

Memedeki Kitlelerin Tanısında İnce İğne Aspirasyonu Biyopsisinin Yeri

THE VALUE OF FINE NEEDLE ASPIRATION BIOPSY IN MANAGEMENT OF BREAST MASS

İbrahim ÜSTÜN*, Erol EROĞLU*, Hakan BULAK**

* Op.Dr.,Ankara Onkoloji Hastanesi III. Genel Cerrahi Kliniği, Başasist.,

** Dr.,Ankara Onkoloji Hastanesi III. Genel Cerrahi Kliniği, Asist., ANKARA

Özet

1989-1992 yılları arasında SSK Ankara Hastanesi I.Genel Cerrahi Kliniğine memede kitle şikayeti ile müracaat eden toplam 52 hasta çalışma kapsamına alındı. Bu hastalar öncelikle tam bir meme muayenesinden geçirilmiş ve tam anamnezleri alınmıştır. Hastalardan bilateral meme USG ve mamografileri istenilmiştir.

Hastalardan önce ince iğne aspirasyon biyopsileri takiben açık biyopsileri yapılmıştır. Malign gelen vakaların ameliyat sonrası patolojik tanıları ile ince iğne aspirasyon biyopsileri tekrar karşılaştırılmıştır. Yapılan bu çalışmalar sonucu ince iğne aspirasyon biyopsisinin tekniğe uygun olarak yapılması, deneyimli sitologlarla çalışılması sonucu ucuz, çabuk sonuçlanan ve güvenilir bir yöntem olduğuna karar verilmiştir.

Anahtar Kelimeler: İnce iğne aspirasyon biyopsisi, Meme Ca

T Klin Tıp Bilimleri 1998, 18:50-53

Summary

In SSK Ankara Hospital I.Clinic of General Surgery, 52 patients with a complaint of breast mass were taken in the study between 1989-1992. First, all of these patients were completely examined physically and then bilateral mammary ultrasonography and mammography were performed. Fine needle aspiration biopsies were made and following this procedure open excisional biopsies were applied to all these patients. Postoperative pathologic specimens and the fine needle aspiration biopsies were examined again. After these examinations it was concluded that fine needle aspiration biopsies for breast masses is a cheap, safe and quickly resulted method when performed with in a suitable technic and evaluated by an experienced cytologist.

Key Words: Fine needle aspiration biopsy, Breast cancer

T Klin J Med Sci 1998, 18:50-53

Meme tümörleri tüm malign hastalıklar içerisinde en sık görülenidir. Tüm maligniteler arasında %27.7 gibi bir oranla birinci sırayı oluşturmaktadır. Doğan her 15 kız çocuğunun birinde yaşamın bir döneminde meme kanseri ile karşılaşmaktadır (1).

Gelişen teknolojik yöntemler memedeki kitlenin tanısı hakkında yardımcı olmakla birlikte kesin tanı klinik muayene ile başlar ve biyopsi ile sonuçlanır. Son yıllarda sitoloji alanındaki gelişmeler ince iğne aspirasyon biyopsisinin meme kitlelerinin değerlendirilmesinde giderek artan bir

ilgi görmesine neden olmuştur. Bütün dünyada olduğu gibi ülkemizde de meme kitlelerinin değerlendirilmesinde büyük bir ilgi gören ve %100'e yakın doğruluk oranı ile yaygın olarak kullanılan ince iğne aspirasyon biyopsisi üzerinde bir çalışma yapılmıştır (2).

Materyel ve Metod

1989-1992 yılları arasında SSK Ankara Hastanesi I. Genel Cerrahi Kliniğine müracaat eden 52 hasta çalışma kapsamına alındı. Bu hastalar 18 ile 69 yaşları arasında olup çalışma grubumuzda yaş ortalaması 44.3'tür.

Çalışma grubu hastalarımız memede kitle şikayeti ile polikliniğe müracaat eden hastalardır. Hastaların ayrıntılı anamnezleri alınmış ve her iki meme ve aksilla muayeneleri yapılmıştır. Tüm

Geliş Tarihi: 23.08.1996

Yazışma Adresi: Dr.İbrahim ÜSTÜN

Ankara Onkoloji Hastanesi

III. Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA

hastalara bilateral meme USG ve mamografi uygulanmıştır.

