

## KLİNİK ARAŞTIRMALAR

# ELE GELMEYEN MEMEDE İŞARETLEME BİYOPSİLERİNİN HİSTOPATOLOJİK SONUÇLARI: 302 olgu

## HISTOPATHOLOGIC EVALUATION OF NEEDLE LOCALIZED NONPALPABLE BREAST LESSONS.

Necmettin ÖZDEMİR  
Muhan ERKUŞ  
Osman ZEKİOĞLU  
Metin ÇİRİŞ  
Murat KAPKAÇ  
Orhan ÖZBAL  
Esin EMİN ÜSTÜN  
Yıldız ERHAN

## SUMMARY:

**AIM:** Non- palpable lesions of the breast have to be mammographically localized with the aid of a needle before excision. The method of localization can be mammographic, ultrasonographic, with conventional methods, or with perforated mammographic grid. The mammographic findings necessitating needle localization prior to biopsy are, micro-calcifications, mass lesions, and asymmetric densities.

**MATERIAL and METHOD:** We have 302 cases that are mammographically needle localized and biopsied.

**RESULTS:** Among these cases 212 (%70) were diagnosed as malignant lesions. The benign lesions were classified as; fibrocystic changes-sclerosing adenosis; 124 (58.4 %), fibroadenoma; 76 (35.9 %), intraductal papillomatosis; 4 (1.8 %), radial scar; 5 (2.4 %), fat necrosis; 3 (1.4 %). The malignant lesions were classified as; invasive ductal carcinoma; 5 (5.6 %), cribriform carcinoma; 11 (12.2%), ductal carcinoma in situ (DCIS); 28(31.1%), lobular carcinoma in situ (LCIS); 5 (5.6%), invasive lobular-invasive ductal carcinoma; 6 (6.6%). In addition, five cases (5.6%) were diagnosed as glycogen rich carcinoma; 2, signet ring cell carcinoma; 1 tubular carcinoma; 2.

**CONCLUSION:** The value of mammographic needle localisation in the early diagnosis of breast cancer is undebatable. Among the cases 72 had malignant diagnoses, 6 of them (8.3%) were under age 40.29 of them (40.2%) were between ages 40-50 and 37 of them (51.3) were over age 50. The average size of the lesions were 1.5 cm. (0.4-3). In 37 cases only estrogen, in 37 only progesterone receptors were positive, while in 21 cases both receptors were positive. Mean disease free survival was 29.3 months (3.5 to 76).

(Key Words: Diagnosis, Pathology. Biopsy.)

Patoloji AD. (Prof.Dr.Y Erhan, Doç.Dr.N Özdemir,  
Uz.Dr.O Zekiöğlü, Arş.G.M Çeliş)  
Radyoloji AD (Prof.Dr.E Üstün, Doç.Dr.A Memiş)  
Genel Cerrahi AD. (Prof.Dr.O Özbal, Doç.Dr.M Kapkaç)  
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İZMİR  
Patoloji AD (Yrd.Doç.Dr.M Erkuş)  
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi AYDIN

Yazışma: Yrd. Dr. M Erkuş  
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD  
09100 - AYDIN

**ÖZET:**

**AMAÇ:** Palpe edilemeyen meme lezyonlarının eksize edilebilmeleri için mamografik olarak iğne ile işaretlenmesi gereklidir. İşaretleme yöntemi, ultrasonografik veya mamografik olarak, klasik yöntemle ya da delikli kompresyon plağı kullanılarak uygulanır. Amaç mamografik işaretleme biyopsilerin histopatolojik değerlendirmesini yapmaktır. Mamografik olarak biyopsi öncesi iğne işaretlenmesi gerektiren bulgular, mikrokalsifikasyonlar, kitle lezyonu, asimetrik dansitenin saptanmasıdır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** 1992-1999 yılları arasında mamografik olarak iğne ile işaretlenmiş ve biyopsi uygulanmış, 302 olgumuz bulunmaktadır.

