

# Meme Kitlelerine Yaklaşımında Eksizyonel Biyopsinin Yeri: 142 Hastada Biyopsi Patoloji Sonuçları

Dr. Oğuz KOÇ (1), Dr. Esin ERKAN (1), Doç. Dr. Yavuz Selim SARI (1), Dr. Güngör ÜZÜM (1), Dr. Orhan ŞAHİN (1), Dr. Adnan HAŞLAK (1), Dr. Gülben Erdem HUQ (2), Doç. Dr. Vahit TUNALI (1)

## ÖZET

Meme kanseri; kadınlarda en sık görülen kanserdir. Meme kanserinin histolojik tanısının konulması cerrahi öncesi evrenin çok önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Biz de kliniğimizde 2007 yılı içinde, memede kütle nedeniyle biyopsi yapılan hastalarımızın sonuçlarını değerlendirdik. 135 kadın (ortalama yaş: 47,4) ve 7 erkek (ortalama yaş: 61,6) toplam 142 hastaya meme biyopsisi yapılmıştır. Mamografi yapılan hastalarda Birads-3 hasta oranı % 54,1, Birads-4 oranı: %20,7, Birads-5 oranı:%11,9 idi. Kullanılan biyopsi tekniği 110 (% 77,4) hastada eksizyonel, 4 (% 2,8) hastada insizyonel, 27 (% 19,1) hastada tru-cut ve 1 (% 0,7) hastada ince iğne biyopsisi şeklindeydi. Patolojik tanısı: 32 (% 22,5) hastada karsinom olarak bulunurken, 110 (% 77,5) hastada çeşitli selim patolojiler olarak rapor edildi. Günümüzde görüntüleme yöntemleri kılavuzluğunda yapılan minimal invaziv biyopsi teknikleri giderek sık kullanılmakla beraber, özellikle selim hastalıklarda memede kitlelerin hala kalıyor olması, çoğu hastada psikolojik sorunlara neden olabilmektedir. Bu nedenle hastaların bir çoğu memedeki kitlenin tamamının çıkartılması yönünde istekte bulunmaktadır. Radyolojik görüntüleme yöntemleri ile selim meme kitlesi olduğu düşünülen hastalarda olabilecek tüm olasılıklar hastaya sunulmalı, eğer hasta kitlenin tümüyle alınmasını ister veya sonraki kontroller için isteksiz olursa, aksine bir tıbbi ya da etik kontraendikasyon olmadıkça, eksizyonel biyopsinin tanı ve tedavi edici bir alternatif olarak kullanılması gerektiği kanaatindeyiz.

**Anahtar Sözcükler:** Meme Kanseri, Meme Biyopsisi, Eksizyonel Biyopsi

## SUMMARY

### **The Role of Excisional Biopsy in Breast Lumps Histopathological Biopsy Results in 142 Cases**

Breast cancer is most frequently seen cancer type in women. Histopathological diagnosis of breast cancer plays an important role in pre-operative stage. We evaluated the histopathological biopsy results of our patients with the diagnosis of breast lumps in our clinic in 2007. Breast biopsy was performed in totally 142 patients, 135 women (mean age; 47.4) and 7 males (mean age ; 61.6). Birads-3 ratio was 54.1 %, Birads 4 ratio was 20.7 %, Birads 5 ratio was 12.9 % in patients subjected to mammography. Excisional biopsy was performed in 110 patients (77.4 %), incisional biopsy was performed in 4 patients (2.8 %), tru-cut biopsy was performed in 27 patients(19.1 %), fine-needle-aspiration biopsy was performed in one patient(0.7 %) whereas histopathological diagnosis was cancer in 32 patients (22.5 %) various benign pathologies were found in other 110 patients. Although radiologically guided minimally invasive techniques are frequently used nowadays, psychological problems may arise in patients especially who were operated with the diagnosis of benign lumps with insufficient excision with the suspected rest tissue. Therefore most of the patients demand total excision of the breast lump. So all the possibilities related with the radiological diagnosis of benign breast lumps should be explained to patients, and if the patient demands total excision or is reluctant to forthcoming examinations, we recommend excisional biopsy as an alternative procedure unless there is a medical or ethical contraindication.

