

Meme Akıntısı ve Bunun Meme Hastalıklarının Tanımlanmasındaki Önemi

Dr. M. Ali Avunduk*

Dr. Rıfki Finci**

Tanım: Meme başından fizyolojik durumlar dışında, kendikendine akan sıvıya meme akıntısı denmekte, memenin sıkılmasıyla elde edilen sıvı akıntı olarak kabul edilmemektedir.

Fizyolojik nörohormonal uyarımlara bağlı meme salgısı laktasyon dışındaki çeşitli durumlarda görülebilmektedir. Örneğin :

1. Uzun süre gebeliği önleyici haplar alan kadınlardaki bilateral, seröz, süte benzer akıntı,
2. İlk veya ikinci gebeliğin orta yahut sonuncu üç ayında görülen bilateral, kanlı akıntı,
3. Genç kadınlarda, seyrek olarak görülen, menstrasyonun ilk günlerindeki bir kaç damla seröz akıntı,
4. Menapoza yaklaşan kadınlarda, areola yada meme başı sıkıldığında çıkan, memenin atrofiye gittiğini gösteren grimtrak yoğun akıntı, olarak sıralanabilir.

Ayrıca laktasyon da bazı koşullarda patolojik olarak başlayıp, devam edebilmektedir.

1. Evlat edinmede, emme uyarımı ile başlayıp günlük masajlarla devam edebilir.
2. Torakoplasti, pnömonektomi, kalp cerrahisi yada bir başka türdeki göğüs duvarı travmasıyla, sinirlerin uyarımı hipotala-

* Gülhane As. Tıp Akademisi Patolojik Anatomi Enstitüsü Doçenti

** Gülhane As. Tıp Akademisi Patolojik Anatomi Enstitüsü Asistanı Tbp. Yzb.

mik-hipofizer refleks aksı yoluyla laktasyonu başlatabilir. Obstetrik kanamalara bağlı hipofiz nekrozu, veya hipofiz tümörü yahut komşu dokulardan gelişerek hipofize baskı yapan tümörler de laktasyona yol açabilir.

4. Diyabetik retinopatide hipofiz sapının tedavi amacıyla kesilmesi bazı hastalarda laktasyonu başlatabilir.

5. Trankilizan ve gebeliği önleyici ilaçların uygulanmasında yahut hipotiroidizmde de laktasyon görülebilmektedir.

Meme hastalıklarının tanımlanmasında özgeçmiş ve soygeçmişin yanında memede palpe edilebilen kitle, retraksiyon, ağrı, akıntı gibi çeşitli klinik belirtilerin araştırılması gerekmektedir. Bunlardan meme akıntısına sık olarak rastlanmaz (ortalama % 3 oranındadır). Böyle ender bulunuşu ve bunlardan çoğunda fizyolojik nedenlerle ilgili olması patolojik durumlara bağlı akıntı olasılığının ne kadar az olduğunu göstermektedir. Meme akıntısı patolojik olarak iltihaplara yada intraduktal epitelyal proliferasyonlara bağlıdır.

Meme akıntısının fiziksel özellikleri ayırıcı tanıda önem taşımamaktadır. Genel olarak seröz ve kanlı yapıda, iki tür akıntı izlenmektedir. Ayrıca seyrek olarak; su gibi saydam, bazan yoğun, sarı, kirli-beyaz sarı-yeşil püveya süte benzer akıntılar da görülebilmektedir.

Seröz akıntı : Kuruduğu zaman sarı bir leke bırakan bu tür akıntı, saydam açık sarı ve akıcı özelliktedir. Olguların büyük bir çoğunluğu intraduktal papilloma bağlıdır. Bu akıntıyı, epitel hücreleriyle örtülü olmasına rağmen, kanal içine doğru gelişen bir papillomun stromasındaki kapiller damarlardan doku aralıklarına ve oradanda kanal boşluğuna sızan sıvılar oluştururlar. Ender olarak kanser olgularında da bu tür bir akıntı izlenebilir.

