

Radyolojik yöntemler ile tanı konulamayan nonpalpabl meme karsinomu olgusu

A nonpalpable breast carcinoma case that can not be detected by radiological examinations

Hakan Uncu*, Fikri Küçükkel**

Meme kanseri tanısında tüm dünyada kabul edilen tanı yöntemi, mam-mografi'dir. Oldukca yüksek duyarlılığa sahip olup, standard tarama yöntemi olarak kullanılmaktadır. Fakat dens meme parankimi, teknik yetersizlik, yorum hatası, ya da çok yavaş gelişmekte olan bir lezyon bulunması gibi nedenlerle, mammografi ile meme kanseri tanısı %10-30 oranında konulamayabilir (1,2). Ayrıca 50 yaşın altındaki kadınlarda mammografinin duyarlılığı %85-90'lardan %40-50'ye düşebilmektedir (3). İşte bu durumlarda diğer tanı yöntemleri yardımcı olmaktadır. Mammografi ve ultrasonografi birlikte yapıldığında duyarlılık, sadece mammografiye oranla %15 oranında daha yüksektir (4,5).

Fakat mammografi ve ultrasonografi ile tanı konamayan nonpalpabl meme kanserleri vardır ve tanı için daha üstün bir radyolojik yöntem olarak manyetik rezonans (MR) kullanılmaktadır (6,7). Özellikle multifokal ve multisentrik lezyonların tanısında mammografiden daha başarılı olan, ayrıca meme tümörlerinin ameliyat öncesi evrelendirmesinde de kullanılan MR'ın duyarlılığı %90'ın üzerindedir (2,8,9). Öte yandan MR'ın da tesbit edemediği ya da çeşitli benign tümörlerden ayırt edemediği malign lezyonlar bulunmakta, bu üstün yöntemin de yanlış negatif sonuçları çıkmakta, özgüllüğü %40-60'lara düşmektedir.(4,7,10).

Nonpalpabl meme malign lezyonlarının tanısında bu radyolojik yöntemlerin dışında kullanılan tanı yöntemleri ise, ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) veya kor iğne biyopsisi sonrasında yapılan sitolojik incelemelerdir. Burada, fizik muayenede kitle palpe edilemeyen, radyolojik yöntemler ile patolojik bir bulgu ortaya konmadığı halde, yapılan İİAB ile tanısı konan, duktal karsinoma in-situ (DCIS) zemininde gelişmiş infiltratif duktal karsinoma olgusu sunulmaktadır.

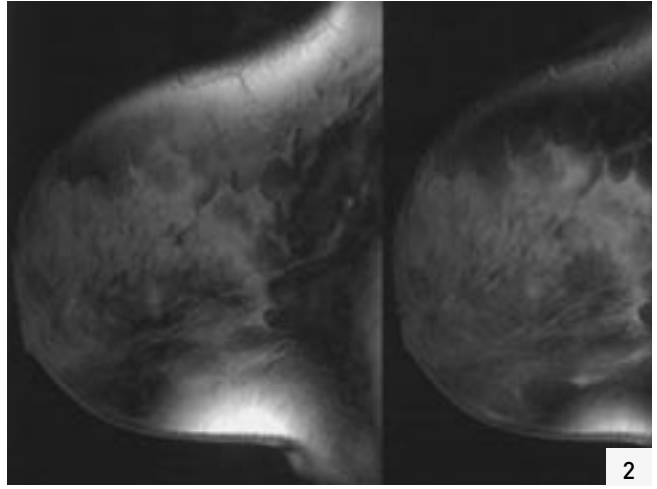
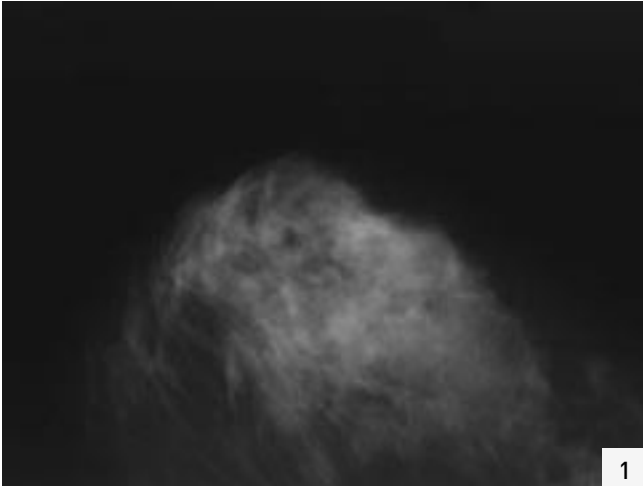
Olgu Sunumu

