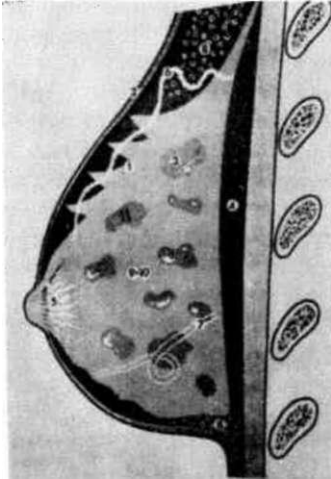


Mastodinia Nedenleri ve Gerçek Mastodinia'da Radyolojik Tanı

ESİN EMİN ÜSTÜN *

Bir tür salgı bezi olan ve buna özgü birtakım fonksiyonları yüklenen memenin kısaca anatomik konumu ve özelliklerini gözden geçirecek olursak; her iki meme göğüs duvarının önünde 2. - 6. Kostaların arasında sternumun lateralinde yer alan hemisferik çıkıntılardır. Meme arkada tabanı ile muskulus pectoralis majör üzerine oturmuş olup bu kasın fasiasına adeta gevşen bir bağ dokusu aracılığı ile tutunmuş durumdadır.

Meme sagittal planda kesit yapılarak makroskopik olarak incelenecek olursa (Resim: 1) deri ve deri altı dokusundan sonra gelen kısım "meme parankimasıdır". Parankima; glandüler elemanlar, meme stroması ismini verdiğimiz bağ dokusu, yağ dokusu ve damarlar ile sınırları içermektedir. Temelde memenin glandüler elemanları, süt bezi (lob ve lobül) ile süt kanallarından oluşmuştur. O halde meme bezinin yapı ünitesi lob ve lobüldür diyebiliriz. Resim: 1, bir bakıma bize radyoanatomiyi de birlikte yansıtmaktadır.



Resim 1. Memenin sagittal kesitinin radyoanatomik şematik resmi (1) Cooper bağı, (2) deri-deri altı dokusu. (3) Yağ dokusu, (4) Meme deri yağ dokusu, (5) Sinüs duktus laktiferi, (6) Ven, (7) Kalsiyum arteri, (8) Deri delikleri, (9) (10) Meme parankimi, (11) Süt bezleri grubu.

Meme bölgesinde hissedilen ağrıları, ektramammer olupta meme çevresine vuran ağrılar ve gerçek mastodinia'lar olarak ayırmak gerekir. Kadınlarda rastlanılan kanserlerin başında meme kanserinin gelmesi doğal olarak bu bölgede ağrı hissedilen bir kadını konsültasyon için cerrah ya da jinekoloğa götürmektedir. Böyle ağrılı durumlarda olguların yaklaşık % 50'sinde memelerde organik bir lezyon saptanmaz ve ağrı meme dışı diğer bazı nedenlere bağlıdır. Hastanın hastaya yönelteceği soruların başında ağrının tek ya da çift tarafta oluşu gelir. Bunun yanı sıra ağrıların yayılma alanı, gündüz ya da gece oluşu, siklus ile olan ilişkisi ve ağrının şiddeti sorulmalıdır.

Klinik incelemede inspeksiyon olarak meme ve çevresinden sahalarca vezinül, zona tipi değişiklikler, pigmenter lene olup olmadığı gözlenmelidir. Meme palpasyonuna geçmeden cilt değişiklikleri ve varsa galaktore araştırılmalıdır. Meme palpasyonu yatarak, oturur ve ayakta pozisyonlarda yapılmalı, bu arada memeye yanın yer alan lenf nodul alanları da gözden geçirilmelidir.

Daha sonra incelemeye çevre dokusu olarak, sternoklaviküler, kosto-kondral enlemler ile devam edilir. Sözü geçen bu enlemlerde parmaklar ile basıda ağrı uyanıp uyanmadığı araştırılmalıdır. Boyunun mobilitesine bantman için öne, araya, sağa ve sola çevirme hareketleri ve rotasyon manevrası yaptırılır. Boyun ve sırt bölgesinde bir nontrantürün bulunup bulunmadığına ayrıca bakılmalıdır.

Bilindiği gibi lönomotor, sindirim, solunum, kardiyovasküler ve nörolojin sistemle ilgili belirtiler göğüs bölgesinde ortaya çıkan ağrıya neden olabilmektedir. Ancak bu durumlarda ağrı nadiren yalnızca meme bölgesine lokalizedir. Bu sistemlerin tümü incelendikten sonra bir kadın yine meme bölgesinde lokalize ağrı tanımlıyorsa o zaman radyolog uygun görüyorsa mammografik inceleme yapılmalıdır.