**BULGULAR:** Bu olguların; 212'i benin (% 70.1), 90'ı malin (%29.9)olarak tanı almıştır. Bening lezyonlar içerisinde, fibrokistik değişiklikler-sklerozan adenozis; 124 (% 58.4), fibroadenom; 76 (%35.9), intraduktal papillomatozis; 4 (%1.8), radial skar; 5 (% 2.4), yağ nekrozu; 3 (%1.5) olguda gözlenmiştir. Malin lezyonlar içerisinde; invaziv duktal karsinom; 30 (% 33.3); invaziv lobüler karsinom, 5 (% 5.6), kribriform karsinom 11 (% 12.2), duktal karsinoma in-situ; 28 (%31.1), lobüler karsinoma insitu; 5 (%5.6), invaziv duktal karsinom-invaziv lobüler karsinom ; 6 (%6.6) olguda izlenmiş, 5 olgu da (% 5.6) glikojenden zengin meme karsinomu; (2), taşlı yüzük hücreli karsinom; (1), tübular karsinom; (2) tanılarını almışlardır.

Malin lezyonu bulunan olgularda yaşları bilinen 72 olgunun; 6'sı 40 yaş altında (% 8.3), 29'u 40-50 yaş arasında (% 40.2) 37'i 50 yaş üzerinde (% 51.3) idi. Bu olgulara ait lezyonların ortalama çapı; 1.5 cm. (0.4-3 cm.) dir. 37 olguda progesteron reseptörü olumlu, 21 olguda da her iki reseptör olumlu olarak saptandı. Hastaliksız sağ kalım ortalaması; 29.3 ay (3.5 ay-76 ay) dır.

**SONUÇ:** Ele gelmeyen meme lezyonlarının, yerini belirlemede, mamografik iğneyle işaretlemenin, kanseri erken tanısındaki değeri tartışılmaz.

(Anahtar Sözcükler: Biyopsi, Patoloji, Tanı)

Meme kanseri; kadınlarda en sık görülen kanser olup, kansere bağlı ölümlerin, akciğer kanserinden onraki ikinci nedenini oluşturur (1). Özellikle, 40-49 yaş grubunda ortaya çıkan kanserler hızlı seyir ve yüksek mortaliteye sahiptir. Buna bağlı olarak, Amerikan Kanser Derneği mamografik (MG) taramaya başlama yaşınının 40 olmasını önermektedir (2).

Mamografi, gerek tarama gerekse de tanı amaçlı olarak kullanılan ve halen en önemli görüntüleme yöntemidir (1). Tarama amaçlı MG, sağaltım şansının yüksek olduğu, erken evre meme kanserini sapkamada kullanılır. MG'nin yaygın olarak kullanılması ile ele gelmeyen meme lezyonlarının sıklığında artış sağlanmıştır (1).

MG'de mikrokalsifikasyonlar, nodüler opasitelir, spiküle konturlu kitle, asimetrik dansite görülmesi biyopsi endikasyonunu oluşturur (1,3). Bu lezyonların histopatolojik tanıları için çıkarılmaları, çıkarılmaları için de işaretlenmeleri gereklidir. En basit ve ucuz işaretleme yöntemi, lezyonun metilen

mavisi veya radyografik kontrast madde verilerek işaretlenmesidir (1,4). Bu yöntem ile işaretlenen kitlenin çok kısa süre içerisinde eksize edilmesi gerekir çünkü aksi taktirde kontrast madde veya metilen mavisi tüm parankime yayılır. Bu gibi sakıncaları ekarte etmek ve işaretlemenin daha güvenilir olmasını sağlamak için Frank, iğne-tel yöntemi geliştirdi (5). Daha sonraları oldukça değiştirilen bu yöntemin günümüzde 2en sık kullanılanı Homer iğne-tel yöntemidir (4,6,7). İğne-tel ile işaretleme, ultrasonografik, mamografik , bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri uygulanarak yapılabilir (1). İğne işaretlemesinin kullanılmasında amaç; ele gelmeyen lezyonlarda , herhangi bir kozmetik sorun oluşturmaksızın, hedef kitlenin tam olarak eksize edilmesini sağlamak, birden fazla gereksiz biyopsiyi önlemek ve operasyon için gerekli süreyi kısaltmaktır (8).

Bu çalışmamızda; MG eşliğinde iğne işaretleme biyopssisi yapılan 302 olgumuzu,

güncel kaynaklar ile tartışarak sunuyoruz.