Çalışmamızın esasını teşkil eden ince iğne aspirasyon biyopsisi materyalleri A.Ü.T.F. Sitoloji Anabilim Dalı tarafından değerlendirildi. Hastaların açık biyopsileri kliniğimizce yapıp patolojik tetkikleri hastanemizin patoloji kliniğince değerlendirildi. İnce iğne aspirasyon biyopsilerinin tamamı aynı kişi tarafından gerçekleştirildi. Bu işlem için 20 ml disposabl enjektör ve 21 kalibreli disposabl iğne kullanıldı. Biyopsi işlemi sırasında cilt alkol veya alkol-iode ile silinip kurumasını takiben kitle bir elin parmakları ile hissedilerek sabitleştirildi. Diğer el ile iğne kitlenin merkezine ulaştırılıp aspirasyon yapıldı. Aspirasyon sırasında manuel olarak oluşturulan negatif basınçtan faydalanıldı. İğne kitle içinde iken yapılan mekanik manevralar ile çeşitli açılardan aspirasyon sağlandı. Yeterli aspirasyon yapıldıktan sonra manuel aspirasyon basıncına son verilip, pistonun istirahat pozisyonuna dönmesi sağlandı. İğne kitleden çıkartıldıktan sonra enjektörden ayırarak, enjektör içine bir miktar hava çekilip tekrar iğne ile enjektör birleştirildi. İğne içindeki materyal lama temas halinde iken püskürtüldü. Preparatlar hazırlanırken kitap açma veya kalın damla yayma yöntemi kullanıldı. Preparatlar havada kurutulup sitolojik incelenmesi için en kısa zamanda sitoloji merkezine gönderildi.

Bulgular

Çalışma grubumuzdaki tüm hastalar meme muayenesinden geçirildi. Otuz yaşın altındaki hastalara meme USG, 30 yaşın üstündeki hastalara meme USG ve mammografi uygulandı. Memedeki kitlenin kesin yeri tespit edilerek İİAB yapılmasına karar verildi.

İİAB uyguladığımız 3 vaka yetersiz materyal olarak rapor edildi. Bu hastalara ikinci kez İİAB yapıldığında sonuçları class II olarak tespit edildi. Ayrıca bir vakamızda İİAB sonucu class II fibrokistik mastopati olarak belirlendi. Yapılan eksizyonel biyopsisi sonucu fibrokistik komponent içeren infiltratif duktal Ca. olarak geldi. Sonuçlar Tablo 1'de verilmiştir.

Çalışma grubumuzda tespit edilen 19 tümör vakasının lokalizasyonu sağ ve sol meme için toplam 13'ünün üst dış kadran, 3 vakanın aerola, 3

Tablo 1. İİAB yapılan hastaların biyopsi sonuçları

Yetersiz Materyal	3 (*)
Class I	-
Class II	30
Class III	-
Class IV	-
Class V	19
Toplam	52

(*) İkinci İİAB'de Class II gurubuna girmiştir.

Tablo 2. Memedeki kitlenin lokalizasyon dağılımı

	SAĞ MEME	SOL MEME
ÜST DIŞ KADRAN	18	7
ÜST İÇ KADRAN	4	6
ALT DIŞ KADRAN	1	3
ALT İÇ KADRAN	1	4
AEROLA	3	5

vakanın üst iç kadran, 1 vakanın ise alt iç kadranda yerleştiği tespit edilmiştir. Bu bulguların literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür (4). Kitle lokalizasyonları Tablo 2'de belirtilmiştir.

İİAB'da Class V olarak belirtilen olguların tanısı "infiltratif duktal Ca." olarak belirtilmiştir. Class II gurubundaki vakalar ise "fibrokistik meme hastalığı", "kistik mastopati", "mastitis" şeklinde rapor edilmiştir. Bir tek olgumuzda Class II fibrokistik meme hastalığı olarak rapor edilmiş, sonradan yapılan eksizyonel biyopsi de fibrokistik komponent içeren infiltratif duktal Ca. olarak tespit edilmiştir.