**Keywords:** Breast cancer, Breast biopsy, Excisional biopsy

## GİRİŞ

Meme kanseri; kadınlarda en sık görülen kanserdir ve Amerika Birleşik Devletleri'nde bütün malignitelerin yaklaşık %31 ini oluşturmaktadır (1). Bununla birlikte kanserden ölümlerin içerisinde olguların %15 ni meme kanseri oluşturarak 2. sırada yer almaktadır (1). Bir kadının ömür boyu meme kanserine yakalanma insidansı ka-

baca %12'dir (2). Günümüzde tarama mamografilerinin etkin kullanımı ile hastalara %63 lokalize meme kanseri, %29 bölgesel yayımlı meme kanseri ve %6 oranında ise ileri evreli meme kanseri olarak tanı konulmaktadır (1,3). Ayrıca olguların yaklaşık %20 si oldukça iyi prognoza sahip in situ kanserdir (3,4). Tarama mamografileri öncesinde bu olgular palpabl kütle oluşturduğunda tanılabilmekteydiler.

Tanı araçlarındaki ve tedavi yöntemlerindeki son 20 yılda gerçekleşen çok çeşitli gelişmelere rağmen, bu hastalıkta cerrahın rolü halen en merkezde bulunmakta ve

SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 4. Cerrahi Kliniği (1)  
SB İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği (2)

**Tablo 1:** BIRADS sınıflamasına göre hastaların dağılımı

BIRADS Klasifikasyonu	Hasta Sayısı	Yüzde(%)
BIRADS-1	0	0
BIRADS-2	18	13.3
BIRADS-3	73	54.1
BIRADS-4	28	20.7
BIRADS-5	16	11.9

belirleyici olmaktadır (1,5). Bu rol yürürlükteki güncel tüm tedavi modellerini yakından bilme ve uygulamayı gerektirmesinin yanı sıra, palpabl yada nonpalpabl kitlelere, doğru tanı yöntemlerini kullanılarak optimal sürede tanı konulmasını sağlamayı da içermektedir. Tanı aracı olarak çok sıklıkla bilateral mamografi, ultrasonografi ve bazı olgularda magnetik rezonans (MR) görüntüleme yöntemi kullanılmaktadır (6-9). Meme kanserinin histolojik tanısının konulması cerrahi öncesi evrenin çok önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. İnce iğne aspirasyon biyopsisi, tru cut biyopsi, insizyonel ve eksizyonel biyopsi yöntemleri histopatolojik tanıda kullanılan yöntemlerdir (1,2,7,10-13).

Bu çalışmada birimizde bir yıl içerisinde meme biyopsisi yapılan olgular retrospektif olarak incelenmiş, kullanılan tanı yöntemleri ve patoloji sonuçları değerlendirilmiştir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

2007 yılı içinde hastanemizde palpabl meme kitlesi nedeniyle yapılan meme biyopsilerinin dosyaları araştırılmış, hastaların yaşı, cinsi, kullanılan görüntüleme yöntemleri verileri, kitlenin yeri, uygulanan biyopsi çeşidi ve patoloji sonuçları incelenmiştir. Nonpalpabl kitlesi olup, radyolojik olarak kitle saptanan ya da mikrokalsifasyon nedeniyle işaretleme yapılan olgular ve görüntüleme yöntemleri kılavuzluğunda radyologlarca yapılan biyopsiler çalışmaya dahil edilmemiştir. Verilerin istatistiksel analizinde sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma, katagorik değişkenler için yüzdeler kullanılmıştır.

