

## MEME LEZYONLARINDA RADYOLOJİ REHBERLİĞİNDE GERÇEKLEŞTİRİLEN İŞARETLEME VE BİYOPSİ YÖNTEMLERİ

Yüksel BALCI<sup>1</sup>  
Kaan ESEN<sup>2</sup>

### GİRİŞ

Meme görüntüleme yöntemlerindeki son yıllardaki gelişmeler sayesinde, tesadüfen saptanan klinik olarak nonpalpabl küçük lezyonların ve buna bağlı olarak uygulanan perkütan girişimsel yöntemlerin sayısında artış olmuştur. Memede kullanılan radyoloji rehberliğindeki perkütan girişimsel yöntemler; iğne biyopsileri, cerrahi veya neoadjuvan kemoterapi öncesi işaretleme ve perkütan tedavi amacı ile kullanılan (radyofrekans ablasyon, kriyoablasyon, mikrodalga, yüksek frekans ultrasonografik ablasyon gibi) yöntemlerdir. Cerrahi biyopsilere kıyasla perkütan biyopsi yöntemleri daha az invazivdir, daha ucuzdur ve daha az iz bırakırlar. Hastanın iyileşme ve taburcu olma süresi daha kısadır. Cerrahi eksizyon ile yapılan biyopsilerde elde edilen örneklemin yeterliliği ile radyoloji rehberliğinde kesici iğne biyopsileri (KİB) ile alınan örneklemin yeterliliği arasında belirgin farklılık yoktur (1).

Lezyonun özellikleri ve hastaya bağlı olarak, yapılacak işlemde Mamografi (MG), Ultrasonografi (US) veya Magnetik Rezonans Görüntüleme

(MRG) rehberliğinden biri tercih edilir. Tespit edilen lezyonlara uygulanacak girişimsel yöntemleri seçerken basitten komplekse, kolaydan zora, ucuz olandan pahalıya ve yeterli doku alınma ihtimali en yüksek olan yöntemlere göre radyolog tercih yapmalıdır. Lezyon hangi yöntemde daha iyi görüntüleniyorsa o yöntem rehberliğinde işlem gerçekleştirilmelidir.

### İĞNE BİYOPSİ ENDİKASYONLARI

Meme Görüntüleme Raporlama ve Veri Sistemi (Breast Imaging Reporting and Data System; BI-RADS)'ne göre dördüncü ve beşinci kategori lezyonlarda histopatolojik değerlendirme şarttır. BI-RADS 3 lezyonlarda kanser gelişme olasılığı %0,05-2'dir ve bir süre 6 ay aralıklı radyolojik takip önerilir (2). Ancak takipte boyut artışı görülen ya da yeni gelişen, ileri yaşta saptanan lezyonlarda, yüksek aile riski olanlarda, meme koruyucu cerrahi (MKC) planlanan hastalarda aynı memede eşlik eden diğer lezyonların varlığında BI-RADS 3 lezyonlar için de biyopsi yapılabilir. Ayrıca gebelik ve mamoplasti planlanan, diğer memede

## KAYNAKÇA

1. Bruening W, Fontanarosa J, Tipton K, et al. Systematic review: comparative effectiveness of core-needle and open surgical biopsy to diagnose breast lesions. *Ann Intern Med* 2010; 152: 238-46.
2. D'Orsi DJ, Sickles EA, Mendelson EB, et al. ACR BI-RADS Atlas, Breast imaging reporting and data system. Reston, VA, American College of Radiology; 2013.
3. Liberman L. Clinical management issues in percutaneous core breast biopsy. *Radiol Clin N Am* 2000; 38: 791-807.
4. Liberman L. Percutaneous image-guided core breast biopsy. *Radiol Clin N Am* 2002; 40: 483- 500.
5. Dershaw DD. Equipment, technique, quality assurance and accreditation for imaging-guided breast biopsy procedures. *Radiol Clin N Am* 2000; 38: 773-89.
6. Soo MS, Baker JA, Rosen EL, Vo TT. Sonographically guided biopsy of suspicious microcalcifications of the breast: a pilot study. *AJR* 2002; 178:1007-16.
7. Wu YC, Chen DR, Kuo SJ (2006) Personal experience of ultrasound-guided 14-gauge core biopsy of breast tumor. *Eur J Surg Oncol* 2006; 32: 715-8.
8. Schueller G, Schueller-Weidekamm C, Helbich TH. Accuracy of ultrasound-guided, large-core needle breast biopsy. *Eur Radiol* 2008; 18: 1761-73.
9. 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: 785-92.
10. Jackson VP. The status of mammographically guided fine needle aspiration biopsy of nonpalpable breast lesions. *Radiol Clin N Am* 1992; 30: 155-66.
11. Pisano ED, Fajardo LL, Tsimikas J, et al. Rate of insufficient samples for fine-needle aspiration for nonpalpable breast lesions in a multicenter clinical trial: The Radiologic Diagnosis Oncology Group 5 Study. *Cancer* 1998; 82: 678- 88.
12. Guidelines for cytology procedures and reporting on fine needle aspirates of the breast. Cytology Subgroup of the National Coordinating Committee for Breast Cancer Screening Pathology. *Cytopathology* 1994; 5: 316-34.
13. Penco S, Rizzo S, Bozzini AC, et al. Stereotactic vacuum-assisted breast biopsy is not a therapeutic procedure even when all mammographically found calcifications are removed: analysis of 4086 procedures. *AJR American J Roentgenol* 2010; 195:1255-60.
14. Jackman RJ, Nowels KW, Rodriguez-Soto J, et al. Stereotactic, automated large-core needle biopsy of nonpalpable breast lesions: false-negative and histologic underestimation rates after long-term follow-up. *Radiology* 1999; 799-805,1999.
15. Shah VI, Raju U, Chital D, et al. False negative core needle biopsies of the breast. *Cancer* 2003; 97:1825-31.
16. Kell MR, Burke JP, Barry M, Morrow M. Outcome of axillary staging in early breast cancer: a meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat* 2010; 120: 441-7.
17. Baltzer PA, Dietzel M, Burmeister HP, Zoubi R, Gajda M, Camara O, et al. Application of MR mammography beyond local staging: is there a potential to accurately assess axillary lymph nodes? evaluation of an extended protocol in an initial prospective study. *Am J Roentgenol* 2011;196 (5):641-7.
18. Kaufmann M, Morrow M, von Minckwitz G, Harris JR; Biedenkopf Expert Panel Members. Locoregional treatment of primary breast cancer: consensus recommendations from an International Expert Panel. *Cancer* 2010;116: 1184.
19. Sickles E, D'Orsi C, Bassett LW. ACR BI-RADS® Atlas, Breast Imaging and Reporting Data System. Reston, VA: American College of Radiology; 2013. ACR BI-RADS® Mammography.