

T.C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Doç. Dr. Bülent ALIÇ

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

MEME HASTALIKLARININ TANIMINDA DUKTOGRAFINİN DEĞERİ ve ANLAMI

(İHTİSAS TEZİ)

T. C. DİCLE ÜNİVERSİTESİ KÜTÜPHANESİ	
Demirbaş No.	0037038
Tasnif No.	618.19
	DİK
	1986

Dr. Adnan DİKMEN

DİYARBAKIR — 1986

İ Ç İ N D E K İ L E R

ÖNSÖZ	
GİRİŞ.....	1 - 5
TARİHÇE	6
MATERYAL VE METOD	7 - 10
BULGULAR	11 - 13
TARTIŞMA	17 - 28
SONUÇ	29
ÖZET	30 - 31
SUMMARY	32 - 33
LİTERATÜR	34 - 37

ÖNSÖZ

Meme başı akıntıları, çeşitli nedenlerle meydana gelir. Meme başı akıntısı yerel bir meme hastalığına veya hormonal bir bozukluğa işaret edebilir. Bu akıntılardan seröz ve kanlı olanlar çok önemli olup, ileri bir araştırmayı ve cerrahi girişimi gerektirebilir. Çünkü akıntı malign bir hadiseyi gösterebilir.

Meme başından gelen akıntıları araştırmak için çeşitli girişimler denenebilir. Bunlar duktografi, mammo-grafi, ultrasound mammografi, thermografi, transillüminasyon, computer tomografi v.s. gibi.

Bizim burada üzerinde duracağımız metod, meme başı akıntılarında patolojinin yerini gösteren duktografidir. Duktografide; akıntı gelen meme duktuslarından girilerek kontrast madde verilir ve cranio-caudal, birde medio-lateral grafiler çekilir. Böylece akıntıyı meydana getiren patolojinin yeri saptanmaya çalışılır.

Mayıs 1984 - ocak 1986 yılları arasında D.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı polikliniğine meme başı akıntısı dolasiyle müracat eden hastalarda; Duktografi, sekresyon sitolojisi, bakteriyolojik tetkik ve prolaktin hormon tayini yapılarak akıntının nedeni bulunmaya çalışılmış ve çalışma sunulmuştur.

Bu konuda bana çalışma imkanı sağlayan, daima

yol gösterip yardımlarını esirgemeyen Birim Başkanı Sayın Hocam Doç.Dr.Bülent Aliç'a,Öğretim Üyelerinden, aynı zamanda D.Ü.Tıp Fakültesi Dekanı Sayın Prof.Dr. İsmail Kayabalı'ya,Yrd.Doç.Dr.Bilsel Baç'a,Kliniğimiz eski Öğretim Üyelerinden şu anda İzmir Buca S.S.K. Hastanesinde görev yapan Sayın Doç.Dr.Mustafa Tireli'ye en derin şükranlarımı sunar,çalışmalarında bana yardımcı olan bütün arkadaşlarıma teşekkürü bir vefa borcu bilirim.

Dr. Adnan DİKMEN

G İ R İ Ő

Menstrasyondan önce memeler çoğu zaman ŐiŐer, ağrılıdır ve bu durum adetle birlikte azalarak kaybolur. Hemen bütün kadınlar bu sıklık değişikliklerin farkındadır, ancak annelikle ilgisi olmayan ve meme başından kendiliğinden veya sıkılmakla gelen akıntıdan telaŐa kapılırlar(21).

Meme başı akıntısı yerel bir meme başı hastalığına veya hormonal bir hastalığa işaret edebilir. Kanserden çok benign meme hastalıklarında görülür. Genellikle patolojik akıntı meme başından kendiliğinden gelir. Her iki memede de çok sayıda kanaldan süte benzer bir sıvı gelmesi genellikle hormonal bir olay olarak kabul edilir. Doğum sonrası bir kenara bırakılacak olursa meme başından sütlü bir akıntı gelmesi daha çok memelerin uyarılması ile, cinsel temasla ve stresle ilgili bir olaydır. Psikotrop ilaç, antihipertansifler ve seyrek olarak ve düzensiz alınan doğum kontrol hapı kullanan kadınlarda görüln, sütü andıran meme başı akıntısı hiperprolaktinemi ile açıklanmaktadır. Patolojik akıntı

nedenleri sıklık sırası ile intraduktal papillom, fibrokistik hastalık, kanser , duktal ektazi (plazma hücreli mastit) dir.

Meme ameliyatı geçirmiş olan kadınların % 7' sinde veya Genel Cerrahi Polikliniklerine başvuran kadınların yine yaklaşık aynı miktarında, meme başından kendiliğinden akıntı geldiği bildirilmiştir. Bu rakam kadının yaşına ve yaptığı doğum sayısına bağlı olarak değişir. 70 yaşın üzerinde ve hiç doğum yapmamış kadınlarda meme başı akıntısı %1'in altında görülür. Buna karşın aynı oran yaşları 20-29 arasında değişen birden fazla doğum yapmış kadınlarda %32'ye çıkmaktadır(5,8).

Meme başı akıntısı seröz veya kanlı ise ileri bir araştırmayı ve cerrahi girişimi gerektirebilir. Çünkü seröz ve kanlı akıntı malign bir olayı gösterebilir. Muayeneye gelen hastada kitle yoksa ve memeye basınç uygulanması ile akıntı geliyorsa lezyon belirlenemez. 20. yüzyılın ilk yarısında bu tip hastalara simple mastektomi yapılırdı.

Meme başı akıntısı genellikle benign hastalıklarda daha sık görülür. Bu nedenle bugün cerrahi girişimden önce hormon seviyeleri araştırması, mammografi, ultrasonografi, fizik muayene, bakteriyolojik tetkik ve sekresyon sitolojisi yapılmaktadır.

