

PALPABL OLMAYAN MEME LEZYONLARINDA, TEL LOKALİZASYONU REHBERLİĞİNDEKİ EKSİZYONEL BİOPSİ KOMPLİKASYONLARI

Selma Tükel*

Semih Aydınтуğ**

Tel lokalizasyonu, biopsi sırasında çıkarılan normal doku miktarının azaltılması ve lezyonların kesin olarak çıkarılmasını sağlamak amacıyla kullanılır (16). Bu yöntem, meme lezyonlarında olduğu kadar, radyonüklid çalışmalar sırasında saptanmış kemik lezyonlarının (3) ve radyoopak yabancı cisimlerin çıkarılmasında (6,15) da kullanılabilir.

Mammografiyle saptanmış olan nonpalpabl meme lezyonlarının işaretlenerek çıkarılmasında, işlemin başarısı, radyolog, cerrah ve patolog arasındaki entegre çalışmaya bağlıdır. Bu dayanışmanın gerekliliği özellikle vurgulanmalıdır. Doğru rehberlik, lezyonun başarılı eksizeyonu ve doğru histolojik analiz ile prosedür başarılı olabilir.

Prosedür sırasındaki potansiyel komplikasyonlar şu şekilde özetlenebilir :

*Lokalizasyon sırasında olası komplikasyonlar, telin memede başka bir bölgeye (7) veya plevral kaviteye gidişi, iğne trasesinde kanama (2), iğnenin kıvrılması - bükülmesi (5), pektoral kas içine penetrasyon (5), varsa tümörün kontaminasyonudur. *Hastada, işlem sırasında vazovagal reaksiyon beklenebilir (4,5). *Operasyon odasında beklenebilecek komplikasyonlar ise, yardımcı hemşire tarafından hazırlık sırasında telin yerinden çıkarılması (7,8), operasyon sırasında telin kesilmesi (9), lezyonun inkomplet çıkarılması (2,5,7), teli izleme güçlüğü (10), telin hareketle lezyondan uzaklaşması (6,17) ve elektrokoterle temas riskidir (12).

* A.Ü. Tıp Fakültesi Radyodiagnostik Anabilim Dalı

** A.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Geliş Tarihi : Kasım 30, 1994

Kabul Tarihi : Ocak 18, 1995

MATERYAL VE METOD

1993 - 1994 çalışma döneminde mammografik olarak saptanmış nonpalpabl lezyonu olan ve tel lokalizasyonu rehberliğinde eksizyonel biopsi uygulanan 26 hasta gözden geçirilmiş, komplikasyon saptanan 4 tanesi bu çalışmaya dahil edilmiştir.

Uygulamalar GE Senograph 600 T mammografi cihazında, stereotaksik yöntemle yapılmıştır. Teli çengel uçlu ve operasyon sırasında teli izlemesi için cerraha yardımcı olacak künt rehber iğnesi bulunan, 20 Gauge'lik Nottingham iğne-tel sistemi kullanılmıştır.

Tüm uygulamalarımızda, lezyonlara göğüs duvarına paralel olarak ve kraniokaudal pozisyonda yaklaşılmıştır. İşlem sırasında bölge antiseptik solüsyon ile temizlenmiş ve lokal anestezi uygulanmadan tel yerleştirilmiştir.

İşaretlenmiş olan 26 lezyonun tümü başarıyla çıkarılmıştır, dört olgumuzda komplikasyon gözlenmiştir.

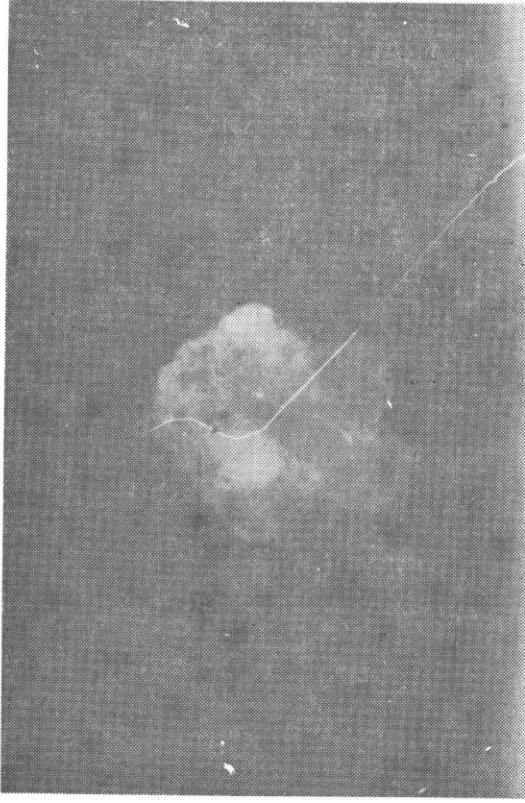
İlk iki olguda telin yerleştirilmesi işleminin son aşamasında vazovagal reaksiyon meydana gelmiştir. Kontrol filmi beklenmeden, tel, saptanan noktaya gönderilerek işlem sonlandırılmış ve prosedürü engellemeyecek şekilde olay kontrol altına alınmıştır.

