

MEME İNCE İĞNE ASPIRASYON BİYOPSİ DENEYİMİ

324 OLGU NEDENİYLE

Dr. Gülaydan FİLİZ*, Dr. Ömer YERÇİ*, Dr. Hülya ÖZTÜRK*, Dr. Bülent ORHAN**,
Dr. Türkan EVRENSEL**, Dr. Şaduman BALABAN ADIM*, Dr. İsmet TAŞDELEN***

ÖZET: Malign ve benign meme lezyonlarının ayırımında ince iğne aspirasyon biyopsileri (İİAB) yaygın olarak kullanılmaktadır. Radyolojik tetkiklerle kombine olarak kullanıldığında güvenilirlik oranı artmakta ve gereksiz operasyon yapılmasını önlemektedir. İİAB'nin güvenilirliğini saptamak amacıyla Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalına ulaşan 324 olgunun İİAB sonuçları incelendi. Olguların 315'i kadın iken, 9'u erkekti. Sitolojik olarak olguların 238'i benign, 18'i kuşku, 62'si malign, altısı tanı için yetersiz materyal olarak değerlendirildi. Malign olguların 26'sına, kuşku olanların ise 12'sine eksizyonel biyopsi uygulandı. Malign tanısı verilen olgularda yanlış pozitiflik gözlenmedi. Sitolojik olarak adenokarsinom tanısı alan bir olgunun, histolojik incelenmesinde metastatik adenokarsinom saptandı. Kuşku tanısı verilenlerin yedisi malign olarak değerlendirilirken, beşinin benign olduğu gözlemlendi. İki olguya ise eksizyonel biyopsi uygulanmamıştı. Bu veriler meme lezyonlarında İİAB'nin tanılarda önemini göstermektedir. Ucuz, güvenilir ve komplikasyonsuz bir yöntem olmasıyla meme lezyonlarının tanı ve izleminde kullanımının yararlı olduğu görülmüştür.

ANAHTAR KELİMELEER: İnce iğne aspirasyon biyopsisi, meme.

SUMMARY: FINE NEEDLE ASPIRATION CYTOLOGY OF BREAST (324 CASES): Fine Needle Aspiration (FNA) biopsy is widely in use for diagnosis of malignant and benign breast lesions. Reliability of FNA biopsy increases when it is combined with radiological techniques, and it avoids unnecessary operations. 324 FNA biopsies of breast, diagnosed at Pathology Department of Uludağ University Medical Faculty have been reviewed aiming to predict the reliability of FNA biopsies. 315 cases were female, and 9 were male. 238 cases were diagnosed as benign, 18 as suspicious, 62 malignant, and 6 insufficient for diagnosis cytologically. 26 of the malignant cases and 12 of the suspicious cases had undergone excisional biopsy. None of the "malignant diagnosis" were false positive. Histologic examination of a case which was diagnosed as adenocarcinoma cytologically revealed metastatic carcinoma. 7 of the "suspicious diagnosis" were malignant and 5 were benign histologically. No excisional biopsy was performed in 2 cases. These data indicate the diagnostic importance of FNA biopsy in breast lesions. We regard FNA biopsy as a very useful method for both diagnosis and follow-up of breast lesions, because it is a very cheap, reliable and safe method.

KEY WORDS: Fine Needle Aspiration, breast.

GİRİŞ

Meme kanserleri özellikle Kuzey Amerika ve Avrupa'da kadınlar arasında en sık gözlenen kanser olma özelliğini taşımakta ve kanserden olan ölümlerde ilk sırayı almaktadır (1,2,3). Görüntüleme tekniklerinin kullanıma girmesi ile meme kanserlerinin mortalitesi %20-40 düzeyine düşmüştür (4). Ancak bu tekniklerle saptanan lezyonların %60-90 benign olup, biyopsi uygulanmayan meme lezyonlarında gereksiz operasyon yapılma şansı oldukça yüksektir (4). Görüntüleme tekniklerinin tanılarda güvenilirliğini maksimuma çıkarmak için İİA ve kor biyopsileri alternatif olarak kullanılabilen iki ayrı minimal invaziv metoddur (5). Ucuz, güvenilir ve komplikasyon oranının oldukça düşük olması nedeniyle yaygın olarak kullanılmaktadır.