Meme hastalıklarının rontgenle incelenmesini içeren ilk yayın 1913 yılında Salamon Payr tarafından yapılmıştır. Salamon mastektomi yapılmış cerrahi materyalin rontgen bulgularını inceledi ve meme kanserinin rontgen bulgularını tarif etti. 1927 yılında ilk canlı insan mammogramlarını içeren bir kitap Payr ve Zweifel tarafından yayınlandı(1). Le Borgne, Egan ve Gerson-Cohen gibi araştırmacılar mammografiyi dahada geliştirmişlerdir. 1950'den beri meme hastalıklarının teşhisinde önemli yer tutar. Mammografik tetkik ile bütün yaş grublarında erken teşhis sağlanmakta ve böylece mortalitenin azaltıldığı görülmektedir. Mammografik teknikteki gelişmeler ile daha az radyasyon seviyeleriyle daha erken tanılara varılabileceği kanıtlanmıştır (1). Çünkü X-ray mammografi klinik açıdan gizli kalmış meme kanserlerini görünür hale getiren tek yöntemdir(9,11,13,14,16).

Mammografide meme kanserinin ilk belirtisi sınırları düzensiz bir kitlenin varlığıdır. İkincil belirtiler ise asimetric dansite, yapısal büküntü, mikrokalsifikasyon, deri değişiklikleri, asimetric çıkıntılı duktus, asimetric damarlar ve adenopatidir(1,20). İkincil belirtilerden en önemlisi mikrokalsifikasyonlardır. Le Borgne göre izole mikrokalsifikasyon odakları kanser için patognomoniktir, bunlar çok sayıda nokta nokta,

tuz zerreciklerine benzemektedirler(10). 30 mikrokalsifikasyondan daha fazla olan odaklardan malign gelişim oranı %81'dir.Klinik muayene ile mammografi birlikte değerlendirilirse tanıda doğruluk oranı artmaktadır. Mammografide mikrokalsifikasyonlar %20-25 oranında tesbit edilebilir(1,25).Leviton ve arkadaşlarına göre fibrokistik hastalıkta görülen mikrokalsifikasyonlar kanserde görülene çok benzemekte,Gershon'a göre ise malign kalsifikasyonlar düzensiz konturlu ve birikinti halindedirler(9,10,13,14,16).

Meme başı akıntısı olan hastalarda mammografi bir kitleyi ortaya çıkarmadığı sürece sınırlı bir değere sahiptir.Bu nedenle akıntı olan memelerde lezyonun tesbiti için akıntı gelen kanallara radiyopak madde verilerek kanalların görünür hale getirilmesi ve akıntı yapan patolojinin kesin tanısı mümkündür.Bu işlem ilk defa 1930 yılında E.Ries tarafından tanımlanmış olup duktografi veya galaktografi olarak adlandırılmaktadır (11).

Duktografi ile duktal sistem iki boyutlu olarak görünür hale getirilir ve klinik olarak lezyon yeri saptanarak cerrahi teknikle çıkarılmasını mümkün kılar.

Duktografi yaygın olarak kullanıma girmiş bir

metod değildir ve bir ¼lkede kullanıldığına dair elimizde veriler yoktur. Bunun bir nedeni meme başından akıntısı olan kadınların duktal enjeksiyon içermeyen metodlarla incelenmeleridir.

T A R İ H Ç E

Mammarial duktus enjeksiyonu yeni bir yöntem değildir.1937 yılında HİCKEN meme duktuslarını thorotrast enjeksiyonu ile göstermiştir.(Hicken 1937, Hicken,Best ve Hunt 1937,Hicken,Best,Tollmor 1937).

Nonirritan , suda eriyen kontrast maddeler kullanıma girdikten sonra bu metoda ilgi yeniden artmıştır ve pek çok ülkede uygulanmaktadır(Bjorn-Hansen 1965,Funderbunk syhay ve Simith 1964,Davitti 1968, Kwiarkowski 1963,Kwiarkowski 1968).

MATERYAL VE METOD

Mayıs 1984 - Ocak 1986 tarihleri arasında geçen 21 aylık sürede D.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı polikliniğine, meme başından akıntı şikayetleri ile başvuran 21 hasta üzerinde tetkik ve araştırma yapıldı.

Duktografi uygulanan 21 meme başı akıntılı hastaların 11'inde kirli sarı, 5 hastada koyu yeşil gri renkte akıntı, 4 hastada kanlı olarak nitelendirilen koyu kahve - siyah renkte akıntı, 1 hastada da süt benzeri beyaz akıntı mevcut idi. Akıntı 6 hastada sağ meme başından, 12 hastada sol meme başından olup, 3 hastada iki taraflı idi. Hastaların yaşı 18 - 80 arasında değişmekte olup, hastaların 3/4'ü 24-35 yaşlar arasında bulunuyordu. Akıntı süresi 10 gün ile 8 yıl arasında değişim gösteriyordu.

Hastaların meme ucu akıntısının sitolojik incelemesinden önce duktografi yapıldı. Bu hastalarda akıntılı memenin kompleks tanısı için duktografi dışında, klinik inceleme, akıntının bakteriyolojik incelenmesi,

sekresyon sitolojisi ve prolaktin hormon tayini yapıldı. Hasta öyküsü ve fizik inceleme yöntemleri ile bulunan bulgular, histolojik inceleme bulguları ile karşılaştırıldı. Histolojik bulgular diğer yöntemlerin verimliliğini değerlendirme kriteri olarak kullanıldı. Böylece duktografi diğer yapılan tetkiklerle birleştirildi ve sonuca ulaşılmaya çalışıldı.

Amaç olarak; duktografinin meme başı akıntısı olan hastalarda, diagnostik değerini ortaya koyabilmektedir.

TEKNİK:

Areola- meme başı sahasının antiseptik solüsyonlarla temizliği sağlandıktan sonra, memeye çevreden merkeze doğru biraz basınç uygulanır. Böylece akıntı olan duktus saptanır. Daha sonra ince ve künt uçlu bir lakrimal kanal dilatatörü yardımı ile akıntı gelen duktus ağzından girilerek kanal genişletilir. Bundan sonra ince bir lenfanjiografi kanülü veya 21 numara ucu küntleştirilmiş kelebek iğne ile kanala girilir. Kanül 1 cm.den daha derine itilmemelidir. Aksi halde buradaki kıvrıntılı laktiferöz kanallar yırtılabilir. Bundan sonra meme başından tutulur ve hafifçe yukarı doğru çekilirken

kontrast ilâç verilir. (Kontrast ilâç olarak %76'lık ürografi kullanılmıştır.) Dikkat edilmesi gereken nokta, kontrast ilacın hava kabarcığı içermemesidir. Çünkü bunlar grafilere yanlışlıkla intraduktal defekt olarak değerlendirilir. Kseroradiografi kullanıldığı zaman verilecek ilâç konsantrasyonu daha düşük olmalıdır. Kseroks tekniğinde yüksek konsantrasyondaki ilâç, grafide "Halo fenomene" neden olur. Böylece yakındaki bir lezyonu örtebilir.