Diğer iki olgu, operasyon sırasında oluşan ve telin kesilmesi olarak tanımlanabilecek komplikasyonlardır. Bunlardan birinde, rehber olarak kullanılan iğnenin uygulanması sırasında, iğne künt uçlu olmasına rağmen telin bükülmüş olan ucunu koparmış ve o sırada olay farkedilerek kopan parça iğnenin yanında bulunarak çıkarılmıştır. Diğerinde, stereotaksik uygulama sırasında, telin ucu lezyonu delip, 1.5 cm. kadar aşağıya doğru geçmiştir (Şekil 1). Operasyon sırasında rehber iğne künt uçlu ve kalın olduğu için lezyonu geçememiştir. Cerrahi disseksiyonla rehber iğnenin ucundan doğru lezyon tam olarak çıkarılırken, telin ucu farkedilemeyerek kesilmiştir. Olay, memedeki fibrotik değişiklikler nedeniyle o sırada hissedilememiştir. Spesmen grafisinin değerlendirilmesi sırasında telin uç kısmının olmadığı fark edilerek cerraha bildirilmiş (Şekil 2), ancak tüm aramalara karşın çengel uç bulunamamış, operasyon sonlandırılmıştır (Şekil 3). Bu olguda, kalan ucun, bir süre sonra işaretlenerek çıkarılması planlanmaktadır.

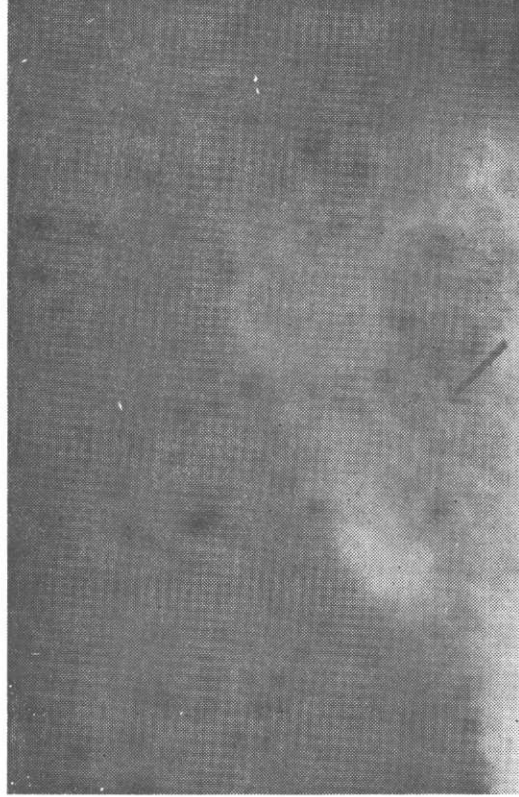
Hiçbir hastada işleme bağlı enfeksiyon gelişmemiştir.



Şekil 1 : Profil kontrol grafisinde, stereotaksik yöntemle uygulanan telin ucu lezyonun yaklaşık 1.5 cm. altında izlenmektedir.



Şekil 2 : Spesmen grafisinde lezyonun eksize edildiği, ancak telin çengel uç kısmının olmadığı dikkati çekmektedir.



Şekil 3 : Operasyon sonrasında alınan mediolateral pozisyondaki kontrol grafisinde lokalizasyon telinin çengel ucu üst kadranda izlenmektedir.

TARTIŞMA

Mammografi ile saptanmış nonpalpabl lezyonların eksizyonu her zaman başarılı olmayabilir ve serilerde başarısızlık oranı % 1 - % 10 olarak bildirilmektedir (1). Bizim tüm olgularımızda lezyonlar başarıyla eksize edilmiştir.

Tel lokalizasyonunu takiben eksizyonel biopsi planlandığında, başarılı bir eksizyon için, radyolog ve cerrah arasında detayların gözden geçirilmesi ve hastaya prosedür hakkında bilgi verilmesi gerekmektedir.