Meme bölgesinde saptanan fakat gerçek mastodinia olmayan ağrılar (enstramammer ağrılar) genel olarak torans kökenlidir. Bu grup içinde sözü edilecek lezyonlardan biri Tietze sendromudur. Maksimum yaş 4. ve 5. dekadlar olmak üzere Tietze sendromu daha

* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Bilim Dalı Öğretmeni (

çok 2. ve 3. Kostokondral oynaklar hizasında ağrı ve şişlin ile kendini gösterir.

interkostal nevraljileri memenin bu sinirler ile olan komşuluğu ve ilişkisini göz önüne alırsak gerçek meme ağrılarında bazan ayırt etmek güç olmaktadır. Servikal bölgeden yayılan ağrılar genellikle servikal kontraktür, lordoz kaybı, osteoartroz ve diskopatiden kaynaklanmakta olup hastalar meme çevresine dağılan ağrılar hissedilebilirler.

Mikrotravma ağrısı olarak uyumlu olmayan sut-yenlerin ortaya çıkardığı ağrılardan söz edebiliriz. Ayrıca psikosomatik ağrılar olabileceği de unutulmamalıdır.

Gerçek mastodinia'lara gelince bilateral ya da bir tarafta daha belirgin olup bunların çoğu yalnızca premenstrüel dönemde ortaya çıkan, bir kısmı da premenapozal dönemdeki bazı kadınlarda olduğu gibi devamlı tarzda mastodinia'lar şeklindedir.

Memede çoğu kez dolgunluk ve gerginlik hissi ile birlikte olan mastodinia'larda bazen en ufak elbise dokunması bile kadında dayanılmaz ağrılara neden olabilir. Bu tür ağrılarda artık bozulmuş hormonal fonksiyonlar söz konusudur.

Kadınlarda birçoğunda sıklıktan 3-4 gün önce memelerin duyarlılığı yanı sıra büyüklüğü de artar. Ele gelen birtakım nodüller ortaya çıkar. Normal bir kadında bu değişiklikler menstruasyondan sonra kaybolur. Bu noktadan gidilerek memenin, mensin bir hafta öncesinden başlayarak mens bitimine kadar olan devresinde her türlü muayenenin uygun olmadığı düşünülmektedir. Gerçekten sıklıca bağlı olarak ele gelen nodüller yapılar ve lobüller hipertrofi alan tümör sanılarak biopsiye gidilen olgular az değildir.

Premenstrüel dönemde memelerdeki büyüklük ve gerginlik lenf ve kan damarlarının dolgunluğuna ve ekstrasellüler sıvı miktarının artmasına bağlıdır. Bir başka deyişle memeler bu dönemde su yükü yönünden çok yüklenmişlerdir. Bazı kadınlarda işte bu olaylara bağlı olarak gerçek mastodinia'lar ortaya çıkar. Ancak aslında, bu fizyolojik bir olaydır.

Premenstrüel dönemde östrojende artma, progesteronda azalma ve hiperprolaktinemi saptanır. Artan östrojene bağlı olarak süt bezlerinin asiner epitelleri ve duktus epitelleri proliferasyona uğrar. Bütün bu olaylar hormon seviyesindeki yükselmenin düşmesi ile birlikte belirgin biçimde geriler. Menstruasyonun ancak 2. yarısında devreye giren progesteron ise anti-östrojenik etki göstererek duktusların genişlemesini yavaşlatır. Kılcal damarların geçirgenliğini azaltarak östrojenin stromada geliştirdiği olaylara adeta karşı çıkar. Bir memede normal fizyolojik olayların süregelmesi için bu her iki hormonun dengeli biçimde çalışması gerekir. Meme dokusunun progesteron ve östrojen arasındaki dengesizliklere toleransı özellikle azdır.

Bir kadında mens öncesi başlayan, sonra kaybolan mastodinia'ları fizyolojik kabul ederken devamlı tipte olanları patolojik olarak değerlendirmekteyiz.