Kanlı akıntı : Akıntıyı kırmızı-kahverengine boyayacak yeterlikte alyuvar kapsayan, akıntılardır. Seröz akıntıda olduğu gibi kanlı akıntıda, lezyona özel değildir. Çoğunlukla intraduktal epitelyal bir proliferasyonun belirtisidir. Olguların çoğunda bu proliferasyon, benigndir. Anormal hormon uygulamaları nedeniyle kanalların genişlemesine bağlı da olabilir. Fakat çoğu kez papillom olgularında izlenmektedir. Ayrıca kistik hastalığın bir belirtiside teşkil edebilir. Kanlı akıntı bulunan olguların pek azında, intraduktal epi-

telyal proliferasyonlar malign olarak, örneğin intraduktal papiller karsinoma' gibi, karşımıza çıkmaktadır.

Çok seyrek olarak izlenen, renksiz, su gibi bir akıntının kanser için özel olduğunu öne süren yayınlarda vardır.³

Literatürü gözden geçirdiğimizde; meme akıntılarını inceleyerek tanımlamaya giden yazarların vardıkları sonuçların birbirinden farklı olduğu görülmektedir. SAPHIR 1950 de yayınladığı spontan akıntılı 90 olgunluk bir dizide, sitolojik ve histolojik karşılaştırmalar yapmış ve bazı olgularda yanılığın olduğunu göstermiştir. JACKSON ve Ark. 1951 de meme yakınmaları ile başvuran hastaların her iki memelerinden hafif masajlarla elde ettikleri akıntıları incelemişler ve sitolojik incelemenin, papillommu, kansermi sorusuna her zaman cevap vermediğini kanıtlamışlardır. PAPANICOLAOU ve Ark. 1958 de meme yakınması olup olmadığına bakmaksızın, 613 ü yakınmasız olmak üzere toplam 1339 olguluk bir diziyi incelemişlerdir. Elde ettikleri sitolojik sonuçları histolojik sonuçlarla karşılaştırdıklarında, toplam 45 histolojik kanser olgusunun % 31 inde sitolojik yanılığın olduğunu saptamışlardır. Bu arada hiç bir yakınması ve akıntısı olmayan 1 kadında emici aygıtla alınan örnekle saptanan sitolojik kanser tanısının histolojik olarakta doğru olduğu gözlenmiştir.

Bunlara ilâveten bazı araştırmacıları bu konudaki bulguları Tablo I de görülmektedir.^{3, 4}

TABLO I

Araştırmacılar	Akıntılı olgu	% kanser
Copeland ve Higgins	67	37
Mc Laughlin ve Coe	46	25
Mercier ve Redon	120	11,6
Mc Pherson ve Mackenzie	72	12,5
Tailhefer ve Pilleron	130	1,5
Madalin ve Ark.	100	1

HAAGENSEN, konuya biraz daha önem vererek eğilmiş bir yazar olarak akıntının spontan olması üzerinde özellikle durmakta-

dır. Araştıracının, 1956-67 yılları arasındaki 11 yıllık dönemde incelediği meme akıntılı olgular Tablo II de görülmektedir.¹

TABLO II

	Olgu sayısı	Akıntı kanlı	seröz sulu	Total olguların % si	
Gebelik	10		10	6	
Menstrasyon	1		1	—	
Kistik hastalık	3	3		—	
Duktal ektazi	5	3	2	3	
İntraduktal papillom	108	53	55	69	
Aksesuar subareolar gl.	3	3		—	
Meme başı duktusları pap.	9	9		8	
Meme kanseri	18	7	10	1	11,5
Toplam :	157				

Eileen ve Ark. 1975 de, 796 kadından emici aygıtla alınan meme sıvılarını incelemişler ve normal duktal hücrelerin, köpük hücrelerinin ve apokrin tipte metaplastik hücrelerin benign hastalıklarda arttığını saptamışlar ve sitolojik incelemenin klinik kanser tanısında pek önem taşımadığını belirtmişlerdir.⁵

Gülhane Askerî Tıp Akademisinin Tıp Fakültesinden ayrıldığı tarihten günümüze kadar olan 22 yıllık sürede, Enstitümüzün arşivinde meme akıntılı 93 olguluk bir dizi birikmiştir. Bunların dökümü şöyledir.