Radyolog hastayı operasyona hazırlamadan önce dört potansiyel probleme karşı hazırlıklı olmalıdır. Bunlardan birincisi vazovagal

reaksiyon olasılığıdır ve bunun için odanın dışında bir sedye hazır bulundurulmalıdır. Bu komplikasyon yaygın değildir ve tedavisi kolaydır. İkinci problem hastanın kanama eğilimi olup olmadığı, anti-koagülan alıp almadığıdır. Lokalizasyon sırasında kanama olasılığı yaygın olmamasına rağmen, işlemi operasyon izleyeceği için bunların sorulması gerekmektedir. Üçüncü olarak hastaya eğer yapılacaksa lidokain allerjisi olup olmadığı sorulmalıdır. Kliniğimizde lokal anestezi rutin olarak uygulanmamaktadır. Ancak anksiyetesi olan hastaların sakinleştirilmesine yardımcı olacaksa kullanılması gerektiğine inanıyoruz. Son olarak da hastaya prosedürün başarı şansının çok yüksek olduğu açıklanmalı, varsa bu konudaki endişelerinden kurtulması sağlanmalıdır (1). Bu ön görüşme sonrası işlem uygulanmaya başlanmalıdır.

Nonpalpabl meme lezyonlarının tel lokalizasyonu sırasındaki komplikasyonlar gerçekten çok nadirdir. Serilerde çok küçük bir yüzde ve hatta tek olguluk olgu sunumları olarak bildirilmektedir (2,7,9). Çoğu otörler de komplikasyon olmaksızın tel lokalizasyonu yaptıklarını bildirmişlerdir (3,5,14,18). Teknikteki ilerlemeler, lokalizasyon iğnelerindeki gelişme ve seçenekler, komplikasyon rizikini azaltmıştır.

Çengel uçlu lokalizasyon telinin meme içindeki hareketliliği, meme dokusunun yoğunluğu ile ilgilidir (7,13). Eğer meme parankimi lipomatö patternde ise telin hareket etme olasılığı artacaktır. Çengeli büyük olan iğnelerin daha az hareket ettikleri düşünülmektedir (8, 11). Telin ucu kıvrılmış olduğu için hareket sırasında ileriye hareket edebilir, fakat geriye gelmez. Bu ileriye olan hareketin engellenmesi için de, cilt yüzeyi seviyesinde tel 90 derece bükülmeli (6) ve sıkıca bandajlanmalıdır. Bükme hareketinin bu düzeyde teli zayıflatacağı düşünülebilir, ancak bu düzeyde kırılma şeklinde bir komplikasyon bildirilmemiştir.

Daha önce de sözedildiği gibi, operasyon odasına transferinde hastanın hareketleri minimal seviyede olmalıdır. Bunun için sedye veya hasta sandalyesi ile taşınması önerilir.

Cerrahi işlem başlarken, operasyon alanının temizlenmesi için telin dışarıda kalan bölümünün kesilmesi düşünülüyor ise, mutlaka bir hemostat ile tutturularak, telin ucunun ciltaltında kaybolması engellenmelidir. Lezyona doğru diseksiyon için retraksiyon aleti olarak lokalizasyon teli kullanılmamalıdır (13). Telin kolay takibi için ya üze-

rine rehber iğne geçirilmeli, veya lokalizasyon işlemi sırasında uç kısmı kalınlaştırılmış ve direnci arttırılmış lokalizasyon teli kullanılmadır (8,11).

Radyolog, cerrah ve patolog, biopsi prosedürü sırasında lokalizasyon telinin uzunluğunu kontrol etmelidir. Telin çengel ucunun kırılması veya kesilmesinden oluşacak komplikasyonlardan sakınmak için de spesmen grafisinin değerlendirmesinin dikkatli yapılması gerekmektedir. Cerrah spesmenle çıkarılan telin tahmini uzunluğunu operasyon özetinde raporlamalıdır. Mikrotom veya bıçaklara zarar vermemesi için spesmenlerden metalik objeleri çıkarma alışkanlığı olan patolog ise, gross spesmen raporunda tel hakkındaki inspeksiyon bulgularını bildirmelidir.