MATERYEL VE METOD

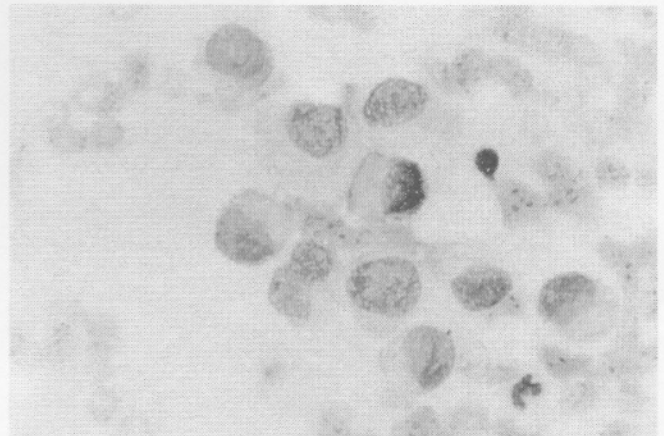
1.1.1995-31.12.1998 tarihleri arasında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalında meme lezyonu olan 324 hastaya İİAB tekniği uygulanmıştı. Bu hastalarda şüpheli ya da pozitif sitolojik sonuç alan 80 olgudan 38'ine eksizyon uygulanmıştır. İİAB yapılan olguların 315'i (%97,2) kadın iken, 9'u (%2,9) erkekti. Yaşları 14 ila 73 arasında değişmekte idi. Ortalama yaş ise 44,2 olarak tespit edildi. Sitolojik materyaller lam üzerine yayılıp havada kurutularak hazırlandı. May-Grünwald-Giemsa boyası ile boyandı. Sitopatolog tarafından aynı gün içinde değerlendirilerek rapor edildi. Sitolojik tanıları preparatın hücresel miktarına ve kompozisyonuna göre dört ana grupta: malign, kuşku, benign ve yetersiz olarak toplandı. Malign tanısı, preparat pür malign

hücrelerden oluşuyorsa ya da benign hücrelerin yanında baskın olarak malign hücreler bulunuyorsa verildi.

Kuşku tanısı;

- 1- Birbirleriyle karışmış olarak daha yoğun olmak üzere benign hücreler arasında az sayıda atipi kriterleri taşıyan hücreler varsa,
- 2- Preparat sınırları düzensiz çıplak nükleus kümelerini içeriyorsa,
- 3- Preparat hücresel olarak zengin olmadığı halde, müsinoz ya da nekrotik materyal içeriyorsa,
- 4- Kistik görünümü olmayan lezyonlarda irregüler görünüm- lü hücrelerden oluşan papiller yapılar varsa verildi.

Benign tanısına ise yayma normal, hiperplastik ya da apokrin hücreler, nükleer artıklar içeriyorsa verildi. Çok sayıda lipoid ve pigment histiositler kistik değişiklikler için yeterli sayıldı. Yağ nekrozu tanısına çok sayıda makrofaj, mül-



Resim 1. Lobüler karsinom (MGG X1000)

* Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Anabilim Dalı

*** Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

tinükleer hücreler ve nekrotik artıklar saptanması ile ulaşıldı. Yayma sadece yağ hücrelerinden, hücre artıkları ya da kanamadan oluşuyorsa tanı için yetersiz olarak kabul edildi.

Lumpektomi ya da mastektomi spesmenleri % 10'luk formalin ile fikse edildikten sonra, alınan örnekler parafine gömüldü. 5 mikronluk kesitler yapıldıktan sonra dokular Hema-toksilen-Eozin ile boyandı. Değerlendirme ışık mikroskobu ile yapıldı.

SONUÇLAR

324 olgudan elde edilen yayma preparatların 244'ü (% 75,3) benign, 18'i (% 5,5) kuşkulu, 62'si (%19,1) malign olarak rapor edilmişti (Resim 1,2,3,4). Tablo 1'de sitolojik olarak malign tanısı alan olguların spesifik tanılarına göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 2'de ise sitolojik olarak benign tanısı alan lezyonların spesifik tanılarına göre dağılımı verilmiştir.

Malign olarak değerlendirilen 62 olgunun 26'sına, kuşkulu olarak değerlendirilen 18 olgunun 12'sine cerrahi olarak eksizyonel biyopsi uygulanmıştı. Malign tanılı olgularda yanlış tanı (yanlış pozitiflik) yok iken, spesifik tanı olarak adenokarsinom olarak rapor edilen bir olgunun histolojik incelemesinde metastatik adenokarsinom olduğu saptanmıştır.

Tablo 3'de sitolojik olarak kuşkulu şeklinde rapor edilen olguların dökümü verilmiştir.

