

# MEME LEZYONLARININ İNTRAOPERATİF PATOLOJİK DEĞERLENDİRİLMESİ VE SENTİNEL LENF NODUNUN İNCELENMESİ

## 17. BÖLÜM

Zeynep BAYRAMOĞLU<sup>1</sup>

Meme lezyonlarında; cerrahi sınır değerlendirilmesi, sentinel lenf nodu değerlendirilmesi ve tümör tanısı konulması (tümör tanısı için çok sık kullanılmamaktadır) amacı ile intraoperatif inceleme yapılmaktadır. İntraoperatif değerlendirme yapılmasının asıl sebebi operasyon stratejisinin patoloji sonucuna göre belirlenmesidir. Bu değerlendirmeler için ülkemizde önerilen standart tek bir yöntem yoktur. Patoloğun deneyimine ve seçimine göre frozen kesit, imprint sitolojisi ve makroskopik inceleme yöntemlerinin biri veya birkaçı kombinasyonlar halinde kullanılmaktadır (1-3).

### **Intraoperatif olarak primer tanı konulması**

Günümüzde primer tümör tanısı için intraoperatif patolojik değerlendirme sıklığı çok azalmıştır. Genellikle meme lezyonlarında tru-cut biyopsi veya ince iğne aspirasyon biyopsisi ile tanı konulmaktadır. Buna rağmen çok seyrek de olsa primer tanı için intraoperatif patolojik değerlendirme istenebilir. Primer tümör tanısı için frozen istemeden önce dikkat edilmesi gereken konulardan biri lezyonun makroskopik olarak seçilebilen bir kitle olması ve en az 1 cm boyutta olmasıdır. Non palpabl lezyonlar frozena gönderildiğinde ilgili alan örneklene-meyebilir. Ayrıca lezyon 1 cm'den küçükse parafin blok incelemede kesin tanı, gradeleme, prognostik faktörler ve immünohistokimyasal inceleme için yeterli doku kalmayabilir.

<sup>1</sup> Uzm. Dr. Zeynep BAYRAMOĞLU, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Şehir Hastanesi Patoloji Bölümü, drzeynepbayramoglu@hotmail.com

(özellikle traşlama işlemi nedeni ile), (2) donma artefaktı ve (3) lenf nodu eğer yağlı ise kesit almanın güç olmasıdır. Frozen kesitte yanlı negatifliğin de olabileceği bilinmelidir. Mikrometastaz olduğu zaman, frozen artefaktı ya da doku tam kesilmediği zaman ve pozitif lenf nodu örneklenmemesi (pozitif lenf nodunun hastada kalmış olması veya patoloğun örneklememesi) durumlarında yanlı negatiflik olabilir (13-14).

Meme kanseri hastalarında lenf düğümünün bu kadar önemli olmasının sebebi, lenf düğümünün kabul gören en önemli prognostik parametrelerden biri olmasıdır (15-16). Bu nedenle özellikle sentinel lenf düğümlerinin incelemesi çok önemlidir. Sentinel lenf nodlarının frozen ile inceledikten sonra tüm dilimler bloklanıp parafin blok kesitleri ile değerlendirilir. Parafin blok incelemesinde standart olarak nasıl yapılması gerektiği ile ilgili çok fazla çalışma yapılmıştır. Bazı merkezlerde seri kesit ile inceleme yapılmakta bazı merkezlerde ise basamaklı seri kesit ile inceleme yapılmaktadır. Her ne kadar standart yöntem olarak immünohistokimya önerilirse de genellikle kullanılmaktadır. Son 'American Joint Commission on Cancer' rehberinde lenf düğümü metastazları makrometastaz, mikrometastaz ve izole tümör hücreleri olarak sınıflandırılmaktadır. Makrometastaz 2 mm'den daha büyük boyuttaki metastazlar için kullanılmaktadır. Mikrometastazlar >0,2 mm ve/veya 200 hücreden büyük ancak <2,0 mm boyuttaki tümör odaklarını tanımlamaktadır. İzole tümör hücreleri ise 0,2 mm'den küçük tümör kümesi veya birleşik halde durmayan 200'ü geçmeyen tümör hücrelerini tanımlamaktadır (17).