Enjeksiyon sırasında verilen kontrast ilâcın hacmi 0,5-2 ml. arasında değişip, gösterilmek istenen kanalın genişliği ile ilgilidir. Biz bazı hastalarımızda 5 ml. kadar ilâç enjekte ettik (Parankim içi yayılma görülmeden). Enjeksiyonu yapacak kişi, enjeksiyon sırasında yeterli ilâcın gittiğini bilecek basınç duyusuna sahip olmalıdır. Eğer ilâç yüksek basınçla verilecek olursa kanal dışına sızma olur ve ilâç parankim içine yayılır. Bu sırada hasta şiddetli ağrı duyar. İlâç verildikten sonra iki yönlü grafi alınır, ilâcın kanal ağzından dışarı akmasını önlemek için meme başı iki parmakla hafifçe sıkıştırılmalıdır.

Grafi Mammonat (siemens) aygıtında çekildi. Aygıt memenin çeşitli pozisyonlarına uyum sağlayacak niteliktedir. Yöntem düşük kilovolt ve yüksek mA esaslı-

na dayanır, ekspozur zamanı kısa tutulmuştur. Mammomat aygıtında tüp ve film uzaklığı sabit olup, istenildiğinde meme kalınlığı ve dansitesine göre mA aygıt tarafından ayarlanabilir. Kilovolt ayarı 28, 30, 35 ve 40 olarak değişir. Grafiler özel olarak hazırlanmış 18 x 24 cm. boyutlarındaki Cronex marka zarf içindeki filmlere çekilir.

Duktografik inceleme sırasında alınan mammoqramlarda, memeye baskı yapmadan grafilerin alınması gerekir. Hastaların çoğunda enjeksiyon ağrısızdır. Enfeksiyon ve abse gibi komplikasyonlar çok nadirdir. Biz duktografi uyguladığımız hastalarımızın hiçbirinde böyle bir komplikasyona rastlamadık. Kontrast ilâç eğer fazla basınçla verilip, duktal perforasyon sonucu doku içine yayılırsa, memede bir gerilme hissi ve ağrı olur. Bu durum genellikle 30 - 60 dk. içinde kendiliğinden geçer. Bu gibi durumlarda memenin askıya alınması ve mümkün olduğu kadar masaj yapılarak kontrast maddenin duktus ağzından çıkarılmaya çalışılması ve profilaktik olarak antibiotik ve anti-enflamatuar ilâç verilmesi gerekir.

BULGULAR

Duktografi uygulanan 21 meme başı akıntılı hastada, fizik muayene bulguları, sekresyon sitolojisi, bakteriolojik inceleme sonuçları ve hormonal inceleme sonuçları Tablo 1 de verilmiştir.

Tablo 1 : Klinik muayene sonuçları.

Fizik inceleme.....	belirgin bulgu yok.....	16
	Diffüz mastopati.....	4
	Malign kitle.....	x
	Benign kitle.....	1
Sekresyon sitolojisi.....	Normal.....	16
	İltihap.....	4
	Epitel proliferasyonu..	1
Bakteriolojik inceleme.....	Kültürde üreme(+)......	11
	Kültürde üreme yok.....	10
Hormonal inceleme.....	Hastaların hepsinde normal prolaktin seviyesi	

Duktografi yöntemi ile meme başı akıntılı 21 hastanın meme dokusundaki duktus sistemi hakkında bilgi edinildi. Bu bilgilerin doğruluğu 21 hastada histo-patolojik inceleme sonuçları ile karşılaştırıldı. 18 hastada duktografik inceleme sonuçları normal olarak değerlendirildi. Bu hastalar non-spesifik tedavi altına alındı.

Duktografide normal kanallar 1 mm. kalınlığında zengin kanal ağı şeklinde görülür, ampula kısmı biraz geniştir. Sekretuar hastalıklarda ise duktus ektazisi ve kanalların çapında değişiklik görülür. Duktus ektazisi olan hastalarda, meme başında bazen akıntının birden fazla duktus orifisinden geldiği gözlenir. Bunlardan sadece biri kanüle edilebilir. Enjeksiyondan sonra proksimal duktusların normal veya hafif dilate olduğu gözlenir. Değişik sayıda bölünmeden sonra duktus dallarının kontrast maddenin gözlendiği sferik kavitelerde sonlanması karakteristiktir. Pekçok vakada kontrast maddenin bu kavitelerden çevre meme dokusuna diffüze olduğu görülür. Duktus içinde yer alan kitlelerde ise, dolma defekti görülür. Bu kitlenin malign veya benign olduğunu söylemek hem çok zor, hem de gereksiz olup duktografinin esas amacı, akıntılı memede, duktus içinde yer alan bir lezyon olup olmadığının tesbitidir (2,7,11,24).

Bu çalışmamızda 1 hastamızda normal duktogram bulguları saptanmıştır ve mikrobiolojik tetkiki de normaldir. Bunun için meme başı akıntısını hormonal kaynaklı olarak nitelendirdik. Ancak yaptırılan prolaktin tayini de normal sınırlardadır. Bu yüzden bu akıntının stresle veya diğer etkenlerle olabileceği düşünüldü. (Resim 1. Normal duktogram.)

