak:

17 olgunun ultrasonografik tetkik ve ince iğne aspirasyon biopsisi ile tanındığını ki bu oran %90'dır, 2 olgumuza her iki tetkiki ayrı ayrı ele alacak olursak tanı koyamadığımız açık biopsi sonucunda ortaya çıktı.

Doğru tanı koyamadığımız olguları daha yakından incelediğimizde (Tablo V) 1 olgunun Ultrason ve ince iğne aspirasyon biopsisinin Yalancı (-) olduğu (Memenin yağ sekrete eden karsinomu), Meme kanseri olan 1 olgumuzda sitolojik tanı GRADE II gelmesine rağmen Ultrasonografik olarak Meme Ca aldığı tespit edildi.

| AÇIK BIOPSI | MEME CA+MKH | MEME CA | MEME CA+MKH |
|------------------|-------------|---------|-------------|
| USG | - | + | - |
| PONKSİYON BIOPSI | - | - | + |

Tablo V: USG ve ince iğne aspirasyon biopsilerinin meme patolojileri ile uyumsuz olduğu olgular.

Yine anatomo-patolojik tanısı Meme kanseri ve MKH olan bir olgumuzda ultrasonografik tanının MKH olmasına rağmen sitolojik tanı sonucu GRADE III olarak geldiği görüldü.

Yukarıda belirtildiği üzere bir olgumuzda Ultrasonografik tetkikin ince iğne aspirasyon biopsisini, diğer olgumuzda ise ince iğne aspirasyon biopsisinin, ultrasonografik tetkiki kompanse ederek doğru tanı oranını %95'e çıkarıldığı saptandı.

Bizim çalışmamızdaki ultrasonografik ve ince iğne aspirasyon biopsi sonuçlarının kaynakla uyumlu olduğu gözlenmiştir ki MÜLLER ve arkadaşları bu oranı %98, SUTTON ve arkadaşları bu oranı %75-90 olarak vermektedir (6-8).

TARTIŞMA: Mammografi meme kitle olgularında tüm dünyada birincil araştırma yöntemi olduğu kabul edilmiştir (6-8). Mammografinin klinikte kullanılması 1960'lı yıllara dayanır. Yıllar ilerledikçe görüntü kalitesi arttırılmış, verilen total doz düşürülmüştür (7). Mammografinin kitlelerin kistik mi yoksa solid mi olduğunu göstermesi oldukça zordur (6). Özellikle kist ve çevre doku yoğunlukları aynı ise mammografi ile kist saptanması imkansızdır. Hatta kistik lezyonu, tümörü ve normal meme dokusundan ayırt etmesi güçtür (6). Mammografi hamilelerde, laktatif memede, radyolojik olarak dens memede kullanılmaz (8).

Ultrasonografide son yıllarda teknolojik olarak büyük ilerlemeler kayıt edilmiştir (7). Araştırmacılar elle idare edilen yüksek frekanslı transduserleri savunmalarına rağmen bunun ileri derecede uygulayana bağlı ve bugün için palpabl kitlelerde sınırlı olduğunu belirtmişlerdir. Özellikle yağlı memelerde USG de küçük solid tümörlerin tanınması ve mikrokalsifikasyonların görülmesi zordur. Fakat Jackson ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada 7.5 MHz'lik transduserler ile yapılan USG de daha iyi sonuçlar alındığını bildirmişlerdir. Onların yapmış

olduğu USG de 2 infiltratif ductal karsinom olmak üzere 14 solid tümör 7.5 MHz ile tespit edilmesine rağmen, 4 MHz de zayıf veya hiç görülmüştür. Keza mevcut olan kalsifikasyonlar daha yüksek frekansla USG de çok daha iyi görüntülendirilmiştir (4). Bizde ise 5 MHz'lik transduserler ile çok daha iyi (%98) sonuçlar alınmıştır.

