

MEMENİN İYİ VE KÖTÜ HUYLU LEZYONLARININ AYIRIMINDA FİZİK MUAYENE VE İNCE İĞNE ASİRASYON BİOPSİSİNİN YERİ

Dr. Ömer GÜRAN (*), Dr. Duygu DÜŞMEZ (**), Prof. Dr. Sevgi KÜLLÜ (**), Doç. Dr. Özdemir AKTAN (*)

ÖZET: Bu çalışmada Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran 58 kadın hasta incelemeye alınmıştır. Çalışmamızda palpable meme lezyonu olan ve/veya mammografisinde şüpheli lezyonu bulunan hastaların lezyonlarına ince iğne aspirasyon biopsisi uygulanmıştır (İİAB). Biopsi sonuçları benign (Fibrokistik Değişiklikler, Fibroadenom) malign (Karsinom) tanılar ile değerlendirmeye alınmıştır. İİAB sonuçları ve klinik değerlendirme kalıcı yayma sonuçlarıyla karşılaştırılmıştır. Çalışmanın amacı hızlı değerlendirilen İİAB'nin rutin tanı aracı olarak kolay ve güvenilir kullanılabilirliğini göstermektir. Klinik teşhiste % 6.7 yanlış pozitif, % 5.1 yanlış negatiflik, wet filmde ise % 1.7 yanlış pozitiflik, % 1.7'de yanlış negatiflik saptanmıştır.

SUMMARY: FINE NEDLE ASPIRATION BIOPSY (FNAB) AND PHYSICAL EXAMINATION IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF BENIGN AND MALIGNANT BREAST LESIONS. In this study we reviewed 58 female patient. We applied FNAB to the patients who have suspicious mammography and/or palpable breast lesions. The aspiration results were regarded as benign or malignant. We compared the physical examination and FNAB results with the permanent smears. In clinical examination false positivity was 6.7 %, false negativity was 5.1 %. In wet film false positivity was 1.7 % and false negativity was 1.7 %. Our conclusion is that FNAB is an easy and reliable method that can be used in routine examination.

GİRİŞ

Ciddi bir fizik muayene ve mammografi, palpable meme lezyonlarının değerlendirilmesinde en sık kullanılan yöntemlerdir (12). ABD literatüründen son yayınlar İİAB'nin pozitif sonuçlarının güvenilir olduğunu bildirmektedirler (14,13,15). Meme hastalığı olanlarda hastalığın tanısını ameliyatsız koyabilmek önemlidir (9). Benign hallerde açık biopsi yapma gereği böylece ortadan kalkmaktadır.

Malignitede ise hastanın ameliyatı ve tedavisinin planlanmasına olanak sağlamaktadır. Ayrıca kullandığımız yöntem Tru-cut iğne biopsisi ve eksizyonel biopsiye göre daha az travmatik olup teknik olarak daha kolay yapılmaktadır (9,1). Painter (12) ve arkadaşları serilerinde % 98 sensitivite, % 92 spesifite bulmuşlardır. Zarbo (17) ve arkadaşlarının yaptığı Q Prob bir çalışmada ise spesifiteyi % 97, sensitiviteyi % 100, pozitif prediktiv değeri % 95, negatif prediktif değeri % 86 ve etkinlik derecesini de % 90 olarak bildirmişlerdir. Görüldüğü gibi böylesine tanı değeri yüksek bir tanı aracını kullanmak total teşhis yüzdemizi daha da arttıracaktır.

MATERYAL VE METOD

01.09.1991 ve 01.12.1992 tarihleri arasında hastanemize müracaat eden 58 kadın hasta incelemeye alınmıştır. Hastalar rutin meme fizik muayeneleri yapılarak klinik olarak tanılandırılmıştır. Orta sertlikte ağrılı veya ağrısız, düzgün sınırlı mobil lezyonlara fibroadenom tanısı verilmiştir. Sınırları çevre dokudan ayrılabilen, ağrılı, üzeri lobularite gösteren, fluktuasyon veren veya vermeyen, mobil, elastik kıvamlı lezyonlar fibrokistik hastalık olarak tanılandırılmıştır. Sınırları net olarak hissedilemeyen ağrısız, üzeri lobularite göstermeyen ve fluktuasyon vermeyen, sert fikse lezyonlar karsinom olarak değerlendirilmiştir. Bütün hastalara klinik tanı verildikten sonra aynı gün veya ertesi gün bir klinisyen ve bir patolog tarafından ince iğne aspirasyon biopsisi uygulanmıştır.