TARTIŞMA

İİAB'si basit , güvenilir ve ucuz bir yöntem olması nedeniyle meme lezyonlarının tanı ve takibinde sık olarak kullanılmaktadır. Komplikasyonları yok denecek kadar azdır ve hasta tarafından iyi tolere edilen bir yöntemdir (6,7). Palpe edilemeyen lezyonlarda ve stereotaksik olarak saptanan mikrokalsifikasyon alanlarında kolaylıkla kullanılabilir (6). Meme tümörlerinde gelişmiş mamografi teknikleri bile rölatif olarak düşük spesifiteye sahiptir (8,9). Kuşkulu lezyonların %20-30'unun histolojik olarak malign olduğu saptanmaktadır (10). Ultrasonografi mamografiye alternatif olarak kullanılan yararlı bir metottur. Bununla birlikte bu yöntemde yanlış negatiflik oranı % 0,3-47 arasında değişmektedir (11). Mamografik olarak kuşkulu meme lezyonlarında cerrahi açık biyopsi sayısını düşürmek için İİAB ve kor biyopsileri iki ayrı noninvaziv metod olarak kullanılmaktadır. Ballo ve arkadaşları İİAB'lerinin kor biyopsilerine göre daha sensitif bir metod olduğunu vurgulamışlardır (15). İİAB'si hastaların preoperatif tanılarının güvenilir ve hızlı bir şekilde konulmasına olanak veren bir teknik olarak tercih edilmektedir. İİAB'leri meme lezyonlarının malignitesini doğrulayarak, cerrahi tedavinin planlanmasına yardım eder. Benign lezyonları tespit ederek gereksiz operasyonların yapılmasına engel olur (12,13). Palpe edilebilen meme lezyonlarında Cote ve arkadaşları güven-

TABLO 2: SİTOLOJİK OLARAK BENİGN TANISI ALAN LEZYONLARIN SPESİFİK TANILARINA GÖRE DAĞILIMI

Sitolojik Tanı	Olgu Sayısı
Kistik değişiklikler	152 (%62,2)
Epitel hücreleri	46 (%18,8)
Nonspesifik Mastit	13 (% 5,3)
Yetersiz materyal	6 (% 2,4)
Abse	4 (% 1,6)
Yağ nekrozu	4 (% 1,6)
Duktal hiperplazi	6 (% 2,4)
Fibroadenom	9 (% 3,6)
Jinekomasti	1 (% 0,4)
Lipom	1 (% 0,4)
Apokrin metaplazi	2 (% 0,8)
Toplam	244

nilirlik oranını benign lezyonlarda %93, malign lezyonlarda %92 oranında bildirmişlerdir (4).

Çalışmamızda, 324 olgudan elde edilen yayma preparatların değerlendirilmesinde, 244 (% 75,3) benign, 18 (% 5,5) kuşkulu, 62 (%19,1) malign lezyon tanısına varıldı. Sitolojik olarak malign tanısı alan olguların 26'sına , kuşkulu tanısı olan olguların ise 12'sine cerrahi kliniğimizde eksizyonel biyopsi uygulandı. Malign olgularda yanlış pozitifliğe rastlanmazken, bir olguda spesifik tanıda hata gözlemlendi. Malign ya da kuşkulu tanısı alan diğer olgular İİAB'lerinden sonra hastanemiz takibinden çıkmışlardı ve sonuçlarına erişilemedi.

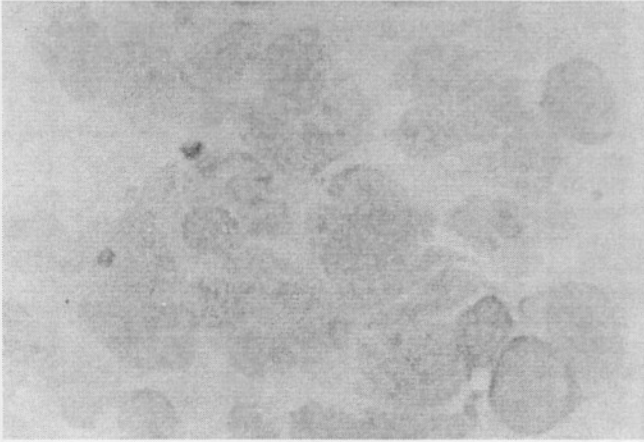
İİAB'lerinde yanlış negatif sonuçlar büyük problem teşkil etmektedirler. Yapılabilecek ilk hata, lezyonun oldukça küçük olması nedeniyle aspirasyonun yanlış yerden yapılmasıdır. Bir