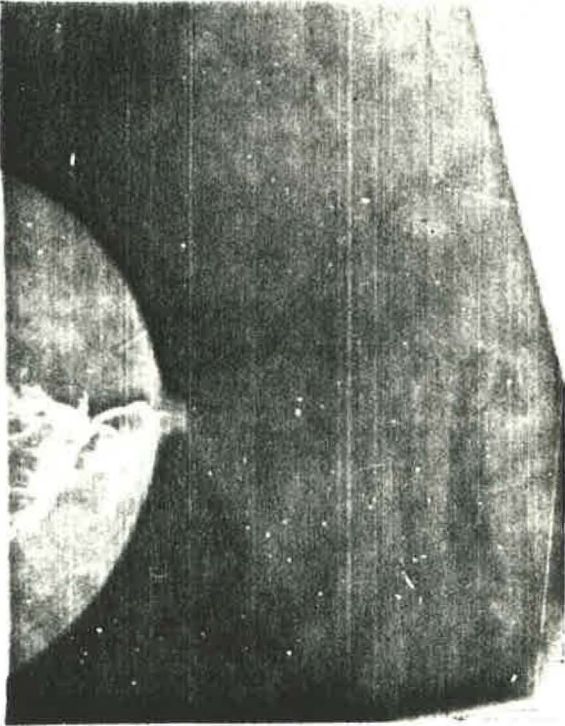
Bir hastamızın duktografisinde, kanallar içinde şüpheli dolma defekti tesbit edildi. Resim 2 'de görüldüğü gibi kanallar ileri derecede ektazik olup, kanal içinde şüpheli dolma defekti görülmektedir. Bu hastada aynı zamanda mikrobiolojik tetkik yaptırılmış ve hiçbir patojen mikro-organizma ürememiştir. Yapılan biopside sonuç intraduktal papillom olarak, histo-patolojik incelemede gözlenmiştir. (Resim 2 : Duktogramda şüpheli intraduktal papillom).

Ayrıca bir hastamızda memede kitle ile birlikte pü gelen bir kanal mevcuttu. Bu kanal ağzından yapılan duktogramda ise, radyo-opak maddenin kenarları düzgün olmayan bir poş içinde toplandığı görülmüştür. Kitlenin total ekstirpasyonu yapılmış ve histo-patolojik incelemeye gönderilmiştir. Sonuç olarak fibrozis + iltihaplı soliter meme kisti olduğu tesbit edilmiştir. (Resim 3 : Akıntı gelen kanal ağzından verilen opak maddenin görülüşü.)

Hastalardan aldığımız kültürlerde 11 hastada çeşitli patojen mikro-organizmalar üremiştir. 9 hastada staphylococcus aureus, 1 hastada beta-hemolitik streptococcus, 1 hastada da anaerob gram (+) kok üremiş ve bunların hepsi antibiotik tedavisi görmüşlerdir.



Resim 1 a: 2 yıldır sol memesinden beyaz, süt renğinde akıntısı olan hastanın normal duktogramının medio-lateral görünüm. M. Develi, 1957. Evli.



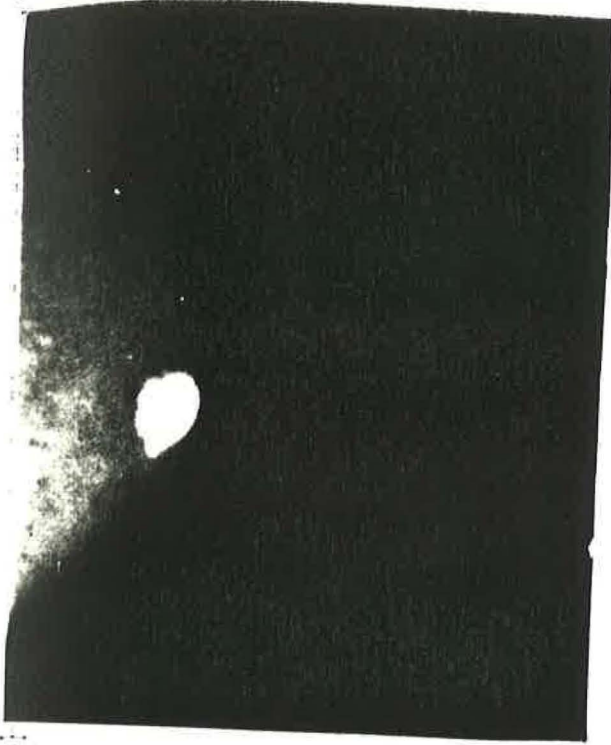
Resim 1 b: Aynı hastanın kranio-kaudal normal duktogramı.



Resim 2 a: 5 yıldır sol memesinden kahverengi akıntısı ve ağrısı olan hastanın,şüpheli intraduktal papillom dolasiyle biopsi yapılan hastanın duktografisi.Patoloji sonucu intraduktal papillom gelmiştir.N.H.1930,evli. Medio-lateral görünüm.



Resim 2 b: Aynı hastanın cranio-caudal duktogramı.



Resim 3 a: Meme kitle ile birlikte, bir kanaldan pü gelen hastanın duktogramı. Hastada staphylococcus aureus üredi, yapılan biopside ise fibrozis+iltihaplı soliter meme kisti gelmiştir. Akıntı yeşil renkte idi. A.B.1967, bekar Medio-lateral görünüm.



Resim 3 b: Aynı hastanın crano-caudal pozisyonunda meme görünümü.

TARTIŞMA

Araştırmamızda spontan meme başı akıntısı olan 21 hastada, duktografi literatürde tanımlanan yöntemlere uygun olarak yapılmıştır(2,7,11,24). Teknik uygulama çok basit olup, akıntı gelen kanalın dilatasyonu ve kontrast ilacın enjeksiyonu genellikle kolaydır. İşlem ortalama 20 dk. içinde yapılabilmekte olup, pahalı ve zaman alıcı bir yöntem değildir.

Her meme dokusunun bez-gudde yapısında 15-20 tane lobül bulunur. Bu yapısıyla meme, saptarı kanal sistemini temsil eden bir üzüm salkımını andırır. Bu kanalcıkların çevresi özel bağ dokusu - periduktal doku ile çevrilidir. Bu periduktal doku hormonların etkisi altında kalan bir dokudur ve memenin genel stromasından farklıdır. Her süt kanalı çevreden küçük kanalcıklar olarak meme başına doğru yaklaştıkça genişler. Yine her süt kanalında, meme başı yüzeyine açılmazdan önce ampulla tarzı bir genişlik mevcuttur.

Palpe edilen kitlesi olmayan, meme başı akıntısı olan bir hastada, cerrahi girişimden önce hormon

seviyesi araştırması yapılmalıdır. Ayrıca fizik muayene dışında ; Mammografi, Ultrasonografi, Thermografi, Transillüminasyon, Computer tomografi, Nükleer Magnetik Rezonans yapılabilir.