Ultrasonografi mammografi ile karşılaştırıldığında üstünlüğü kistik kitleleri, solid tümörlerden ayırmasıdır (6). Müller ve arkadaşları 447 hastada yapılan araştırmada 61'inde gözden kaçan (Mammografi ile) kanseri USG ile saptamışlardır (6). Sonomammogram sıvı içeren tümörleri solid tümörlerden ayırmadaki doğruluk derecesi % 98 gibi yüksek değerdedir.

İğne aspirasyon sitolojisi memede ilk kez 1930 da ABD de Martin ve Ellis tarafından uygulanmaya başlanmış ancak rutin uygulama alanına 40 yıl sonra ulaşmıştır (7). Sitolojik doğru tanı %70-90 arasında değişmekte, ortalama %89 olarak kabul edilmektedir. Etil ellerde %97'ye kadar doğru tanı elde edilebilmektedir (1,2,3,5,9). Bizim çalışmamızda iğne biopsisi, klasik biopsi ile doğrulanmış olup oran %98'dir. Ancak, meme ca. da oran %90'dır.

Sonuç olarak Ultrasonografinin memede kitle olan olgularda kullanıma gibi sınırlılığının olması nedeniyle okült meme kanseri tanısında mammografiye üstün olmadığı, ancak:

- 1.Memede ele gelen kitlelerde tarama yöntemi olarak kullanılabilceği.
- 2.Hamileler ve laktatif memelerde güvenlikle kullanılabilceği.
- 3.Mammografinin tercih edilmediği 35 yaşın altındaki kadınlarda ve radyolojik olarak dens memelerde daha iyi sonuç verdiği açıktır.

Ayrıca çalışmamızda ultrasonografinin ince iğne aspirasyon biopsisi ile koruma edildiğinde tüm memede ele gelen kitle olgularında doğru tanı %99, meme kanseri olgularında ise %95 olduğu ortaya çıktı.

Kliniğimizde memede ele gelen kitlesi olan tüm hastalara fizik muayene, Ultrasonografi ve ince iğne biopsisi rutin olarak uygulanmakta, sözünü ettiğimiz iki teknikten biri dahi malignite lehine ise klasik biopsiye başvurulmaktadır. Ancak her iki teknikte malignite bulguları saptanmazsa hastalar periyodik kontroller ile takibe alınmakta, böylelikle hastaların gerek ekonomik ve gerekse psikolojik yönden bir travmadan kurtarılmış olması sağlanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. BELL, A. Debra, et al.: Role of Aspiration Cytology in the Diagnosis and Management of Mammary Lesions in Office Practice, Cancer 1983;51: 1182-1189.
2. ESİN, Sabahattin Güneş.: Meme tümörleri Tanısında Sitolojinin Yeri, Yeni Tıp Dergisi 1986; 3(3) 45-50.
3. FRABLE, J. William.: Needle Aspiration of the Breast, Cancer 1984; 53: 671-676.
4. JACKSON, Valerie. et al.: Automated Breast sonography Using a 7,5-Mhz PVDF Transducer: Preliminary Clinical Evaluation, Radiology 1986; 159: 679-684.
5. KLINE, S. Tilde.: et al.: Fine-Needle Aspiration of the Breast: Diagnoses and pitfalls, Cancer 1979; 44: 1458-1464.
6. MÜLLER, W. James.: Diagnosis of Breast Cysts with mammography, ultrasound and Puncture. Diag. Imag.Clin.Med. 1985; 54: 170-177.
7. ULANOW, M. Robin, et al.: Fine Needle Aspiration in the Diagnosis and Management of Solid Breast Lesions. The American Journal of Surgery 1984; 148: 653.
8. SUTTON, David.: Breast Ultrasonography, A. Textbook of Radiology and Imaging. Churchill Livingstone, 1987; 2:1799-1803.
9. TAKEDA, Tetsutaro. et all.: Aspiration Cytology of Breast Cysts, Acta Cytologica, 1980; 12: 37-38.