Her hastaya % 70'lik alkol ile alan temizliği yapıldıktan sonra 18 veya 23 Gauge iğne içeren 10 veya 20 cc'lik en-

jektörlerle handle yardımıyla girişimde bulunulmuştur. Alınan materyalden küçük bir miktar hemen bir lama konulup eşit miktarda Toluidin Blue ile lamel yardımıyla karıştırılıp kapatılmış ve anında değerlendirmeye alınmıştır (Yaş yayma-lar=wet film).

Yetersiz materyal gelen durumlarda işlem aynı seansda tekrarlanmıştır (En az bir en fazla dört kez). Atipik epitelyal hücre görülen yaymalar pozitif (karsinom); olağan epitel hücreleri, köpük hücreler ve apokrin hücre görülenler negatif olarak değerlendirilmiştir.

Her spesimenden ortalama 3-4 yayma yapılarak % 95 alkolde tespit edilmiştir. Bu yaymalar Papanicolau yöntemi ile boyanmıştır (Kalıcı yaymalar = permanent). Bu işlemlerden sonra enjektörde kalan materyal serum fizyolojik ile çalkalandıktan sonra santrifüj dilerek sedimentten parafin hücre blokları hazırlanmıştır (Hücre blokları = cell block). Hücre blok kesitlerinden yeterli materyal elde edilemediği için çalışmaya dahil edilmemiştir.

Yaş yaymalar kalıcı yaymalar ile karşılaştırılarak gerçek pozitif ve negatif tanı değerleri, spesifite, sensitivite, pozitif ve negatif prediktif değerler ve tanısal doğruluk dereceleri hesaplanmıştır. Bu değerler klinik tanının aynı değerleri ile karşılaştırılmıştır.

SONUÇLAR

İncelemeye alınan 58 kadın hastanın klinik olarak 13'üne fibroadenom, 20'sine fibrokistik hastalık, 24'üne de meme kanseri ön tanısı konulmuştur. Bir hasta ise ektopik meme olarak değerlendirilmiştir. Bütün hastalara wet film ve permanent yapılmıştır. 21 hastanın wet film tanıları meme karsinomu olarak değerlendirilmiştir.

Bu hastaların hepsinde permanent yayma sonuçları pozitif olarak bildirilmiştir. Bir hasta epitelyal hiperplazi olarak değerlendirilip karsinom şüphesi belirtilmiştir. Bu hasta permanent yaymalarda negatif olarak rapor edilmiştir. Bu hasta tarafımızdan yanlış pozitif kabul edilmiştir. Bir hastada ultrasonografi öncülüğünde İİAB yapılmasına rağmen asellüler materyal gelmiştir.

Bu hastanın daha sonra yapılan radyolojik muayeneleri ve takibinde kanser olmadığı sonucuna varılmıştır. Yaş yaymalarında negatif olarak rapor edilen bir hastanın permanent yayma incelemesi karsinom olarak değerlendirilmiştir.

* Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

** Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Ana Bilim Dalı

Klinik teşhisle permanent yaymalar kıyaslandığında fizik muayenenin % 6.7 yanlış pozitif, % 5.1 yanlış negatif sonuç verdiği sensitivitesinin % 86.9, spesifitesinin % 88.5, tanısal doğruluk değerinin ise % 87.9 olduğu tesbit edilmiştir. Wet film incelemesinin tanıdaki spesifitesi % 96.9, sensitivitesi % 95.4, doğruluk derecesi % 96.4 olarak hesaplanmıştır. % 1.7 yanlış pozitiflik, % 1.7 yanlış negatiflik tesbit edilmiştir.

Klinik olarak yanlış karsinom saptanan hastaların birinde yağ dokusu ve koagülasyon nekrozu, birinde fibroadenom, birinde fibrokistik hastalıkla uyumlu bulgular tesbit edilirken bir hastada asellüler materyal gelmiştir. Yanlış negatif bildirilen hastaların biri fibroadenom, ikisi fibrokistik hastalık olarak rapor edilmiştir. Yaş yaymalarda yanlış pozitif kabul edilen bir hastada epitelyal hiperplazi rapor edilip karsinom şüphesi belirtilmiştir.