Tüm hastalarımız İİAB'si tamamlandıktan sonra insizyonel ya da eksizyonel tarzda açık biyopsileri yapıldı. Her iki rapor karşılaştırıldıktan sonra tedavisine karar verildi. Tespit edilen 19 malign vakanın evrelendirilmesi yapıp operasyon açısından uygun olduğu görüldü, 17 vakaya modifiye radikal mastektomi, 2 vakada ise pektoral adele tutlumu nedeniyle radikal mastektomi yapıldı.

Operayondan elde edilen spesmenlerin patolojik takipleri, İİAB ve açık biyopsi sonuçları karşılaştırıldı. Sonuçlar Tablo 3'de verilmiştir.

Bu veriler ışığında İİAB ve açık biyopsi yöntemleri karşılaştırılmıştır. Tablo 4'de bu bulgular gösterilmiştir.

Tablo 3. İİAB ve açık biyopsi sonuçlarının karşılaştırılması

	İİAB	AB
GERÇEK POZİTİF	19	20
GERÇEK NEGATİF	32	32
YALANCI POZİTİF	-	-
YALANCI NEGATİF	1	-

Tablo 4. İİAB ve açık biyopsi yöntemlerinin yüzde oranları

	İİAB	AB
Genel doğruluk oranı	%98	%100
Sensitivite oranı	%95	%100
Spesifite oranı	%100	%100

Yukardaki tablonun sonuçları literatür ile karşılaştırıldı. Çeşitli çalışmalarda sensitivitenin %90-97, spesifitenin %92-96 ve etkinlik oranının %94-97 oranlarına kadar yüksek ve güvenli olduğu görüldü. Yukardaki tablonun doğruluğu yapılan değişik çalışmalarda verilerle paralellik göstermektedir. Değişik serilerdeki İİAB sonuçları Tablo 5’de kendi sonuçlarımız ile karşılaştırılmıştır (7) .

Sonuç

Memedeki kitlelerin tanısında İİAB kolay, ucuz, güvenilir ve etkili bir yöntemdir. Bu tekniğin sensitivitesi %90-97, spesifitesi %94-97 olduğu geniş serilerde gösterilmiştir (5,6). Başarılı sonuç almada iki önemli faktör; biyopsi yapan kişinin performansı ve yorumu yapan sitoloğun deneyimidir.

Tartışma

Kadınlarda en sık görülen kanser vakalarının başında meme kanserleri yer almaktadır.

Memedeki kitlelerin tanısında ve tedavisinin yönlendirilmesinde İİAB’nin ucuz, güvenilir ve etkili olduğu çeşitli araştırmalarda gösterilmiştir.

İİAB’ni memenin görüntüleme yöntemleri olan mamografi ve meme USG ile birlikte kombine olarak uygulayıp sonuçlarını memenin açık biyopsisi ile karşılaştırdık. Mamografide özellikle mikrokalsifikasyon gösteren kitleler ve meme USG’de ise solid olan kitleler çalışma grubuna alındı.

Günümüzde memedeki lezyonların değerlendirilmesinde İİAB’si başlangıç olarak uygulanan güvenilir bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Literatürler gözden geçirildiğinde İİAB’nin sensitivitesi %90-97, spesifitesi %94-97 ve tanısal güvenilirliği %84-99.5 olarak verilmiştir (2,3,5-7).

Bizim çalışmalarımızda sensitivite %95, spesifite %100 ve tanısal güvenilirliği %98 olarak bulunmuştur. İİAB’inde genelde yanlış negatiflik oranı %0.2-20 arasında olduğu tahmin edilmekte olup bu oran %3.3 kabul edilmektedir. Yanlış pozitiflik oranı ise %0.1-0.4 arasında değişmektedir (8). Bizim serimizde ise yanlış negatiflik %2, yanlış pozitiflik oranı ise %0.0 olarak bulunmuştur.

İİAB kullanılarak memedeki kitlenin erken dönemde tanısının konulması, çok sayıda hastanın kolayca taranması, yöntemin ucuz ve kolay olmasından dolayı büyük önem taşımaktadır. Özellikle memede kitle olan ancak açık biyopsiden çekindiklerinden dolayı doktora müracaat etmekten kaçınan hastalara bu yöntemin kısa bir zamanda kolayca uygulandığı anlatılırsa çok değerli bilgiler elde edilebilir kanaatindeyiz.