## BULGULAR

Belirtilen süre içinde 135 kadın (ortalama yaş: 47,4) ve 7 erkek (ortalama yaş: 61,6) toplam 142 hastaya meme biyopsisi yapılmıştır. Kadın hastaların tamamında ul-

trasonografi ve 30 yaş altındaki kadın hastalar dışındaki tüm kadın hastalarda (113 hasta) mamografi görüntüleme yöntemi olarak kullanılırken, sadece 6 hastada meme MR incelemesi yapılmıştı. Erkek hastalarda tanı aracı olarak yalnızca ultrasonografi kullanılmıştı. Mamografi yapılan hastalarda Birads-3 hasta oranı % 54.1, Birads-4 oranı: %20.7, Birads-5 oranı:%11.9 idi (Tablo-1). Ultrasonografide %58.4 hastada kitle solid ve % 20.4 hastada muhtemelen malign olarak rapor edilmişti. Olguların %63 ünde kitle üst dış kadranda yerleşmişti. Kullanılan biyopsi tekniği 110 (% 77.4) hastada eksizyonel, 4 (% 2.8) hastada insizyonel, 27 (% 19.1) hastada tru-cut ve 1 (% 0.7) hastada ince iğne biyopsisi şeklindeydi. Kadın hastalarda patolojik tanı: 32 (% 22.5) hastada karsinom olarak bulunurken, 110 (% 77.5) hastada çeşitli selim patolojiler olarak rapor edildi. Erkek hastalardan sadece 68 yaşındaki bir hastada malignensi saptandı.

## TARTIŞMA

Meme ile ilgili her yakınma mutlaka ayrıntılı şekilde değerlendirilmeli ve hastaya ait birçok faktör göz önüne alınarak bireysel bazda sorun çözümlenmelidir. Hastanın yaşı, mevcut yakınmaları, fizik muayene bulguları ve meme kanseri için sahip olduğu riskler bu değerlendirmenin temelini oluşturmalıdır (1,14). Elli yaş altı kadınlarda yakınmalar sıklıkla selim hastalıklar nedeni ile hekime başvururken, daha yaşlı hastalarda olası bir malignensinin atlanmaması için dikkatli olunmalıdır (1,15). Anemnez ve fizik muayene bulgularına ek olarak uygun görüntüleme yöntemleri kullanılarak tanıya gidilmelidir. Çok sıklıkla tercih edilen görüntüleme yöntemleri mamografi, ultrasonografi ve MR incelemesidir. Memede kitle yakınması nedeniyle başvuran premenopozal kadınlarda sebep sıklıkla; kist, fibrokistik değişiklikler, fibroadenom ve az sayıdaki hastada ise meme kanseridir (1-16). Halbuki postmenopozal kadınlarda yeni fark edilen meme kitleleri selim olduğu ispatlanmadığı sürece malign olduğu kabul edilmelidir (1,16,17). Bu hastalarda doku tanısının elde edilmesi çok önemlidir.

Meme kitlelerinin ameliyat öncesi histopatolojik tanısının hızlı ve güvenilir şekilde konulması, daha sonraki tedavinin planlanmasının oldukça önemli bir basamağını oluşturmaktadır. Günümüzde görüntüleme yöntemleri kılavuzluğunda yapılan minimal invaziv biyopsi tek-

nikleri (ince iğne aspirasyon biyopsisi, tru-cut biyopsi teknikleri gibi) giderek sık kullanılmakla beraber, özellikle selim hastalıklarda memede kitlelerin hala kalıyor olması, çoğu hastada psikolojik sorunlara neden olabilmektedir (1,18). Bu nedenle hastaların bir çoğu memedeki kitlenin tamamının çıkartılması yönünde istekte bulunmaktadır. Patolojik tanının malign olması halinde, tanı yöntemi olarak minimal invaziv tekniklerin seçilmiş olması, hastalığın sonraki tedavisinin planlanmasında, özellikle meme koruyucu cerrahi uygulanacak hastalarda, skatris dokusu ya da insizyon içermedikleri için, birçok üstünlüğe sahiptir. Günümüz cerrahisinde meme kanserinde en iyi kozmetik sonuçlarla optimal tedavinin elde edilmesi amaçlanmaktadır (1,19). Tarama programları ile oldukça erken evrede kanserlerin ya da prekanseröz lezyonların yakalanması meme koruyucu cerrahinin daha sık kullanımı ve meme kanserinde oldukça iyi kozmetik sonuçların elde edilmesini de beraberinde getirmiştir (1,20).