TARTIŞMA

İnce iğne aspirasyon biopsisi (İİAB) patolojik inceleme için hücre elde etmek amacı ile ilk kez 1930 yılında Martin ve Ellis tarafından kullanılmıştır (8). Ancak klinik kullanıma son yıllarda giren bu tanı aracının kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır.

Son yayınlar % 100'lere varan spesifite, sensitivite ve tanısal doğruluk değerleri bildirmektedirler (16). Zarbo (17) ve arkadaşlarının çok merkezli bir çalışmada İİAB'ne ait sensitivite, % 47 spesifite, % 95 pozitif prediktif değer ve % 90 tanısal doğruluk değeri bildirmektedirler. Aynı grup % 1.2 yanlış pozitiflik ve % 0.8 yanlış negatiflik bildirmektedirler. Bizim çalışmamızda bu oran % 1.7 ve % 1.7 olarak hesaplandı.

Painter (12) ve arkadaşları ise % 98 sensitivite, % 95 spesifite bildirmektedirler. Aynı bir grup araştırmacı ise sensitiviteyi % 80-98, spesifiteyi de % 100 olarak rapor etmektedirler (16). Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz değerler literatürle uyum göstermektedirler.

Fizik muayene bulguları olarak yanlış negatiflik % 5.1, yanlış pozitiflik % 6.7 olarak hesaplanmıştır. Painter (12) ve arkadaşları dikkatli bir fizik muayenenin mamografiyle birlikte % 85-90 oranında memedeki kitlenin benign-malign ayrımını yapmada etkili olacağını savunmaktadırlar. Bizim klinik değerlendirmemizde elde ettiğimiz sonuçlar bu bulgularla uyumludur.

Daha deneyimli ellerde bu oranın daha da yükseleceğine inanmaktayız. Eğer İİAB fizik muayeneye eklenir, deneyimli klinisyen ve sitopatologlar tarafından yapılır ve değerlendirilirse doğru tanı oranları çok daha yükselecektir. Böylece pek çok açık biopsi girişimi gereksiz kalacaktır.

Bugün İİAB'deki yanlış tanılandırımlar üç nedene bağlanmaktadır. Birinci neden yanlış örnek alma, ikinci neden teknik yetersizlik üçüncüsü ise sitopatoloğun yanlış değerlendirmesidir (17,16,7,4).

Literatürde en sık rastlanan İİAB komplikasyonları ise pnömotoraks, hematoma, akut mastit (16). Bizim serimizde ise iki hastada biopsi yerinde cilt altı kanama ve ekimoz gözlenmiştir (% 3.4).

Klinik olarak lezyonların tümü palpe edilebilir nitelik taşımaktadır. Ancak bir tanesi nonpalpabl olup mamografik bulgulara dayanılarak (mikrokalsifikasyonlar nedeniyle) İİAB denenmiştir.

Literatürde bu teknik ile nonpalpabl lezyonların lokalizasyon ve tanısını belgeleyen yayınlar vardır (3). Ancak biz lezyonun yerini ultrasonografi ve mamografi ile tespit etmemize rağmen yeterli materyel elde edemedik.

Literatürde İİAB'de yetersiz materyel oranı % 5 olarak bildirilmektedir (9). Bizim serimizde ise bu oran % 1.7 olarak bulunmuştur.

Çalışmalar göstermiştir ki meme kanseri olan hastaların çoğu için kitlenin klinik olarak bulunmasından tedavisine kadar geçen süre en sıkıntılı dönemdir (6,10). Bu nedenle meme biopsisi sonrasındaki hastalar, tanısı konmuş ve kesin cerrahisi yapılmış hastalarda daha çok psikolojik sıkıntı içindedirler (5,11).

İİAB bu hastaların hızla tanılandırılıp kesin tedavilerinin bir an önce yapılmasına olanak sağlamaktadır. İİAB hızlı ve ağrısız bir işlemdir.

Palpable meme kitlelerinde pozitif sonuçlar verdiğinde ileri teşhis çalışmaları ve iyi bir ameliyat seçimi için daha iyi plan yapmayı sağlamaktadır (12).