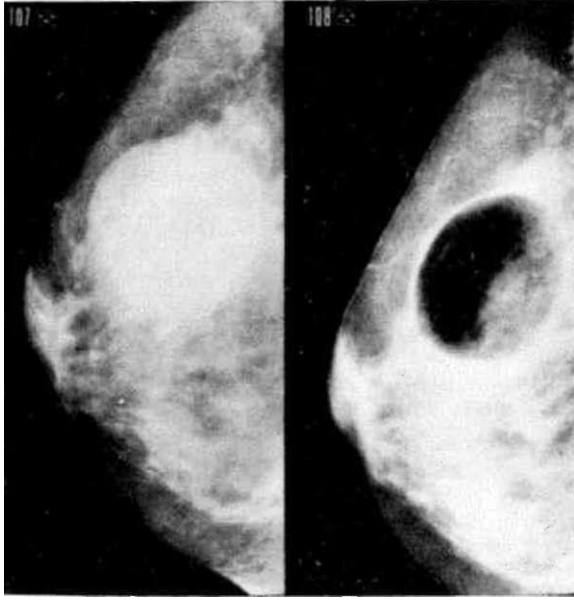
Burada mutlaka surette östrojen-progesteron ilişkilerinde düzensizlik ya da dengesizlik söz konusu olmaktadır. Uzun süreli mastodinia ile birlikte memelerde ele gelen birtakım şişlikleri olan bir kadında olaya, meme yakınması olan kadınların yaklaşık % 60'ında rastlanılan "fibrokistik hastalık" gözünü bakmak gerekir.

Memenin radyolojik inceleme yöntemlerinden Konvansiyonel mammografi indikasyonları oldukça geniş kapsamlı tutulmakla birlikte fizyolojik ağrı sınırında tanımladığı mastodinia yakınmaları olan bir kadında mammografi yapmak gereksiz bir uygulama şekli olmaktadır. Konvansiyonel mammografide memenin aldığı radyasyonun 1 rad a yakın olduğu da göz önüne alınırsa basit mastodinalarda bu tür yöntemin uygulanması yarar yerine bir bakıma zarar sağlayacaktır. Dış üyelerde fizyolojik sınırlarda mastodiniyası olan kadınlarda yapılan mammografilerin % 50'sinde meme glandüler yapılarının çok belirgin olduğu görülmüştür. Ancak yalnızca mastodinia tanımlayan bir kadında mammografi yapmak yerine ağrıya ek olarak zaman zaman büyüyen ya da kaybolan şişlikleri olanlarda bu yöntemi uygulamaya daha amaçlı olacaktır. Belirtilen bu bulgular memenin fibrokistik hastalığına uyduğundan böyle durumlarda kadınlar risk faktörü yönünden meme tarama grupları içinde de bulduklarından yılda bir kez mammografiye alınmalıdırlar.

Genital yaşamın değişik evrelerinde memede radyolojik olarak da önemli birtakım değişiklikler olabilmektedir. Örneğin; prepuberter, puberter, siklik, gebelik, laktasyon ve premenapozal evrelerde meme, radyografiye yansıyan tipik özellikler göstermektedir. Lamarque ve arkadaşlarının 1976 dan bu yana özellikle premenstrüel dönemde memede saptanan özellikleri ortaya çıkarmak için birçok experimental çalışmaları bulunmektedir. Aynı araştırmacı ve arkadaşlarına göre siklus öncesi memeler, hormonal etki ile konjunktivo-glandüler dokular da adeta su ile yüklenmektedirler. Radyolojik olarak; meme bu dönemde çok opak olduğu gibi adeta fludur, Konjunktif bölmeler kalınlaşmış distrofik, hiperplazik nodüller oluşmuştur. Bu değişikliklere bağlı olarak Cooper bağları iyi seçilemez. Postmenstruel dönemde ise bu görüntüler süratle değişmektedir. İşte bu noktadan gidilerek ideal mammografinin memenin adeta dinlenme periyodu olarak kabul edilen adetten itibaren sayılan 11. - 15. günler arasında yapılmasını öneren çalışmacılar bulunmektedir.

Kadınlarda gerçek mastodinia'ya sebep olan "fibrokistik hastalığın" histopatolojisinde saptanan selim epitelial proliferasyonları, adenozis olayını, duktal hipertrofi ve dilasyonlar ile fibrozisi radyolojik olarak mammografi üzerinde de kolaylıkla tanımlayabilmekteyiz.

Memenin fibrokistik hastalığının histopatolojik



Resim 2. Mammografide üst kadranda büyük bir kist, ayrıca memede duktal yapıların belirginliği nedeniyle (V.) patterni görülüyor. Kistografide iç duvarın düzgünlüğü dikkati çekmektedir.

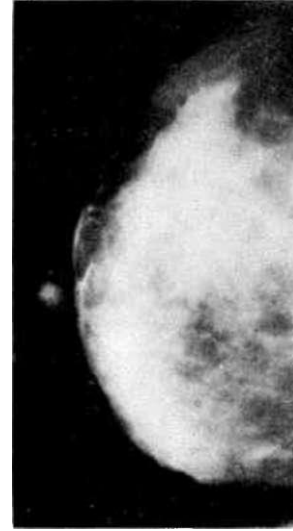
değişikliklerinin polimorfizm göstermesine uygun olarak radyogramlarda da hastalığın bazan bir tek komponentini, bazan da birçok komponentini birlikte görmem mümkündür.