Annesi meme karsinomu nedeni ile 6 yıl önce ölen, kendisinin de 5 yıldır düzenli meme kontrolleri ve tetkikleri yapılan hasta, başvurduğu doktorun fizik muayenede, USG ve mammografi incelemelerinde (Resim 1) patolojik bir bulgu tesbit edememesine rağmen, sağ meme üst dış kadrana yaptığı İİAB sonrasındaki sitolojik incelemede malignite açısından şüpheli atipik hücreler görülmesi sonucu kliniğimize başvurdu. İki çocuk annesi ve çocuklarını kısa süreli emzirmiş olan hasta, 42 yaşında idi. Özgeçmişinde özellik yoktu. Laboratuvar sonuçları normaldi. İki ayrı merkezde

* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, ANKARA

** Ankara Güven Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA

Doç. Dr. Hakan UNCU
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Cebeci / ANKARA
Tel: [0312] 595 62 16 Faks: [0312] 319 11 91
e-posta: drhakanuncu@yahoo.com



Resim 1: Mammografide patoloji tesbit edilemedi. (Sağ meme)
Resim 2: MR'da patoloji tesbit edilemedi. (Sağ meme)

tekrarlanan ultrasonografide patolojik bulgu olmaması nedeni ile daha ileri bir radyolojik tanı yöntemi olarak MR çekilmesine karar verildi. Bu konuda en tecrübeli merkezlerden olan bir üniversitede yapılan yağ baskılı T1a pre-post contrast T2a sagittal teknik ile yapılan dinamik meme MR'ında patolojik bir bulgu tesbit edilemeyip, 3 ay sonra kontrol önerilmiştir.(Resim 2).

Bu sonuçla, İİAB tekrarlandı. Atipik nükleuslu, kromatin yapısı bozulmuş, belirgin nükleol içeren malign epitelial hücreler görüldü ve cerrahi biyopsi önerildi. Sağ meme üst dış kadrana lumpektomi yapıldı. Histopatolojik inceleme sonucu; yaygın duktal karsinoma insitu komponenti içeren, duktus bazal membranı geçerek stroma içine mikroinvazyon gösteren duktal karsinoma tanısı kondu. Farklı bölgelerde mitotik aktivite yüksekliği, pleomorfizm ve nekroz nedeni ile grade III olarak değerlendirildi. Bunun sonrasında, sağ modifiye radikal mastektomi ve level II aksiller diseksiyon yapıldı. Histopatoloji sonucu; yaygın infiltratif duktal karsinoma + çıkarılmış olan 14 lenf nodunda metastaz olmadığı şeklinde geldi. Estrogen reseptörü %50, progesteron reseptörü ise %3 pozitif, sitoplazmik membran C-erb-B2 negatif olarak belirlendi. Taburcu edilen hastaya daha sonra "epi-

rubisin + siklofosamid" kemoterapisi uygulandı.

Tartışma

Özellikle ailede meme kanseri hastası bulunan, asemptomatik ve memede kitle palpe edilemeyen kadınlarda erken tanı amacı ile en sık kullanılan yöntem mammografidir. Mammografinin duyarlılığı %73-89 olup, fizik muayene ve mammografi birlikte tanı koymada yeterli olamamaktadır. Mammografide belirlenemeyen bazı tümörleri tesbit edebilen ve tek tanı yöntemi olarak kullanıldığında da oldukça yüksek duyarlılığı olan USG, mammografi ile birlikte uygulandığında duyarlılık %90'ın üzerine çıkabilmektedir (2,4,11,12).

Burada bildirdiğimiz olguda, fizik muayene, mammografi ve USG'de patolojik bir bulgu yok iken, bir muayenehanede İİAB yapılması ve malignite tesbit edilmesi bizler için de şaşırtıcı olmuştur.