Meme başı akıntısı sık rastlanılmayan bir bulgudur. Haagensen kendisine başvuran hastaların %3 'ünde akıntı tesbit etmiştir (12). Diğer araştırmacılar ise benign nedenle ameliyat olan kadınlarda %9.7, malign nedenle ameliyat olan kadınlarda ise %3.1 oranında meme başı akıntısı bulunduğunu ifade etmişlerdir(8).

Meme başı akıntısı yerel bir meme hastalığına veya hormonal bir hastalığa işaret edebilir. Kanserden çok benign hastalıklarda görülür. Genellikle patolojik akıntı meme başından kendiliğinden gelir. Her iki memede de çok sayıda kanaldan süte benzer bir sıvı gelmesi genellikle hormonal bir olay olarak kabul edilir. Doğum sonrası bir kenara bırakılacak olursa, meme başından sütlü bir akıntı olması daha çok memelerin uyarılmasıyla, cinsel temasla, stresle ilgili bir olaydır. Psikotrop ilaç, anti-hipertansifler ve seyrek, düzensiz alınan doğum kontrol hapi kullanan kadınlarda görülen, sütü andıran meme başı akıntısı hiperprolaktinemi ile açıklanmaktadır. Eğer akıntı kadını rahatsız ediyorsa bromocriptine ile kontrol altına alınabilir(22).

Radio-immünossay yöntemi ile prolaktin seviyesi tayini ,memelerden gelen akıntıya olan ilgiyi arttırmıştır. Ancak hipofizdeki bir adenom sebebi ile oluşan hiperprolaktinemi, tüm galaktore vakalarının %2 'sinde bulunmuştur(23).

Patolojik akıntı sebepleri sıklık sırası ile intraduktal papillom, fibrokistik hastalık, kanser, plazma hücreli mastit(duktal ektazi)dir. Diğer meme başı akıntıları genellikle memedeki bir hastalığı gösterir. Seröz sıvı genellikle epitel proliferasyonuna eşlik eder,yarı berrak, hafif sarımsı ve suludur. Hastaların çoğunda bu akıntılar subareolar bölgenin büyük kanallarından birinde büyümekte olan bir intraduktal papillom ile ilgilidir. Bunun epiteli kolayca travmatize olarak açık kalan yüzeyden seröz sıvı akar. Daha seyrek olarak bazı meme kanserlerinde seröz akıntı görülebilir. Kan rengi akıntılar veya içinde kimyasal testlerle kan olduğu kanıtlanan akıntılar, bu epitel hücre proliferasyonunda bir malign olay olabileceği akla getirmelidir. Meme başından gelen sarı,yeşil-kahverengi ve siyah renli akıntılar, genellikle iki yanlıdırlar ve memedeki degeneratif değişikliklerle ve duktus ektazisi ile birlikte bulunabilirler. Seröz ve kanlı akıntılarının en önemli nedenlerinden biride intraduktal papillomdur,

bunların bu benign dönemde farkedilmeleri son derece önemlidir(4,12,18).

Kanlı meme başı akıntısı olan kadınların %10-12' si kadarında meme kanseri vardır. Ancak bu oran yaşla artar. Kanlı akıntı ayrıca hormon tedavisi sırasında duktusların anormal ve fazla stimülasyonuna bağlı epitel proliferasyonu ile birlikte; gebeliğin son aylarında ileri derecede gergin memelerde, çok seyrek olarakta büyümekte olan genç kızlarda menstrasyonun başlaması ile görülür.

Meme başı akıntısı kanserden ileri geliyorsa çok kez bir kitle palpe edilebilir. Bunun üzerine basmakla meme başından akıntı başlatılabilir. Akıntı ile birlikte kitle palpe edilemiyorsa, meme başı çevresinde areola üzerinde parmak gezdirilerek akıntı gelen, yani lezyonun içinde olduğu kanal saptanır. Bu amaçla duktografi çekilebilir. Akıntının sitolojik muayenesi malign hücre gösterebilir, ancak hücre görülmemesi kanser olmadığı anlamına gelmez. En ideali biopsi ile tanı koymaktır.

Intraduktal papillomlar, kanlı ve seröz meme başı akıntılarında şüphe edilerek teşhis konabilir. Burada üzerinde durulması gereken husus patolojik akıntı yapan neden üzerine kesin yargının, akıntının şekil

ve renginden çıkarılamıyacağıdır. Bu nedenle meme başı akıntısı olan her hasta kompleks bir tanı programı içinde incelemelidir. Bu program içinde fizik inceleme, mammografi, ultrasonografi, duktografi, sekresyon sitolojisi ve prolaktin gibi hormon tetkikleri yer almalıdır(26).

Araştırmamızda 21 meme başı akıntılı hasta mammografi ve ultrasonografi hariç bu program içinde incelendi.

Günümüzde meme parankimini incelemek için en yararlı yöntem kuşkusuz mammografidir. Mammografi Egen (1960) tarafından geliştirilmiş bir yöntem olup, son 20 yıl içinde önemi artmıştır. İyi bir mammografik değerlendirme spesifik cerrahi patoloji tecrübesi ve aynı zamanda günlük muayene ile öğrenilir.

Mammografide; meme kanserinin primer işareti, genellikle sınırları düzensiz bir kitledir. Sekonder işaretleri ise, asimetrik dansite, yapısal distorsiyon, mikrokalsifikasyon, deri değişiklikleri, asimetrik çıkıntılı kanallar, asimetrik damarlar ve adenopatilerdir(1).

Meme başı akıntısı olan hastalarda mammografi bir kitleyi ortaya çıkarmadığı sürece sınırlı bir değere sahiptir. Mammografi; teknik ve yapanın özellikleri açısından çok hassas değişiklikler gösterir. Ayrıca iyi

kalitede çekilmiş mammogramın değerlendirilmesi de deneyim gerektirir. En iyi görünüm için mümkün olan en küçük doz verilmelidir (1).

H.I.P. (Health Insurance Plan of New York)'e ait tarama programlarında fizik inceleme ve mammografi kullanılarak, meme kanserinden ölümlerde, 50 yaş üzerinde %20, 50 yaş altında ise %24'lük bir azalma tesbit edilmiştir(3,6,20). Bu veriler meme kanserinin erken tanısında mammografinin önemini göstermektedir.