Bizim çalışmamızdaki hastaların çok büyük kısmını selim patolojiler oluşturmaktaydı (%22.5 oranında malign patoloji). Bu hastalarda çok sıklıkla eksizyonel biyopsi tercih edilmişti (%77.4 oranında). Eksizyonel biyopsiler çok sıklıkla selim patolojilerde, hastaların memelerinde iyi huylu olsa da kitle kalmasından psikolojik olarak rahatsız olmaları nedeniyle, onların istekleri göz önüne alınarak tercih edilmişti. Radyolojik görüntüleme yöntemlerinde şüpheli ya da kuvvetle malign olabileceği tanımlanan kitlelerde minimal invaziv histopatolojik tanı yöntemleri kullanılmıştır. Ancak şüphesiz hastaların tanı ve tedavide kendi isteklerini açıkça ifade etmelerinin, uygulanacak yöntemlerin seçilmesinde hasta isteğinin temel yaklaşımlara uygun olduğu sürece ve özellikle de kozmetik sonuçların hasta tarafından belirlenmesinde önemli olduğunu düşünüyoruz. Eksizyonel biyopsi yöntemlerinin seçilmesinde etkin olan diğer bir sebep ise, hastaların sonraki dönemde istenilen aralıklarda kontrollere gelmelerinde isteksiz davranmaları olmuştur.

Sonuç olarak; patolojik tanının her hasta için ayrı bireysel değerlendirme sonucunda, görüntüleme yöntemlerini takiben, uygun biyopsi yöntemini kullanarak konulması, memede şüpheli kitle saptanan hastaların tedavilerinin ilk basamağını oluşturmaktadır. Cerrah hastanın ilk başvurusundan itibaren bütün süreci yönlendiren hekimdir ve her aşamada hastayla işbirliği içerisinde ol-

malıdır. Özellikle kanser şüphesi olan hastalarda, uygun biyopsi yönteminin seçilmesi sonraki aşamada cerrahi tedaviyi zorlaştırıcı olmamalı ve meme koruyucu cerrahi için engel oluşturmamalıdır. Ancak radyolojik görüntüleme yöntemleri ile selim meme kitlesi olduğu düşünülen hastalarda olabilecek tüm olasılıklar hastaya sunulmalı, eğer hasta kitlenin tümüyle alınmasını ister veya sonraki kontroller için isteksiz olursa, aksine bir tıbbi ya da etik kontraendikasyon olmadıkça, eksizyonel biyopsinin tanı ve tedavi edici bir alternatif olarak kullanılması gerektiği kanaatindeyiz.

## KAYNAKLAR

1. **Cameron JL.** Current surgical therapy. 9nd edition. Mosby Inc, Philadelphia, PA, USA, 2008.
2. **Chan WF, Cheung PS, Epstein RJ, Mak J.** Multidisciplinary approach to the management of breast cancer in Hong Kong. World J Surg. 2006 Dec;30(12):2095-100.
3. **He Q, Fan X, Yuan T, Kong L, Du X, Zhuang D, Fan Z.** Eleven years of experience reveals that fine-needle aspiration cytology is still a useful method for preoperative diagnosis of breast carcinoma. Breast. 2007 Jun;16(3):303-6.
4. **Kocjan G, Bourgain C, Fassina A, et al.** The role of breast FNAC in diagnosis and clinical management: a survey of current practice. Cytopathology. 2008 Oct;19(5):271-8.
5. **Park YM, Kim EK, Lee JH, Ryu JH, Han SS, Choi SJ, Lee SJ, Yoon HK.** Palpable breast masses with probably benign morphology at sonography: can biopsy be deferred? Acta Radiol. 2008 Dec;49(10):1104-11.
6. **Han BK, Schnall MD, Orel SG, Rosen M.** Outcome of MRI-guided breast biopsy. AJR Am J Roentgenol. 2008 Dec;191(6):1798-804.
7. **Schueller G, Schueller-Weidekamm C, Helbich TH.** Accuracy of ultrasound-guided, large-core needle breast biopsy. Eur Radiol. 2008 Sep;18(9):1761-73. Epub 2008 Apr 15.
8. **Nakano S, Sakamoto H, Ohtsuka M, Mibu A, Sakata H, Yamamoto M.** Evaluation and indications of ultrasound-guided vacuum-assisted core needle