Bu olguyu en ilginç kılan özelliği, hiçbir bulgu olmaksızın yalnızca aile öyküsüne dayanarak bir risk görülüp, İİAB yapılmış olmasıdır. Her zaman yeterli materyal alınamaması riski bulunan, duyarlılığı %60'lara düşebilen bir tanı yöntemi olan İİAB, ameliyat kararı için bizce yeterli görülmedi. Korbiyopsi veya açık cerrahi biyopsi gerek-

mekte idi (4,13). Bunları yapmadan önce, USG'den ve mammografiden daha ileri bir yöntem olduğu belirtilen MR'ı kullanarak meme lezyonunu tesbit edebilme ihtimalini düşündük. Fakat genel olarak daha üstün olduğu bilinen MR, multifokal invaziv tümörlerin tanısında çok başarılı olmasına rağmen, özellikle DCIS tanısında duyarlılığı %45'e düşmektedir (3). Onyedici DCIS lezyonun 4 tanesinde (%23.5) MR ile tanı konamamıştır (7). DCIS ve bazı invaziv lobuler karsinomların tanısında yeterli olamayan MR, mammografinin dens memelerdeki ve küçük tümörlerdeki başarısızlığını kapatabilir. DCIS tanısında ise, mammografi daha üstün bir yöntem olarak kabul edilir. Dolayısı ile mammografi ve MR birlikte kullanıldığında, %99 gibi çok yüksek duyarlılık oranına ulaşılmaktadır (2). Fakat bizim burada bildirdiğimiz olgu %1'e girmiştir, hiçbir radyolojik yöntemle tanı konamamıştır. Bu olgu, radyolojik inceleme yöntemlerinin tümü kullanılsa bile yetersiz kalabileceği, tanının mümkün olmayacağı hastaların olabileceğine güzel bir örnek oluşturmaktadır. Tefike'nin çalışmasında da, 334 invaziv meme tümörünün 11'ine (%3.3), 20 DCIS'nun 5'ine (%25) USG, mammografi ve MR yapıldığı halde tanı konamamış, histopatolojik olarak malignite

belirlenen tümörlerin %4.5'unda üç radyolojik yöntem birlikte kullanıldığı halde ameliyat öncesi radyolojik tanı konamadığı bildirilmiştir (4).

Radyolojiden farklı tanı yöntemi, sitolojik tanıdır. İİAB, kor biyopsi veya cerrahi biyopsi sonrası sitolojik inceleme yapılır. Tanıdaki doğruluk oranı %67 olan İİAB'nin, yetersiz materyal alınmış örnekler hariç tutulursa, duyarlılığının %85, özgüllüğünün %90'a çıktığı gösterilmiştir (13). DCIS tanısında olduğu gibi lobuler karsinoma in-situ tanısında da İİAB kullanılmaktadır (14). Kor biyopsi ise, İİAB'den daha fazla duyarlılığa sahiptir. Öte yandan kor biyopsi ile DCIS tanısı konmuş lezyonlar eksizye edildiğinde, %17'sinde invaziv karsinoma olduğu anlaşılmıştır (15).

Burada sunduğumuz olguda; USG ve mammografik bulgusu olmasa da, yapılmış olan İİAB sonucu malignite

Summary:

A nonpalpable breast carcinoma case that can not be detected by radiological examinations

Mammography is used as a standard screening procedure for the detection of breast carcinoma in asymptomatic women. Ultrasonography (USG) and magnetic resonance (MR) are performed as alternative imaging modalities, if breast cancer may be missed at mammography. Herein a case is reported without any pathological finding on physical examination, mammography, USG and MR studies. Since there was only a family history fine-needle aspiration biopsy (FNAB) was performed and malignant epithelial cells were seen, breast carcinoma was diagnosed by this way. After infiltrative ductal carcinoma on the ground of ductal carcinoma in-situ (DCIS) was determined in the histopathologic examination of surgical biopsy specimens, modified radical mastectomy was performed. FNAB of nonpalpable breast lesions of some patients with risk and without any radiological finding must be performed or not. This question must be discussed.