Mammografide mikrokalsifikasyonlar pek çok vakada sıklıkla tek işaret ve meme kanserinin erken bulgusudur. Meme kalsifikasyonları tanı problemi olmayan benign lezyonlarda da olabilir. Bu sıklıkla, fibroadenoma, arterioscleroz veya deride depolanma ile birlikte dir. Tanı problemi olmayan malign kitlelerde %40 oranında mikrokalsifikasyon vardır.

M. Moskovitz ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, çeşitli mammografik bulguların kanseri önceden belirleyici değeri araştırılmış ve bir grafinin kanser riski olarak değerlendirilmesi yapılmıştır. Buna göre bir grafinin kanser riski olarak değeri %2 ise biopsiye gerek görülmemiştir. Eğer lokalize anomali,

maligniteyi düşündürecek klasik bulgulara sahip ise kanser habercisi olarak değeri %74, palpabl bir kitle de varsa değeri %100'dür. Fakat birinci durumda kanserlerin ancak %6'sı, ikinci durumda ise %3'ü bulunmuştur.

Mammografide kanseri önceden haber veren tek ve en önemli bulgu mikrokalsifikasyon olduğundan, Moskovitz'in serisinde tek başına kanseri yakalamadaki rolü %21'dir. Bunlar %4 oranında ilave klinik anomalilerle birlikte dir. Klinik anomali yoksa, mikrokalsifikasyonun, kanseri önceden haber verici olarak değeri %11.5 olup, klinik anomali varsa bu değer %5'e inmektedir(19).

Fibrokistik hastalıkta mammografide genel görünüm olarak dokuda kabalaşma ve meme dansitesinde çeşitli derecelerde artış görülür. Bu hastalarda tanı irregüler kenarlı, kaba yoğun parankimal odaklar arasına dağılmış yağ dokusu nedeniyle kolaydır. Mikroistik fibrokistik hastalık ile adenomatozisin radyolojik olarak ayırımı ise güçtür, her iki durumda da damarlanma şeklinde radiodansiteler görülür. Duktografi bu iki durumda ayırıcı tanıda yardımcıdır. Fibrokistik hastalığa bağlı akıntısı olan hastalarda dilate kanallar küçük kistlere doğru uzantılar yapar. Bu kistik değişikliklere ek olarak laktiferöz kanallar ince bir şekilde görülür,

bunun yanında çaplarında yer yer değişiklikler ve ektatik genişlemeler olabilir(2,11,17).

Intraduktal papillomun mammografide görülebilmesi için 1-2 cm. büyüklüğe ulaşması ve areolanın tam arkasında yağ dokusundan belirgin bir dansite şeklinde görülür. Bu rontgen bulgusu, klinik inceleme, anamnez ve kanlı veya seröz meme başı akıntısı tanıda sadece bir şüphelenme yaratır. Bu nedenle unilateral veya bilateral uzun süren meme başı akıntılarında duktografi endikasyonu vardır. Sadece duktografi ile intraduktal yer kaplayan lezyonlar görülebilir(11). Sadece duktografi ile yeri tesbit edilen lezyonun kesin olarak ekzisyonuda sağlanmış olur.

Yapılan duktogramlarda, duktus ektazisi ile intraduktal papillomun ayrılmasına yardımcı olan bulgular vardır. Bunlar 1. Duktus ektazisinde, duktal dilatasyon intraduktal papillomdakine oranla daha azdır. 2. Duktus ektazisinde, hafif duktal dilatasyon, çok sayıda duktusu etkiler. Dilatasyon intraduktal papilloma bağlı olduğunda ise yalnızca papillomun içinde geliştiği duktusta görülür. 3. Duktus ektazisinde dilate duktuslarda dolma defekti görülmemesidir. Meme displazisi olan bazı hastalarda akıntının nedeni duktus ektazisi olabilir. Akıntı bilateral ve çok sayıda duktal

orifisden gelebilir. Bu hastalara genellikle cerrahi tedavi önerilmez. Kesin olarak duktus ektazisi tanısı koymak ve aynı zamanda bir papillomu ekarte etmek önemlidir.

Memenin ultrasonografisi X-ray mammografiye eşlik eden önemli bir yöntemdir. Teşhiste büyük sorun pahalı oluşudur. Basit kontakt scannerler meme için kullanışlı değildir. Bunlar yalnızca kistik ve solid kitle ayrımında kullanılır. Ultrason ile 0.1 cm. ve daha küçük lezyon görülmez, mikrokalsifikasyonlar genellikle görülmez. Bu nedenle bir tarama aracı olarak ultrasound mammografi kullanılmaz. Bu metod sadece tamamlayıcıdır ve esas amacı kitlenin kistikmi veya solid mi olduğunun araştırılmasıdır(15). Bu ise ponksiyonla çok daha kolay açıklığa kavuşturulabilir.

Sonuç olarak memesinde kitle olmayan ve sadece meme başı akıntısı olan hastalarda ultrasonografik inceleme bugün için gereksizdir. Bu yüzden biz vakalarımıza ultrasonografi uygulamadık.

Sekresyon sitolojisinin yanlış bilgi verdiği literatürden bilinmektedir. Fakat alınması ve masrafı az olduğundan araştırma yöntemi olarak değerlidir. Sitolojik incelemenin doğru sonuç verdiğini inanan Zajicek, Hoeffken ve Frable gibi araştırmacılar çoktur,

fakat sağlanacak yarar, herhalde sitolojistin deneyimine bağlıdır(5,8,26).

Meme hastalıklarında sitolojik muayene uygulanabilecek durumlar: A. Solid bir kitleden hücre materyali aspirasyonu(aspirasyon sitolojisi). B. Bir kist içindeki sıvının aspirasyonu(eksudatif sitoloji). C. Meme başı akıntısı(eksfoliatif sitoloji)dir.

Benign meme hastalıklarında sitolojik muayenenin doğru tanı oranı %64-89 arasında değişmektedir. Boquoi ve Kreuzer'e göre fizik muayenenin mammografi ve aspirasyon biopsisi ile kombinasyonu, tanıdaki hata oranını %1'in altına düşürmektedir. 1 cm.den küçük lezyonların iğne ile bulunması zor olduğundan açık biopsi önerilmektedir.