- breast biopsy. *Breast Cancer*. 2007;14(3):292-6.
9. **Vargas HI, Vargas MP, Gonzalez K, Burla M, Khalkhali I.** Percutaneous excisional biopsy of palpable breast masses under ultrasound visualization. *Breast J*. 2006 Sep-Oct;12(5 Suppl 2):S218-22.
  10. **Carder PJ, Garvican J, Haigh I, Liston JC.** Needle core biopsy can reliably distinguish between benign and malignant papillary lesions of the breast. *Histopathology*. 2005 Mar;46(3):320-7.
  11. **Oyama T, Koibuchi Y, McKee G.** Core needle biopsy (CNB) as a diagnostic method for breast lesions: comparison with fine needle aspiration cytology (FNA). *Breast Cancer*. 2004;11(4):339-42.
  12. **Ozdemir A, Voyvoda NK, Gultekin S, Tuncbilek I, Dursun A, Yamac D.** Can core biopsy be used instead of surgical biopsy in the diagnosis and prognostic factor analysis of breast carcinoma? *Clin Breast Cancer*. 2007 Oct;7(10):791-5.
  13. **Feoli F, Paesmans M, Van Eeckhout P.** Fine needle aspiration cytology of the breast: impact of experience on accuracy, using standardized cytologic criteria. *Acta Cytol*. 2008 Mar-Apr;52(2):145-51.
  14. **Hanna WC, Demyttenaere SV, Ferri LE, Fleiszer DM.** The use of stereotactic excisional biopsy in the management of invasive breast cancer. *World J Surg*. 2005 Nov;29(11):1490-4.
  15. **Kil WH, Cho EY, Kim JH, Nam SJ, Yang JH.** Is surgical excision necessary in benign papillary lesions initially diagnosed at core biopsy? *Breast*. 2008 Jun;17(3):258-62.
  16. **Hukkinen K, Kivisaari L, Heikkilä PS, Von Smiten K, Leidenius M.** Unsuccessful preoperative biopsies, fine needle aspiration cytology or core needle biopsy, lead to increased costs in the diagnostic workup in breast cancer. *Acta Oncol*. 2008;47(6):1037-45.
  17. **Vimpeli SM, Saarenmaa I, Huhtala H, Soimakallio S.** Large-core needle biopsy versus fine-needle aspiration biopsy in solid breast lesions: comparison of costs and diagnostic value. *Acta Radiol*. 2008 Oct;49(8):863-9.
  18. **Wolf R, Quan G, Calhoun K, Soot L, Skokan L.** Efficiency of Core Biopsy for BI-RADS-5 Breast Lesions. *Breast J*. 2008 Sep-Oct;14(5):471-5.
  19. **Tennant SL, Evans A, Hamilton LJ, James J, Le-e AH, Hodi Z, Ellis IO, Rakha EA, Wilson AR.** Vacuum-assisted excision of breast lesions of uncertain malignant potential (B3) - an alternative to surgery in selected cases. 2008 Dec;17(6):546-9.
  20. **Pilgrim S, Ravichandran D.** Fine needle aspiration cytology as an adjunct to core biopsy in the assessment of symptomatic breast carcinoma. *Breast*. 2005 Oct;14(5):411-4.