TABLO 3: SİTOLOJİK OLARAK KUŞKULU ŞEKLİNDE RAPOR EDİLEN OLGULARIN DÖKÜMÜ

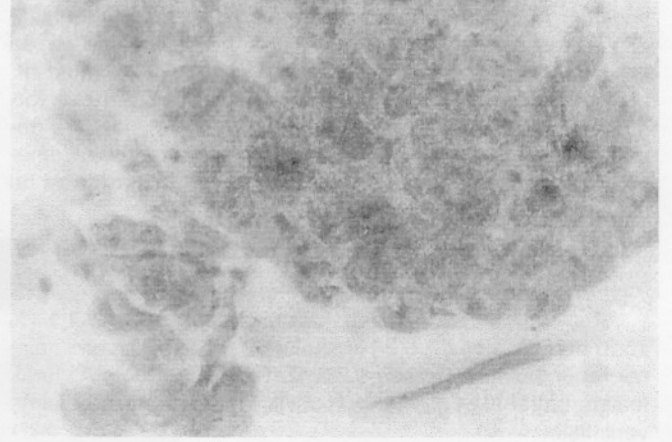
Olgu no	Sitolojik tanı	Histolojik tanı
1	Kuşkulu (Atipili duktal hiperplazi)	Fibroadenom
2	Kuşkulu (Atipili duktal hiperplazi)	Intraduktal papillomatosis
3	Kuşkulu (Duktal karsinom ?)	Biyopsi yok
4	Kuşkulu (Atipili duktal hiperplazi)	İnfiltratif Duktal Karsinom
5	Kuşkulu (Atipili duktal hiperplazi)	Karsinoma İn situ
6	Kuşkulu (Atipili duktal hiperplazi)	Fibrokistik değişiklikler
7	Kuşkulu (Atipili duktal hiperplazi)	Fibrokistik değişiklikler
8	Kuşkulu (1-Duktal karsinom ? 2-Yağ nekrozu?)	İnvaziv mikst müsinöz ve duktal karsinom
9	Kuşkulu (Atipili duktal hiperplazi)	Fibroadenom
10	Kuşkulu (Atipili duktal hiperplazi)	Müsinöz Karsinom
11	Kuşkulu (Atipili duktal hiperplazi)	İnfiltratif Duktal Karsinom
12	Kuşkulu (Atipili duktal hiperplazi)	Fibroadenom
13	Kuşkulu (Atipili duktal hiperplazi)	Fibrokistik değişiklikler
14	Kuşkulu(Duktal Karsinom?)	Biyopsi yok
15	Kuşkulu (Atipili duktal hiperplazi)	İnvaziv mikst müsinöz ve duktal karsinom
16	Kuşkulu (Atipili duktal hiperplazi)	Biyopsi yok
17	Kuşkulu (1-Atipili duktal hiperplazi? 2-Duktal Karsinom?)	Biyopsi yok
18	Kuşkulu (Atipili duktal hiperplazi)	Biyopsi yok

TABLO 1: SİTOLOJİK OLARAK MALİGN TANISI ALAN OLGULARIN SPESİFİK TANILARINA GÖRE DAĞILIMI

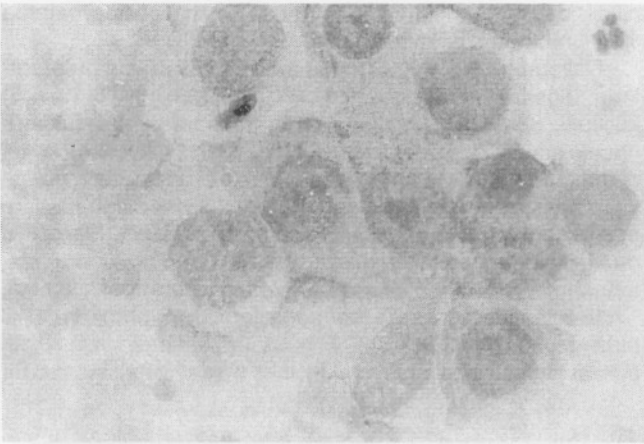
Sitolojik Tanı	Olgu Sayısı
İnfiltratif Duktal Karsinom	58 (%93,5)
İnfiltratif Lobüler Karsinom	2 (% 3,2)
Küçük Hücreli Karsinom	1 (% 1,6)
Taşlı Yüzük Hücreli Karsinom	1 (% 1,6)
Toplam	62 (% 99,9)



Resim 2. Küçük hücreli karsinom (MGX X1000)



Resim 4. Duktal karsinomda solit yapılanma (MGX X1000)



Resim 3. Duktal karsinomda tübüler yapılanma (MGX X1000)

çok tümör, malign alanların yanısıra benign alanlar içerebilir. Bu gibi tümörlerde aspirasyon benign kısımları içeren alanlardan yapılırsa yanlış negatif sonuç olasılığı kuşkusuz artacaktır. İn situ duktal karsinom olgularında ve bazı özel tipteki invaziv kanser olgularında (Örneğin tübüler ve lobüler karsinomlarda) preparatların değerlendirilmesi güç olabilir (14).