### GEREÇ VE YÖNTEM

Olguların MG incelemeleri, Siemens Mammomat ve GE Senography 600 T cihazlarında screen-film tekniği kullanıldı, lezyonun yerleşimine göre mevcut, üç farklı uzunluktan biri tercih edildi. İşaretleme; klasik ya da delikli kompresyon plağı kullanılarak gerçekleştirildi. Olgular, iğne işaretli grafi ile birlikte cerrahi kliniğe gönderildi. Eksizyonel biyopsi meteryali spesimen radyografisi ile kontrol edilerek histopatolojik incelemeye gönderildi. Sadece bir olguda ilk işaretlemede, hedef lezyondan biyopsi yapılamadığı için ikinci bir işaretlemeye gidildi. Hiçbir olguda lokal anestezi uygulanmadı, hiçbir olguda girişime bağlı komplikasyon oluşmadı.

Biyopsi materyallerin cerrahi sınırları metilen mavisi ile boyandı ve hemen tamamı takibe alındı. Olgularda; hematoksilen-eosin, PAS, PAS-Alcian mavisi dokü kimyasal boyaları ve imüdüdü kimyasal olarak ÖR (Östrojen reseptör), PR (progesteron reseptör), c-erb B-2, Ki-67, p53 çalışıldı.

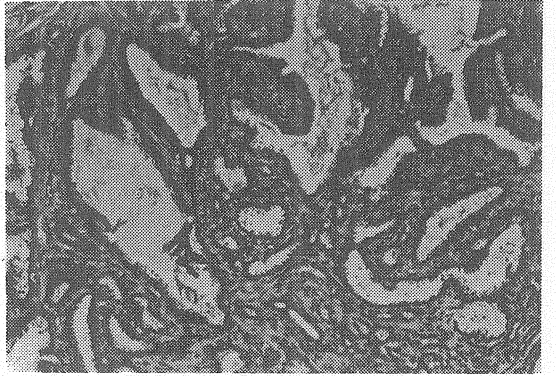
### HİSTOPATOLOJİK BULGULAR:

1992-1999 yıllarına ait MG eşliğinde iğne işaretleme biyopsisi uygulanan, 302 olgunun 217'si benin, (% 70), 85'i malin (%30), olarak alınmıştır (Tablo 1,2). Malin olgular içerisinde, 57 olgu invaziv özellikte olup (% 63.3), bu grup içerisinde 30 invaziv duktal karsinom ilk sırayı (%33.3) aldı (Resim 1,2). İN-situ olgular arasında ise ilk sırayı duktal karsinom in-situ (%28) olguları alırken, toplam in-situ olgumuz 33 (%36.7) idi (Resim 3,4). Benin olgularımızda en büyük grubu fibrokistik değişiklikler (124 olgu; /.....) ve fibroadenom 76( olgu /...) alırken (% 58.4), 5 olguda lobüler karsinoma insitu (%) ve 4 olguda intraduktal papillom tanısı kondu (%1.8)

Olgular; 30-74 yaşları arasında olup ortalama yaş 52 idi. Olguların 97'si tarama, 205'i yakınmaları nedeni ile çekilen MG'in



RESİM 1. İntraduktal papillom x 100, HE



RESİM 2. İnvaziv duktal karsinom x 125, HE

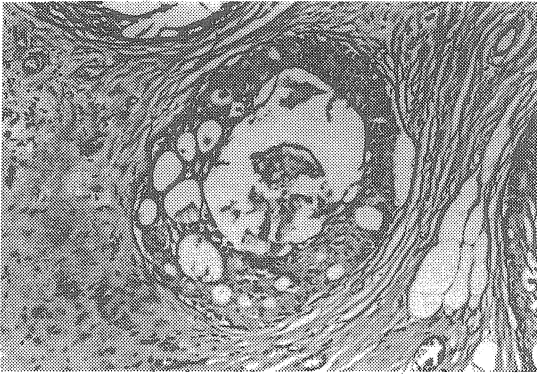
18'inde (%20), yakınması nedeni ile MG çekilen olguların 72'sinde (%80) malinite saptandı. Malin olgularda; mikrokalsifikasyona bağlı endikasyon 45 (%50), kitleye (spikül konturlu kitle, nodüler opasite, asimetrik dansite) bağlı endikasyon 31 (%34.5), hem kitle hem de kalsifikasyona bağlı endikasyon 14 olguda (%15.5) kondu.