En SIK rastlanılan radyolojik tanı bulgusu tek yada multipl Kistlerin varlığıdır. Kistler düzgün Kenarlı bazan lohule. dansiteleri su dansitesinde olup ÇOK



Resim 3. Memenin fibrokistik hastalığında fibroadenomatöz zemin üzerinde gelişen, ancak hepsi tam formasyonunu bulamayan çok sayıda mikro kistler görülüyor.

denstirler. Yapılacak ponksiyondan sonraki kistografide Kistin iç duvarının düzenli olduğu saptanır (Resim: 2). Bazan Kistler bu denli büyük ve iyi seçilen özellikte olmayıp fibroadenomatöz zemin üzerinde gelişen ÇOK sayıda tam formasyon göstermeyen kistler şeklinde görülebilir (Resim: 3). Fibrokistik hastalığın adenozis Komponentinde asinus ve duktuslardaki proliferasyon hastalarda daha çok üst-dış kadranda ele gelen ağırlı bir Kitle şeklinde klinikte dikkati çekecektir. Mammografide ise buna uyan geniş opasite alanı ile birlikte bazan sklerozan adenoziş olduğu gibi adeta plakard biçiminde imajlar ortaya çıkar (Resim: 4). Bu tür değişiklik gösteren bir memede iri, Kaba, dağınık ve yuvarlak kalsifikasyonların varlığı sklerozan adenozis tanısının doğrulmasına yardımcı olacaktır.



Resim 4. Benign mastozun fibrozis komponenti orta derecede bir opasite veriyor, ancak sklerozan adenoziş uyan plakard biçiminde görünüm var.

Memenin radyolojik inceleme yöntemleri içinde bulundurulmuş ancak verileri halen bazı patolojileri değerlendirmede sınırlı olan ultrasonografi'den mastodinia tanısında da yararlanılmaktadır. Rombaut ve Pluygers (1979) mastodinia'lı kadınlarda ultrasonografik görünlere göre birtakım sonuçlara gitmişlerdir, örneğin; az glandüler tip bir memede fibro-glandüler yapı çok ince olup yaklaşık 1. cm. den azdır. Orta derecede glandüler tipteki memede fibro-glandüler yapı kalınlığı 1-2 cm. arasında değişmektedir. Çok glandüler bir memede ise fibro-glandüler yapıdaki kalınlık 2 cm. ve daha fazla bulunmaktadır. Bu değerlendirmelerin mastodinia'lı kadınlar ile ilişkisine gelince, 1. tipte ultrasonografik görünüm veren bir memede ağırlı, 3. tip de görüntü veren memeye kıyasla yüzde oranı olarak daha azdır.

KAYNAKLAR

1. Chardot C, Warroy A., Parache RM Mastose Bbrokys tique et Cancer Bull, Cancer, 57. 251-268, 1970.
2. Gorins A, Netter. A: Etude hormonale des mastoses. Masson-Paris 1966, S: 149-190.
3. Haagensen C D. : Diseases of the breast. II. Basin W.B. Saunders Company, Phil. 1971, S: 57.
4. Hebert G., Quiment-Olivia D.: Diagnosis and management of breast Cysts, AJR. 115 801-807, 1972.
5. Lamarque L-L, Rodiere MJ. et coll.: La sémiologie mammographique des mastopathie benignes. J. Radiol. 58. 753-764, 1977.
6. Lamarque L-L.: Approche anatomohistologique de la radioanatomie mammaire, J. Radiol. 57: 753-766, 1976.
7. Mauvais-Jarvis P., Kutter F: Le mastopathie benignes, Nouv., Pres. Med.3: 993, 1974.
8. Rambout M. Pluygers E.: Ultrasonography and mastodynia. J. Beige de Radiol, 62.603-612, 1979.
9. Tabar L., Pentele Z., et coll.: The diagnostic and therapeutic value of breast cyst puncture and pneumocystography, Radiol, 141 .659-663, 1981.
10. Üstün E.E., Topuzlu C, Erhan Y.,: Meme kanseri Ege Tıp Fakültesi Yayınları Ayın Kitabı. 1980, Ege Üniversitesi Matbaası S: 65-69.
11. Willemin A., Netter A., Buchet R.: L' analyse radio-clinique du Sein, Masson-Paris, 1977, S: 24-28.
12. Willemin A. : Les images mammographiques, S. Karger-Paris, 1972 S: 51-60.