Çalışmamızda kuşku tanı alan olguların 5'ine eksizyonel biyopsi uygulanmamıştı. Eksizyonel biyopsi uygulanan 13 olgunun 6'sı malign tanısı alırken, 7'si benign olarak değerlendirildi.

Sonuç olarak İİAB ucuz, güvenilir ve kolay uygulanabilir bir teknik olarak meme lezyonlarının tanı ve takibinde tercih edilmektedir. Preparatların değerlendirilmesinin ve tekniğin bu konuda deneyimli kişiler tarafından yapılması yanlış negatif veya pozitif sonuç oranlarını anlamlı olarak düşürecektir. İİAB'lerinin yaygınlığının artması ile meme lezyonlarının değerlendirilmesi, gerekli tedavi planının kısa sürede yapılması ile hastaların maddi ve manevi daha az yıpranması sağlanacaktır. Olgulara patolog, radyolog ve cerrahın olu-

şan ekip halinde yaklaşmanın, güvenilirlik oranını yükselteceği inancındayız. Tüm bu bilgiler ışığında meme lezyonlarında İİAB'leri tanı ve izlemde rutin olarak kullanılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Robinson JI, Crane CEB, King JM, Scarce DI, Hoffmann CEJ. The South Australian Breast X-ray service: results from a statewide mammographic screening programme. Br J Cancer 1996; 73: 837-842.
2. Kljanić J, Cote JF, Thibault F, Zafrani B, Meunier M, Clough K, Asselain B, Vielh. Ultrasound-guided fine-needle aspiration cytology of nonpalpable breast lesions. Cancer Cytopathol 1998; 84: 36-41.
3. Cote JF, Kljanić J, Meunier M, Zafrani B, Thibault F, Clough K, Asselain B, Vielh. Stereotactic fine-needle aspiration cytology of nonpalpable breast lesions. Cancer Cytopathol 1998; 84: 77-83.
4. Morrow M. When can stereotactic core biopsy replace excisional biopsy? A clinical perspective. Breast Cancer Res Treat 1995; 361-369.
5. Dowlatshahi K, Yaremko ML, Kluskens LF, Jokich PM. Nonpalpable breast lesions: findings of stereotactic needle-core biopsy and fine-needle aspiration cytology. Radiology 1991; 181: 745-750.
6. Fajardo LL, Willison KM, Pizzutiello RJ. A comprehensive approach to stereotactic breast biopsy. Boston Blackwell Science, 1996.
7. Nguyen M, McCombs MM, Ghandehari S, Kim A, Wang H, Barsky SH, et al. An update on core needle biopsy for radiologically detected breast lesions. Cancer 1996; 78: 2340-2345.
8. Ciatto S, Del Durco MR, Bonerdi R, Cataliotti L, Distanti V, Cardona G, et al. Non-palpable lesions of the breast detected by mammography-review of 1182 consecutive histologically confirmed cases. Eur J Cancer 1994; 1: 40-44.
9. Ciatto S, Del Durco MR, Bravetti P. Non-palpable breasts lesions: stereotactic fine-needle aspiration cytology. Radiology 1989; 173: 57-59.
10. Ciatto S, Cataliotti L, Distanti V. Nonpalpable lesions detected with mammography: review of 512 consecutive cases. Radiology 1987; 162: 167-170.
11. Jackson VP, Reynolds HE, Hawes DR. Sonography of the breast. Semin Ultrasound CT MRI 1996; 17: 460-475.
12. Hall FM, Storella JM, Silverstone DZ, Wyshak G. Nonpalpable breast lesions: recommendations for biopsy based on suspicion of carcinoma on mammography. Radiology 1988; 167: 353-358.
13. Evans WP. Fine needle aspiration cytology and core biopsy of nonpalpable breast lesions. Curr Opin Radiol 1992; 4: 130-138.
14. Yiangou C, Davis J, Livni N, Barrett NK, Sinnett HD. Diagnostic role of cytology in screen-detected breast cancer. Br J Surg 1996; 83: 816-819.
15. Ballo MS, Sneath N. Can core needle biopsy replace fine-needle aspiration cytology in the diagnosis of palpable breast carcinoma. Cancer 1996; 78: 773-777.