TABLO 1: Selim Olgular

Patolojik Tanı	Olgu Sayısı	%
Fibrokistik Değişiklikler	124	58.4
Fibroadenom	76	35.9
Radyal Skar	5	2.4
İntraduktal Papillom	4	1.8
Yağ Nekrozu	3	1.5
Toplam	212	100.00

**TABLO 2:** Habis Olgular

Patolojik Tanı	Olgu Sayısı	%
IDK	30	33.3
DKİ	28	31.1
KRİBR.CA	11	12.2
IDK-İLK	6	6.6
İLK	5	5.6
LCİS	5	5.6
Toplam	90	100.0

**RESİM3.** Duktal karsinoma in-situ x 125, HE**RESİM 4.** Mikroinvaziv duktal karsinom x 125, HE

## TARTIŞMA

Ele gelmeyen meme lezyonlarının değerlendirilmesinde işaretlemenin önemi tartışılmazdır. İşaretleme amacıyla çok çeşitli iğne-tel kombinasyonları kullanılmaktaysa da günümüzde genellikle Homer veya Kopans'ın yöntemleri kullanılmak-

tadır<sup>4,6,7</sup>. İşaretleme için konvansiyonel yöntemlerin biyopsi yöntemi ile yapılan iğne işaretlemesinin yeğlenmesinin nedenleri arasında, daha güvenilir hacimde doku eksize edilmesi, daha az olası sayılabilir<sup>9</sup>. En son olarak ta vakum emicili probler kullanılarak kor biyopsisi uygulama alanına girmiştir ve bu yöntemin diğer tüm yöntemlerden üstün olduğu savunulmaktadır<sup>10,11</sup>. Vakum emicili probler kullanılarak yapılan stereotaktik kor biyopsilerinin tekrar biyopsi oranını düşürdüğü ve özellikle benin olgulardaki lezyonların tamamen çıkarıldığı bildirilmektedir<sup>10</sup>.

Radyologlarımızın, klasik delikli kompresyon plağı ile işaretlemeye daha rahat ve deneyimli olması nedeni ile bu yöntem kullanıldı. Olguların tamamına yakınında ilk işaretlemeye (%99.7) başarı sağlandı.

Lezyonun mamaografik görünümü biyopsi yapılıp yapılmaması kararını belirleyen en önemli faktördür. MG özellikler ile malinite arasında yakın ilişki tanımlamakla birlikte, pekçok lezyon malinite için tipik olmayan bulgular gösterebilir.

Lezyonlarda en önemli biyopsi endikasyonu çoğunlukla mikrokalsifikasyonlara bağlıdır<sup>3,4,6,7,12</sup>. Mikrokalsifikasyonlar; iğne ile işaretleme biyopsi endikasyonlarının %34-53'ünü oluşturur<sup>13,14</sup>. Olgularımızda da işaretleme biyopsi endikasyonunun başlıca nedeni mikrokalsifikasyonlardır.

Ele gelmeyen meme lezyonlarında malinite yönünden olumlu öngörme (prediktif) oranı %11-36 olarak bildirilmektedir<sup>15</sup>. Bu oran, ülkemizde yapılan çalışmalarda, %11.3<sup>6</sup>, %15<sup>7</sup>, %29<sup>4</sup> olarak bildirilmekte olup serimizde tarama amaçlı mamografi çekilen olgularda %20, yakınması olan olgularda %80 olarak saptandı.

Biyopsi ile çıkarılan tümör çapı ortalama 1-1.34 cm. olarak bildirilmekte olup, serimizde çap ortalama 1.5 cm. (0.4-3 cm) olarak saptandı<sup>12, 16</sup>. Çalışmada, ortalama tümör çapının büyük olmasının nedenleri; 50 yaş üzeri olgularımızın çok olması (%51.3) ve çoğunlukla invaziv tümör

içermeleri olarak sayılabilir.

Duktal karsinoma in-situ ve lobüler karsinoma in-situ olgularının 12'sinde, invaziv kanser saptanan olguların 31'inde, yani toplam 43 olguda (%48) lenf düğümlerinde metastaz saptanmadı.

Olgularımızın hastaliksız sağ kalım ortalaması 29.3 ay olarak saptandı (3.5-76 ay).