Yaş grubu	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80
Olgu	4	11	28	32	8	9	1

Toplam olgu : 93

En genç hasta 11 yaşında, en yaşlı hasta 79 yaşındadır. Çoğunluk, dördüncü ve beşinci on yıllarda görülmektedir. Bu yönden kanserlerle bir ilişki kurulabilir, fakat sitolojik sonuçlar bunu desteklememektedir. Şöyle ki :

Sitolojik tanı	Class : I	II	III	IV	V
Olgu sayısı	81	2	6	1	3

Toplam olgu : 93

(yüzde oranları yaklaşık olarak aynı sayılarda kabul edilmiştir)

Yaklaşık olarak 100 olgu incelendiğini varsayarsak, büyük çoğunluğun normal sınırlarda bulunduğu, ancak % 4 oranında kanser tanısı konulduğu anlaşılmaktadır. Class III, yani şüpheli olguları da bunlara eklersek, % 10 gibi bir sonuç çıkar ki bu da kaynak örneklerinden, HAAGENSEN¹, MERCIER-REDON⁶ ve Mc PHERSON-MACKENZIE⁷ nin verilerine yaklaşmaktadır.

Meme hastalıklarında sitolojik incelemenin karşısında olan yayınlarda bulunmaktadır. Kanser olasılığı göz önüne alındığında, palpasyon yayılmayı kolaylaştırdığı, ayrıca bunun yanında güvenilir bir yöntem de olmadığı öne sürülmektedir.⁸ Özellikle intraduktal papiller proliferasyonlar, apokrin salgı bezleri tipinde olduğu zaman, epitel hücrelerinde görülen sitoplazma ve çekirdek değişiklikleri, en tecrübeli sitolojistleri bile kolaylıkla yanıltabilecek niteliktedirler.

Günümüzde bir çok yabancı kurumlarda olduğu gibi, bizde de meme akıntısının incelenmesine seyrek olarak başvurulmakta, insizyonel biyopsi ve «frozen section» güvenilir bir yöntem olarak uygulanmaktadır.

ÖZET

Zaman zaman meme akıntısından tanıya varmak için atılımlar yapılmış, fakat birbirini tutmayan sonuçlar elde edilmiştir. Biz de bildirimizde 22 yıllık arşivimizde bulunan meme başı akıntılarını bir araya getirerek vardığımız sonuçları literatür örnekleriyle karşılaştırdık. Meme akıntısı; gebelik, menstrasyon, anormal laktasyon ve gebeliği önleyici haplara bağlı olgular dışında, önemli bir klinik belirti olduğundan değerlendirilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda ele gelen tümöral bir lezyon da mevcutsa, cerrahi girişimle daha ileri incelemeler yapılması erken tanı bakımından küçümsemez. Akıntı nedeni olarak kanser, olguların ancak az bir bölümünde bulunmakta olup, seröz yada kanlı olması ayırıcı tanıda etkili değildir.

KAYNAKLAR

- 1 — Haagensen C.D.: Diseases of Breast, Sec. Edit. W. B. Saunders Co. Philadelphia, 1971. p. 74-76, 102-103, 495, 781.
- 2 — Lewison E. F. and Chambers, R. G.: Clinical Significance of Nipple Discharge. JAMA 147: 295, 1951.
- 3 — Madalin H. E., Clagett O. and Mc Donald J. R.: Lesions of the Breast Associated With Discharge From the Nipple, Ann. Surg. 146: 751, 1957.
- 4 — Mc. Laughlin C. W. and Coe J. D.: A Study of Nipple Discharge in Non-lactating Breast. Ann. Surg. 157: 810, 1963.
- 5 — Eileen B. King, Diana Barrett, Mary-Claire King and Nicholas L. Petrakis: Cellular Composition of the Nipple Aspirate Specimen of Breast Fluid. Am. J. Clin. Pathol. 64: 728-738, 739, 1975.
- 6 — Morcier J. and Redon H: Le Valeur Diagnostique des écoulements par le Mamelon. Semaine des Hop. Paris, Ann. Cihr. 13: 754, 1959.
- 7 — Mc Pherson V. A. and Mac Kenzie W. C: Lesions of the Breast Association with Nipple Discharge; Prognosis After Local Excision of Benign Lesions. Canada J. Surg. 5: 6, 1962.