Fizik incelemenin yerini hiçbir radyolojik inceleme alamaz. Günümüzde meme kanserli hastaların %90'dan fazlası fizik inceleme ile bulunmaktadır. Fizik incelemenin önemi H.I.P. taramasında açıkça gösterilmiştir(3,6,20). Bununla beraber meme başı akıntılı hastalarda ,fizik inceleme ile çoğu zaman belirli bir bulgu saptanamaz. Bazen areolanın radial palpasyonu ile akıntı gelen kanal kabaca tesbit edilirse, lezyon hakkında söylenen varsayımdan öteye gidemez.

Buraya kadar meme hastalıklarında kullanılan

çeşitli klinik inceleme yöntemlerinden ve bunların verimliliklerinden bahsettik. Görüldüğü gibi yukarda sözü edilen bu yöntemlerin değeri, özellikle meme başı akıntılarında sınırlıdır. Bizim çalışmamızda sekresyon sitolojisi ve hormonal tetkikin tanı yönünden fazla bir katkısı olmadığı görülmüştür. Tablo 1' de olduğu gibi bu yöntemlerle intraduktal bir kitle tanısına gidilememiştir. Buna karşın duktografi de, yer kaplayan lezyon tanısında pek tatmin edici bulgu vermemiştir. Bütün vakalarımızda duktografi şüpheli bir bulgu vermiştir.

Meme başı akıntılı hastalarda yapılan duktografilerde hava kabarcıklarının enjeksiyonundan kaçınmak gerekir. Çünkü yanlış intraduktal papillom veya başka bir lezyon teşhisi konabilir. Ayrıca anormal duktal sistem yerine, komşu normal duktal sistem dilate edilebilir ve kontrast ilâç verilebilir. Relatif olarak yoğun kontrast ilâç verilmesi ile bazen küçük intraduktal papillomlar gözden kaçabilir. Bu gözlem 1965 yılında Björn Hansen'in geniş bir serisinde, duktografi ile gösterilemeyen intraduktal papillomların histopatolojik inceleme ile gösterilmesiyle kanıtlanmıştır(7). Bazı serilerde ise sekresyon artıklarının duktografide, intraduktal papillom görüntüsü verdiği görülmüştür.

Bazı yazarlar duktografi ile klinik olarak

okkült meme kanserinin bulunabileceğini göstermişlerdir. Literatürden elde edilen bilgilere göre, Ouimet ve Oliva 265 hastanın 7'inde, Rummel ve arkadaşları 75 hastanın 5'inde, Threat ve arkadaşları 54 hastanın 4'ünde, Tabor ve arkadaşları ise 59 hastanın 1'inde kanser tesbit etmişlerdir(17).

Papiller duktal karsinom intraduktal olarak büyüdüğü için, tümörde nekroz ve kalsifikasyon olmadıkça mammografice tanımlanamaz. Meme kanserinin nispeten az rastlanılan bu tipinde tanı, duktografide intraduktal dolma defektinin görülmesi ile konulur. Kanserde duktusların kenarları düzensizleşir, kaybolur veya yer değiştirir.

Çalışmamızda meme başı akıntılarının hormonal bir nedeni mi olduğu düşünülerek prolaktin hormon tayini yapılmıştır. Laboratuvar sonuçlarında hepsi normal sınırlar içinde bulunmuştur. Buda bize kesin tanı vermemiştir.

S O N U Ç

Spontan meme başı akıntısı olan 21 hastada fizik inceleme, duktografi, sekresyon sitolojisi ve prolaktin hormon tayini yapılarak, akıntı nedeninin tesbitindeki önemi incelendi. Ayrıca bu yapılan muayene yöntemlerinin hangisinin histolojik tanıya yönelme konusunda ayırıcı bulgusu olduğu araştırıldı.

Duktografi ile 1 hastamızda intraduktal şüpheli yer kaplayan kitle gösterilmiş olup, bu hastada diğer inceleme yöntemleri normal olarak değerlendirilmişti. Bu bize intraduktal yer kaplayan lezyon tanımında, duktografik doğru pozitif bulgu sayısının, diğer yöntemlerden fazla farklı olmadığını kanıtlar.

Meme başı akıntılarında mammografi, ultrasonografi ve sekresyon sitolojisi sınırlı değere sahip olup, araştırmamızda duktografi içinde aynı şeyleri söyleme fikrini ortaya çıkarmaktadır.

Böylece meme hastalıklarının tanısında en iyi yöntemin titiz bir fizik muayene ve gerektiğinde biopsi olduğu bir defa daha ortaya çıkmış bulunmaktadır.

Ö Z E T

MEME HASTALIKLARININ TANIMINDA DUKTOGRAFINİN DEĞERİ VE ANLAMI

Mayıs 1984 - Ocak 1986 yılları arasında Genel Cerrahi polikliniğine meme başı akıntısı şikayetleri ile başvuran hastalarda duktografi, sekresyon sitolojisi, bakteriyolojik tetkik ve prolaktin hormon tayini yapılarak, meme başı akıntısının nedeni ortaya çıkarılmaya çalışılmış ve bu araştırma yapılmıştır.

Muayene edilen meme başı akıntılı kadınların en yaşlısı 80, en genci 16 yaşında idi. Hastaların 3/4'ü 24 ile 35 yaşları arasında bulunuyordu. Meme başından gelen akıntı süresi 10 gün ile 8 yıl arasında değişme gösteriyordu.

Duktografi yapılan 21 hastanın 11'inde akıntı kirli sarı, 5 hastada koyu yeşil-gri renkte akıntı, 4 hastada kanlı olarak nitelendirilen koyu kahve-siyah renkte akıntı, 1 hastada da süt benzeri beyaz akıntı mevcut idi. Akıntı 6 hastada sağ meme başından, 12 hastada sol meme başından olup, 3 hastada iki taraflı idi.

Bu hastalarda akıntı gelen meme dokusu biraz baskı uygulanarak akıntı gelen duktus saptandı. Buradan ince bir kanül vasıtasıyla girilerek kontrast madde verildi ve iki yönlü grafi çekildi. Bu çekilen grafi-lerden 18 tanesi ufak patolojik bulgularla beraber normal olarak değerlendirildi. 1 tanesi normal dukto-gram olarak gözlendi. 1 tanesinde şüpheli bir intraduktal papillom olarak değerlendirildi. Biopsi sonucu intraduktal papillom olduğu teşhis edildi. 1 tanesinde fibrozis + iltihaplı soliter meme kisti olarak gözlendi.