Ele gelmeyen meme lezyonlarının mamografik işaretlemeyle çıkarılması rastlantısal olarak yakalanan erken evre meme kanserli olgu sayısında büyük artış sağlamaktadır. Mamografi taramalarının yaygınlaştırılmasıyla ele gelmeyen kitleleri

yakalamak kolaylaşacak, yapılacak biyopsilerin histopatolojik değerlendirilmesi ile kesin tanı konmuş olacaktır.

Salt mamografi ile takip edilen olguların %41'de malinite gelişebileceği<sup>17</sup>. Göz önüne alınırsa, biyopsiden kaçınmamamız gerektiği ve yapılacak biyopsinin gerekliliği tartışılmazdır.

Ele gelmeyen meme lezyonlarında tarama amacı ile yapılan mamografinin kuşkulu lezyonları aydınlatmada değeri büyüktür. Kuşkulu lezyonların iğne ile işaretlenmesi meme kanserinin erken evrelerinde yakalanmasına çok önemli bir katkısı olacaktır.

## KAYNAKLAR

1. Heywang-Köbrunner SH, Scheer I, DD. *Diagnostic Breast Imaging Stuttgart-New York, Thieme*. 1997.
2. Fletcher SW. *Why Questioning Screening MG for Women in their forties? Radiol Clin North Am* 1995 ; (33) : 1259-71.
3. Üstün EE Memiş A, Günhan I. *Mamografide saptanan ve işaretlenen nonpalpable kanserler. TRD* 1996 ; (1) : 44-8.
4. Memiş A, Üstün EE, Örgüç Ş, ve ark. *Palpe edilemeyen meme lezyonlarının biyopsi öncesi iğne ile işaretlenmesi. Ulusal Cerrahi Dergisi* 1998 ; 10(4) : 232-7.
5. Frank HA, Hall FM, Steer ML. *Preoperative localization of nonpalpable breast lesions using a wire marker and perforated mamographic grid. N Eng Med* 1976 ; (295) : 250-60.
6. Demirkazık FA, Başkan Ö, Sayek I, ve ark. *Palpe edilemeyen meme lezyonlarının tanısında mamografi ve stereotaktik işaretleme sonuçları. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji* 1996 ; (2) : 312-8.
7. Dicle O, balcı P, Saydam S, ve ark. *63 Nonpalpabl meme lezyonunun mamografik olarak işaretleme sonuçları. Meme Hastl Derg* 1994 , 1 (3) : 95-99.
8. Özdemir A, Erbaş G, Tokgöz N, ve ark. *Preoperatif tel lokalizasyonu yapılan nonpalpalbl 220 meme lezyonunun retrospektif analizi. Tanısal ve Girişimsel Radyoloji* 1997 ; (3) : 21-9.
9. Givold JJ, Martin JK. *Prebiopsy localization of nonpalpable breast lesions. AJR* 1984 ; 143 : 477-81.
10. Lind DS, Minter R, Steinbach B, et al. *Stereotactic core biopsy reduces the reexcision rate and the cost of mammographically dedected cancer. J Surg Res* 1998 ; 78(1) : 23-6.
11. Jackman RJ, Marzoni FA Jr, Nowels KW. *Per-cutaneous removal of benign mammographic lesions: comparison of automated large-core and directional vacuum - assisted stereotactic biopsy techniques. AJR* 1998 ; 171(5) : 1325-30.
12. Philpotts LE, Shaheen Na, Carter D, Lange RC, Lee CH. *Comparison od rebiopsy rates after stereotactic core needle biopsy of the breast with 11-gauge vacuum suction probe versus 14-gauge needle and automatic gun. AJR.* 1999 ; 172(3) : 683-7.
13. Miller Rs, adelman RW, Espinosa MMH, et al. *The early detection of nonpalpable breast cacinoma with needle localization. Experience with 500 patients in a community hospital. Am Surg.* 1992 ; 58(3) : 193-8.

14. Hillhouse RA, Norvill KA, Buchanan SW, et al. Analysis of malignancy detected by needle-localized breast biopsy. *J Am Osteopath Assoc.* 1996 ; 96(7) : 398-400.

15. Skinner MA, Swain M, Simmonds R, et al. Nonpalpable breast lesions at biopsy. A detailed analysis of radiographic features. *Ann Surg.* 1998 ; 208 : 203-8.