İİAB ile ilgili tüm yayınlarda preparatları değerlendiren sitoloğun bu konu hakkındaki deneyimli olmasının gereği önemle vurgulanmıştır. Değerlendirmenin güvenilirliği açısından sitoloğun

Tablo 5. İİAB sonuçlarının literatür ile karşılaştırılması

Hasta Sayısı	Kanser Sayısı	Sensitivite (%)	Spesifite (%)	Genel Doğruluk Oranı (%)	Referans
1680	873	89	97	97	Franzen-Zajicek
3545	368	90	98	85	Kine et al
398	136	90	100	100	Smallwood et al
590	133	85	100	100	Smith et al
52	19	95	100	98	Bizim Serimiz

yılda en az 500'e varan preparat incelemesi gerektiği üzerinde durulmaktadır (9). Bu nedenle biz preparatlarımızı yeterli deneyime sahip olduğuna inandığımız A.Ü.T.F Sitoloji Anabilim Dalı'na konsülte ettirdik. Ayrıca preparatların incelenmesinin yanı sıra İİAB'ni yapan kişinin deneyimli ve bilgili olması gerekmektedir. En az 200 İİAB yapıldıktan sonra tam bir beceriye sahip olabileceği belirtilmiştir.

Memedeki kitleler genellikle 2 cm boyutuna eriştiğinde hastalar tarafından farkedilip ve doktora müracaat edilir. Mamografi ve meme USG'si yapılan rutin taramalarda 1 cm'den küçük kitleler yakalanmakta ve stereotaktik veya USG eşliğinde İİAB yapılarak tanıya gidilebilmektedir (1).

Aspirasyon biyopsilerinde özellikle geniş kalibreli iğnelerde hücrelerin sağlam dokulara inokülasyonu, kanama, infeksiyon, pnömotoraks görülebilmektedir (9). Biz 21 kalibrelik iğne ile yaptığımız aspirasyon biyopsilerinde komplikasyona rastlamadık. Ayrıca iğnenin giriş doğrultusundaki tümör yayılımı özellikle Tru-cut şeklinde yapılan geniş kalibreli iğne biyopsilerinde görülmüştür. Bunlar 16 kalibreden daha geniş olan iğnelerdir.

Deneyimli ellerde yapılan iğne biyopsileri günümüzde rutin uygulama alanına girmiştir, özellikle sitolog ile klinisyenin sıkı işbirliği sayesinde bu yöntemin kolay, ucuz, güvenilir olması, kolayca tekrarlanabilmesi ve hemen sonuç alınabilmesinden dolayı tercih edilebilir duruma gelmiştir.

KAYNAKLAR

1. The Surgical Clinics of North America. Breast Cancer in Young Women. 1996 April 76, (2), 279-87.
2. The Value of Fine Needle Aspiration Biopsy in Management of Breast Disease Mamoon-N, Mushtg-S, Rashid-M, Rafi-CM, Khan-AH JPMA-J-Pak-Med-Assoc 1995 May; 45(5): 120-2.
3. Fine Needle Aspiration Biopsy of The Breast Kline-TS Am-Fam-Physician. 1995 Nov 15; 52(7).
4. Diseases of The Breast. Third Edition Haagensen, 1986: 730
5. The Value of Fine Needle Aspiration Biopsy in Management of Breast Disease Mamoon-N, Mushtg-S, Rashid-M, Rafi-CM, Khan-AH.
6. Fine Needle Aspiration Biopsy of The Breast Kline-TS Am-Fam-Physician. 1995 Nov 15; 52(7): 2021-5.
7. Zajicek J. Aspiration Biopsy Cytology: Cytology of Supradiaphragmatic Organs Monogr- Clin-Cytol 1974; 4: 1.
8. Linsk J. A. and Fransen S. Clinical Aspiration Cytology. Philedelphia: JB Lippicott Co, 1983.
9. The Surgical Clinics of North America. Breast Cancer I. 810-813, 1990-4.