Bu çalışmadan hareket ederek meme başı akıntı-larında ve diğer meme hastalıklarının tanısında, en iyi yöntemin fizik muayene ve meme biopsisi olduğu söylenebilir. Diğer muayene yöntemlerinin de, tanıya yardımcı metodlardır.

S U M M A R Y

The value and meaning of ductography in
diagnosis of breast diseases

The following research have been done in outpatient section of department of General Surgery between the years of may 1984 and january 1986 among the patients who have applied with the complaints of discharges from nipple and ductography, cytology of discharges, their bacteriologic examinations and level of prolactin production have been estimated and it have been tried to find out the reason of discharges from nipple in all the cases.

Most of the patients (3/4) were between 24 to 35 years old. Duration of discharges from nipple were changing between 10 days to 8 years.

Ductography were applied to 21-patients and the colours of discharges were as follows. In 11 patients the colour were dirty-yellow, 5 cases were dark greenish-grey, 4 cases it was changing between dark-brown to black and were thought to be bloody, and in 1 case it was milky white. Discharges were from right nipple in 6 cases, left nipple in 12 cases and bilateral in 3 cases.

The external opening of the duct has been found by the application of pressure to the diseased breast. A fine cannule introduced from there and two way graphy been taken after the radio-opaque substance enjected to the involved duct. 18 of the cases were regarded as normal according to the results of these ductographies, although the presence of some minor pathological findings. In one case ductography have been observed as completely normal. Intraductal papilloma was suspected in one case and this have been confirmed by the result of biopsy. In one case diagnosis of fibrosis + enfectet solitary cyst of breast was made.

Accoording to the results of this study we can say that, while arriving to the diagnosis in abnormal discharges and other diseases of breast, the best way of approach is the physical examination and biopsy of the affected breast. It has also been observed that other secondary methods of examinations are helpfull in the establishment of diagnosis.

LİTERATÜR

1. Akbağ A., Cengiz Ö; Meme kanserinin tanısında mammo-
grafinin yeri; Dirim, 5-6: 166-175, 1985.
2. Barbara Threat, Henry Appelman; Mammary duct injection;
Radiology 108, 71-76, 1973.
3. Charles R. Smart, Oliver H. Bearhs; Breast screening
results as viewed by the clinician; Cancer, 43;
851-856, 1979.
4. David P. Paulus; Benign disease of the breast; Rad.
Clin. North Am. 21, 27-50, 1983.
5. Funderburg W.W., Syphax B.,; Evaluation of nipple
discharge in benign and malignant disease; Cancer,
24, 1290-1296, 1969.
6. Gary W. Unzeiting, Gloria Frankl, Mina Ackerman;
Analysis of the minimal and occult breast carcinoma;
Arch. Surg.;118, 1402-1404, 1983.
7. Heater B. Nunnerly, Stuart Field; Mammary duct
injection in patient with nipple discharge; Br. J.
Radiology, 45, 717-725, 1972.
8. Henry P. Leis, Samuel Pilnik; Nipple discharge; Int.
Surg.; 58, 162-165, 1973.
9. H. Gravelle, et al; The relation between radiographic
features and determinants of risk of breast

- carcinoma; Br. J. Radiology, 113, 107-113, 1980.
10. Harold J. Colabasani, William F. Feller, Olcay Cigtay; Mammographic and pathologic correlation of microcalcification in disease of the breast; Surg. Gyne. Obstet., 155, 689-695, 1982.
 11. Hoeffken, W. and Lanyi, M.; Mammography. Technique diagnosis, differential diagnosis, results. (Translation by L.G. Rigler and R.D. Arndt.) George Thieme Publishers, Stuttgart, 1977.
 12. Haagensen C.D.; Disease of the breast; Second edition, W.B. Saunders Philadelphia, 1971.
 13. Inguar Anderson, Lars Johnson, Holger Peterson; Radiographic patterns of the breast paranchyme; Radiology, 138, 59-62, 1981.
 14. John N. Wolfe, Samuel Albert, Stevens Belle; Breast paranchymal patterns and their relationship to risk for having or developing carcinoma; Radiology Clin. North Am.; 21, 127-136, 1983.
 15. John Martin; Breast imaging techniques, Rad. Clin. North Am, 21, 149-153, 1983.
 16. Jerry Buchanan; Barbara Weisberg; Selected prognostic variables for mammographic paranchymal patterns; Cancer, 47, 2135-2137, 1981.

17. L. Tabar, I. Kadas, A. Nemeth; The significance of mammography, galactography and pneumocystography in detecting occult carcinoma of the breast; Surg. Gyn. Obst.; 137, 965-970, 1973.
18. Myron Moskovitz, Peter Gortside, John Wirman; Proliferative disorders of the breast as risk factor for breast cancer; Radiology, 134, 289-291, 1980.
19. Myron Moskovitz; Minimal breast cancer redux; Radiol Clin North Am, 21, 93-113, 1983.
20. Norman Sadowsky, Daniel Kapans; Breast cancer; Radiol Clin. North Am, 21, 51-65, 1983.
21. P.E. Preece, R.E. Mansel, L.E. Hughes; Clinical syndromes of mastalgia; Research and clinical forums, 3, 49-60, 1974.
22. R.E. Mansel, L.E. Hughes; A double blind trial of the prolactine inhibitor bromocriptine in painfull benign breast disease; Br. J. Surg, 65, 724-727, 1978.
23. R.E. Mansel; A rewiev of the role of bromocriptine in symptomatic benign breast disease; Research Clin. Forums, 3, 61-67, 1981.
24. Ralph W. Wayne, Roderick E. Darby; Injection

mammography, JAMA, 237, 2219-2220, 1977.

25. Van Bogoer, L.J., Maldaque, P.; Confrantation Anatomu-
Radia Histologique en Pathologic Mammaire; J.
Belge Radiol, 57; 419-427, 1974.
26. Won L. Abet, G. Gronke; Galaktographie als Teil der
komplexdiagnostik bei pathologisch sezernierender
mamma; Zentralblatt für Gynakologie, 112,
953-960, 1980.