16. Hasselgren PO, Hummel RP, Fieler MA. Breast biopsy with needle localization: Influence of age and mammographic feature on the rate of malignancy in 50 nonpalpable breast lesions. *Surgery.* 1991 ; (110) : 623-8.

17. Wazer DE, Gage I, Homer MJ, et al. Age-related differences in patients with nonpalpable breast carcinomas. *Cancer.* 1996 ; 78(7) : 1432-7.

18. Brenner RJ, Sickles Ae. Acceptability of periodic follow-up as an alternative to biopsy for mammographically detected lesions interpreted as probably benign. *Radiology.* 1991 ; 179 : 463-8.

### Editör'ün notu:

Ülkemizde bu konuda yapılmış diğer çalışmalar araştırmacılarını dikkatine sunulur.

### KAYNAKLAR:

1. Balcı P, Güneş N, Koçdor MA, Erkan N, Seçil M, Dicle O. Nonpalpabl kitle lezyonlarında preoperatif lokalizasyon sonuçları. Lezyonların mamografik analizi. *Meme Hastl Derg.* 1997 ; 4(3) : 123-7.

2. Harmancıoğlu Ö, Saydam S, Füzün M, Astarcioglu K, Bakır H, Dicle O. Mamografi eşliğinde iğneyle işaretlenmiş palpe edilemeyen meme lezyonlarında biyopsinin cerrahi açıdan değerlendirilmesi. *Ulusal Cer Derg* 1991 ; 7(4) : 205-7.

3. Tunacı M, Nonpalpabl meme lezyonlarında IIA ve kesici iğne biyopsisi (Derleme). *T Rady Derg.* 1998 ; 33(1) : 113-9.

4. Arman A, Yavuzer D, Çelik L. inçe Ü. Meme lezyonlarının işaretlenmesinde saf karbon ve karbonpolioksitilen süspanesiyonları memesinde yol açtığı reaksiyonlar. *Meme Hastl Derg.* 1994 ; 1(1) : 20-5.

5. Saydam S, Bakır H, Bora S, Karaaslan M, Balcı P, Harmanocioğlu Ö. İğne ile işaretli meme biyopsilerinde cerrahi deneyimlerimiz. *Klin Der Cer Derg.* 1994 ; 2 : 9-10.

6. Dicle O, Osmalı E, Pırnar T, Harmancıoğlu Ö. Palpe edilemeyen meme lezyonlarının mamografi eşliğinde iğneyle işaretlemede biyopsisi. *Rad Tıbbi Gör Derg.* 1992 2(2) : 155-9.

7. Özdemir A, Işık S, Ilgıt E, Çetin M, Köse S, Köker E. Mammographic and ultrasonographic evaluation of breast lesions and stereotactic wire localisation. *Gazi Med J.* 1993 ; 4 : 10(4) : 226-31.

8. Tenekeci N, Topuzlu C, Müslümanoğlu M va. Palpabl olmayan meme lezyonlarının biyopsi öncesi iğne ile işaretlenmesi. *Ulusal Cer Derg.* 1994 ; 10(4) : 232-7.

9. Şimşek A, Kaymakçioğlu N, Yakut M va. Memede nonpalpabl lezyonlarının malinite tayininide hook guided biyopsinin önemi. *Anadolu Tıp Derg.* 2000 ; 2 : 12-20.

10. Roditi A, Grozowsky S, Rousso I. Nonpalpabl meme lezyonlarında mamografi rehberliğinde prebiyopsi lokalizasyon. *İzm Dev Hastn Tıp Derg.* 1992 ; 30(4) : 528-34.

11. Özdenir A, Öznur I, Çetin M, Özhan S, Işık S. Preoperative localisation of nonpalpable breast lesions by carbon injection. *Tur J Med Sci.* 1995 ; 23 : 317-20.

12. Eroğlu A, Tükel S, Aydıntığ S, Demirci S, Çam R. Palpe edilemeyen meme lezyonlarında stereotoksik meme biyopsisi. *Meme Hastl Derg.* 1998 ; 5(4) : 151-6.

13. Balcı P, Koçdor MA, Bekiş R ve ark. Palpe edilemeyen meme lezyonlarında yeni bir işaretleme yöntemi: ROLL. *Tanı ve Gir Radyol.* 2000 ; 6 : 156-9.

[Kaynak: R Kayar. *Türk Meme Hastl. Bibl. I ve II.*]