Sonuç olarak çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçla fizik muayene ve mamografi bulguları birleştirildiğinde İİAB hızlı ve doğru tanı koyma olanağı yüksek bir metoddur.

KAYNAKLAR

1. Fentiman I.S., Millis R.R., Hayward J.L. Value of needle biopsy in outpatient diagnosis of breast cancer. *Arch Surg* 1980; 115: 652-3.
2. Haagensen D.E. Jr. Is cystic disease related to breast cancer? *Am J Surg Pathol.* 15 (7) 687-694, 1991.
3. Hastrich D.J., Dunn J.M., Armstrong J.S., Davies J.D., Davies Z.D., Webb A.J., Forndan J.R. Diagnostic and therapeutic aspects of fine-wire localization biopsy for impalpable breast cancer. *Br.J.Surg.* 1992, Vol: 79, October 1013-41.
4. Kempson L.R. "Breast" Lecture notes. Diagnostic Pathology, Stanford University Medical Center STANFORD CA.
5. Kempson L.R. "Breast" Lecture notes. Diagnostic Pathology, Stanford University Medical Center STANFORD CA.
6. Leinster J.J., Ashcroft J.J., Slade P.D. et al. Mastectomy versus conservative treatment: psychosocial aspects of the patient's choice of treatment. *J.Psychosoc Oncol* 1989; 7: 179-92.
7. Lewinson K.R., Wellisch D.K., Posnau R.O., Psychosocial aspects of mastectomy: I. The woman's perspective. *Am J Psychol.* 1978; 135: 432-6 in *Br J Surg* 1992 V: 79 Oct. 1013-1041.
8. Mair S., Lash R.H., Suskin D., Mendelsohn G. Intraoperative Surgical specimen evaluation: Frozen section analysis, cytologic examination or both? A comparative study of 206 cases. *A.J.C.P.* July-1991 V: 96; No: 1; 8-14.
9. Martin H.A., Ellis E.B.: Biopsy by needle procedure and aspiration. *Ann Surg* 92; 169-181, 1930 in *Surg Clin North Am.* V: 90 No: 4 August 1990: 801-13.
10. Mc Mohan A.J., Lutfy A.M., Matthew A., Walls A.D.F., Mc Ormick J. St. C., Henderson M.A., Auld C.D. Needle core biopsy of the breast with a spring loaded device. *Br. J. Surg.* V: 79, No: 10 October 1992: 1042-45.
11. Nerthouse L.L. The impact of breast cancer on patients and husbands. *Cancer Nurs* 1989; 12: 24-8 in *Br. J. Surg* 1992 V: 79 Oct. 1038-1041.
12. Ownes R.G., Ashcroft J.J., Leinster S.J. et al. Informal decision analysis with breast cancer patients: an aid to psychological preparation for surgery. *J Psychosoc Oncol* 1987; 5: 23-33.
13. Painter R.W., Clark W.W., Deckers P.J. Negative findings on fine needle aspiration biopsy of solid breast mass: Patient management. *Am J Surg V:* 155 March 1988, p: 387-389.
14. Somers R.G., Young, Kaplan M.J., Bernhard V.M., Rosenberg M., Somers., Fine needle aspiration biops in the management of solid breast tumors *Arch Surg* 1985; 120: 673-7 in *Am J Surg* 1988; 155: 387-9.
15. Ulanov R.M., Galbum L., Canton J.W. Fine needle aspiration in the diagnosis and management of solid breast lesions. *Am J Surg* 1988; 155: 387-9.
16. Wanebo H.J., Feldman P.S., Wilhelm M.C. Covel J.L., Binns R.L. Fine needle aspiration cytology in lieu of open biopsy in the management of primary breast cancer. *Ann Surg* 1984; 199: 569-in *Am J Surg* 1988; 155: 387-9.
17. Wilkonson A.J., Bland K.I. Techniques and results of aspiration cytology for diagnosis of benign and malignant diseases of the breast: Breast Cancer: Strategies for the 1990's I. *Surg Clin North Am V:* 90 No: 4 August 1990; 801-813.
18. Zarbo R.J., Howanitz P.J., Bachner P. Institutional comparison of performance in breast fine-needle aspiration cytology. *Arch Pathol Lab ed Vol:* 115; August 1991: 743-750.