## Kaynaklar

1. Weiser, M. R., Montgomery, L. L., Susnik, B., Tan, L. K., Borgen, P. I., & Cody, H. S. (2000). Is routine intraoperative frozen-section examination of sentinel lymph nodes in breast cancer worthwhile?. *Annals of surgical oncology*, 7(9), 651-655.
2. Olson, T. P., Harter, J., Munoz, A., Mahvi, D. M., & Breslin, T. M. (2007). Frozen section analysis for intraoperative margin assessment during breast-conserving surgery results in low rates of re-excision and local recurrence. *Annals of Surgical Oncology*, 14(10), 2953.
3. Motomura, K., Inaji, H., Komoike, Y., Kasugai, T., Nagumo, S., Noguchi, S., & Koyama, H. (2000). Intraoperative sentinel lymph node examination by imprint cytology and frozen sectioning during breast surgery. *British journal of surgery*, 87(5), 597-601.
4. Olson, T. P., Harter, J., Munoz, A., Mahvi, D. M., & Breslin, T. M. (2007). Frozen section analysis for intraoperative margin assessment during breast-conserving surgery results in low rates of re-excision and local recurrence. *Annals of Surgical Oncology*, 14(10), 2953.
5. Esbona, K., Li, Z., & Wilke, L. G. (2012). Intraoperative imprint cytology and frozen section pathology for margin assessment in breast conservation surgery: a syste-

- matic review. *Annals of surgical oncology*, 19(10), 3236-3245.
6. Osako, T., Nishimura, R., Nishiyama, Y., Okumura, Y., Tashima, R., Nakano, M., ... & Arima, N. (2015). Efficacy of intraoperative entire-circumferential frozen section analysis of lumpectomy margins during breast-conserving surgery for breast cancer. *International journal of clinical oncology*, 20(6), 1093-1101.
  7. Camp ER, Mc Auliffe PF, Gilroy JS, et al. Minimizing local recurrence after breast conserving therapy using intraoperative shaved margins to determine pathologic tumor clearance. *J Am Coll Surg* 2005; 201: 855-861.
  8. Cabioğlu N, Hunt KK, fiahin AA, et al. Role for intraoperative margin assessment in patients undergoing breast-conserving surgery. *Ann Surg Oncol* 2007; 14: 1458-1471.
  9. St John, E. R., Al-Khudairi, R., Ashrafian, H., Athanasiou, T., Takats, Z., Hadjiminias, D. J., ... & Leff, D. R. (2017). Diagnostic accuracy of intraoperative techniques for margin assessment in breast cancer surgery. *Annals of surgery*, 265(2), 300-310.
  10. Gray, R. J., Pockaj, B. A., Garvey, E., & Blair, S. (2018). Intraoperative margin management in breast-conserving surgery: a systematic review of the literature. *Annals of surgical oncology*, 25(1), 18-27.
  11. Lawrence WD. ADASP recommendations for processing and reporting of lymph node specimens submitted for evaluation of metastatic disease. *Virchows Arch* 2001; 439: 601- 603.
  12. Krishnamurthy S, Meric-Bernstam F, Lucci A, et al. A prospective study comparing touch imprint cytology, frozen section analysis, and rapid cytokeratin immunostain for intraoperative evaluation of axillary sentinel lymph nodes in breast cancer. *Cancer*. 2009; 115(7): 1555-62.
  13. Chen, F., Hicks, D., Nava, M., & Cheney, R. (2016). False-negative interpretation of breast sentinel lymph node touch preps: Analysis of the causes with suggestions to improve diagnostic accuracy. *North American Journal of Medicine and Science*, 7(2).
  14. Wong, J., Yong, W. S., Thike, A. A., Iqbal, J., Salahuddin, A. S., Ho, G. H., ... & Tan, P. H. (2015). False negative rate for intraoperative sentinel lymph node frozen section in patients with breast cancer: a retrospective analysis of patients in a single Asian institution. *Journal of clinical pathology*, 68(7), 536-540.
  15. Jorns, J. M., Daignault, S., Sabel, M. S., Myers, J. L., & Wu, A. J. (2017). Frozen sections in patients undergoing breast conserving surgery at a single ambulatory surgical center: 5 year experience. *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*, 43(7), 1273-1281.
  16. www.cap.org. Lester SC, Bose S, Chen Y, et al. Protocol for the Examination of Specimens from Patients with Invasive Carcinoma of the Breast Protocol applies to all invasive carcinomas of the breast, including ductal carcinoma in situ (DCIS) with microinvasion. CAP Recommendation, 2019.
  17. Savage, P., Yu, N., Dumitra, S., & Meterissian, S. (2019). The effect of the American Joint Committee on Cancer eighth edition on breast cancer staging and prognostication. *European Journal of Surgical Oncology*.