Key Words: Breast carcinoma, magnetic resonance, mammography, fine-needle aspiration biopsy

belirlenmiş, MR incelemesi normal çıkmasına rağmen tekrarlanan İİAB sonucu yine malign çıkınca, ameliyata karar verilmiştir. Bu hasta nedeni ile muayene ve radyolojik bulgusu olmayan, fakat aile öyküsü bulunan böyle riskli hastalarda İİAB yapılmalı mıdır sorusu akla gelmektedir. Bunun bir tesadüf olup olmadığı konusunda bir sonuca varmak, bir olgu ile mümkün olamaz. Bunun tesadüf olmadığı

görüşü kabul edilirse, İİAB yapılma sıklığının çok artması gibi yanlış bir sonuca ulaşılabilir. Tersine yapılacak bir değerlendirmede, ne sebeple yapılırsa yapılsın bu şekilde bir hastaya çok erken evrede tanı konarak tedavisi yapılabilmektedir. Bulgusu olmayan birçok hasta için, bu uygulama yararlı olabilecek midir? Olgular ve bu konudaki çalışmalar arttıkça, bu tartışma sonuçlanabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Majid AS, de Paredes ES, Doherty RD, Sharma NR, Salvador X. Missed breast carcinoma: pit-falls and pearls. *Radiographics*, 2003;23:881-895.
2. Bone B, Pentek Z, Perbeck L, et al. Diagnostic accuracy of mammography and contrast-enhanced MR imaging in 238 histologically verified breast lesions. *Acta Radiologica*, 1997;38:489-496.
3. Tilanus-Linthorst MM, Obdeijn IM, Bartels KC, et al. First experiences in screening women at high risk for breast cancer with MR imaging. *Breast Cancer Res Treat*, 2000;63:53-60.
4. Teifke A, Hlawatsch A, Beier T, et al. Undetected malignancies of the breast: dynamic contrast-enhanced MR imaging at 1.0 T. *Radiology*, 2002;224:881-888.
5. Hlawatsch A, Teifke A, Schmidt M, et al. Preoperative assessment of breast cancer: sonography versus MR imaging. *AJR* 2002;179:1493-1501.
6. Gilles R, Meunier M, Trouffleau P, et al. Diagnosis of infraclinical lesions of the breast with dynamic MRI : results of a prospective and multicenter study. *J Radiol*, 1997;78:293-297.
7. Boetes C, Strijk SP, Holland R, et al. False negative MR imaging of malignant breast tumors. *Eur Radiol*, 1997;7:1231-1234.
8. Rieber A, Merkle E, Bohm W, et al. MRI of histologically confirmed mammary carcinoma: clinical relevance of diagnostic procedures for detection of multifocal or contralateral secondary carcinoma. *J Comput Assist Tomogr*, 1997;21:773-779.
9. Heywang-Koebrunner SH, Viehweg P, Heinig A, et al. Contrast-enhanced MRI of the breast: accuracy, value, controversies, solutions. *Eur J Radiol*, 1997;24:94-108.
10. Miller RW, Harms S, Alvarez A. Mucinous carcinoma of the breast: potential false-negative MR imaging interpretation. *AJR*, 1996;167:539-540.
11. De Rubeis GP, Perri S, Tavone E, et al. Non-palpable lesions of the breast : retrospective clinical study. *Chir Ital*, 2001;53:299-312.
12. Tan SM, Behranvala KA, Trott PA, et al. A retrospective study comparing the individual modalities of triple assessment in the preoperative diagnosis of invasive lobular breast carcinoma. *Eur J Surg Oncol*, 2002;28:203-208.
13. Pisano ED, Fajardo LL, Caudry DJ, et al. Fine-needle aspiration biopsy of nonpalpable breast lesions in a multicenter clinical trial : results from the radiologic diagnostic oncology group V. *Radiology*, 2001;219:785-792.
14. Ustun M, Berner A, Davidson B, et al. Fine-needle aspiration cytology of lobular carcinoma in-situ. *Diagn Cytopathol*, 2002;27:22-26.
15. Hoorntje LE, Schipper ME, Peeters PH, et al. The finding of invasive cancer after a preoperative diagnosis of ductal carcinoma in-situ: causes of ductal carcinoma in-situ underestimates with stereotactic 14-gauge needle biopsy. *Ann Surg Oncol*, 2003;10:748-753.