Telin içeriye kaçması veya kesilmesi durumunda, telin, küçük de-
liği kaybedilmemeli, veya lokalizasyonu portabl akciğer röntgen ma-
kinası, tercihan C-kollu floroskop yardımı ile yapılmalıdır. Telin ucu
kesilmiş ise, muhtemelen dokuda, minimal yabancı cisim reaksiyonuna
neden olacaktır. Ancak vücut hareketleri ile yer değiştirmesi sonucu,
pnömotoraks veya kan damarlarına geçişi gibi komplikasyonlar söz
konusu olabilir (2).

Başarılı olmayan bir biopsi sonunda, genellikle akut postoperatif
değişiklikler gerileyene kadar beklenir. Daha sonra mammografi tek-
rarlanır. Bu, yaklaşık olarak cerrahiden 2 - 3 hafta sonra mümkün ola-
bilir (1). Eğer lezyon memede sebat ederse, sonraki adım için, cerrah-
radyolog-patolog arasında dikkatli bir konsültasyon sonrası karar ve-
rilir.

Bir kez daha belirtilmelidir ki, bu komplikasyonların insidansı,
yerleştirme prosedürü ve iğne-tel dizaynındaki gelişmelerle (8,13) ve
aşağıdaki önerilerin dikkate alınması ile minimal düzeye indirilebilir;

a) Lokalizasyonu takiben teli cilt yüzeyinde 90 derece bükme-
k (bu işlem sırasında telin kopmasına ait komplikasyon bildirilmemiştir),

b) Hastanın mammografi odasından ameliyathaneye sevkinin
sedye ile sağlanması ve vücut hareketlerinin minimalde tutulması,

c) İçeride parça kalma olasılığını ekarte etmek için, prosedürü
takiben telin tüm uzunluğunun cerrah, radyolog ve patolog tarafın-
dan kontrol edilmesi.

ÖZET

Nonpalpabl meme lezyonlarında eksizyonel biopsinin tel lokalizasyonu rehberliğinde yapılması, hem lezyonun daha kolay ve kesin biçimde çıkarılmasına hem de kozmetik sonuçlar alınmasına yardımcı olur. Bir yıllık sürede, tel lokalizasyonu rehberliğinde yaptığımız 26 eksizyonel biopsinin 4'ünde komplikasyona rastlanmıştır. Yazımızda bu komplikasyonlar ve bunların insidansını en aza indirmek için öneriler gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler : Meme, eksizyonel biopsi, komplikasyon

SUMMARY**Complications of Needle Wire Localization and Excisional Biopsy
Procedures of Nonpalpable Breast Lesions**

Prebiopsy needle-wire localization of non-palpable breast lesions is a method to allow for more accurate excision and more cosmetic results. In one year period, we encountered with some complications in 4 of 26 needle-wire localization procedure. Potential causes of these complications are reviewed and recommendations to minimize the incidence of these complications are discussed.

Key words : Breast, excisional biopsy, complication

KAYNAKLAR

1. Bassett LW : The Radiologic Clinics of North America. 30 : 139-154, 1992.
2. Bigongiari LR Fidler W Skerker LB : Percutaneous needle localization of breast lesions prior to biopsy : Analysis of failures. Clin Radiol. 28 : 419-425, 1977. ,
3. Froelich JW McKusick KA Strauss HW : Localization of bone lesions for open biopsy. Radiology 146 : 549-550, 1983.
4. Goldberg RP Hall FM Simon M : Preoperative localization of nonpalpable breast lesions using a wire marker and perforated mammographic grid. Radiology 146 : 833-835, 1983.
5. Grisvold JJ Martin JK : Prebiopsy localization of nonpalpabl breast lesions. AJR 143 : 477-481, 1984.

6. Hall FM Frank HA : Preoperative localization of nonpalpable breast lesions. AJR 132 : 101-105, 1979.
7. Homer MJ : Localization of nonpalpable breast lesions : Technical aspects and analysis of 80 cases. AJR 140 : 807-811, 1983.
8. Homer MJ : Nonpalpable breast lesion localization using a curved-end retractable wire. Radiology 157 : 259-260, 1985.
9. Homer MJ : Transection of the localization hooked wire during breast biopsy. AJR 141 : 929-930, 1983.
10. Homer MJ Fisher DM Sugarman HJ : Post-localization needle for breast biopsy of nonpalpable lesions. Radiology 140 : 241-242, 1981.
11. Homer MJ Pile-Spellman ER : Needle localization of occult breast lesions with a curved-end retractable wire : Technique and pitfalls. Radiology 161 : 547-548, 1986.
12. Kopans DB DeLuca S : A modified needle-hookwire technique to simplify preoperative localization of occult breast lesions. Radiology 134 : 781, 1980.
13. Kopans DB Lindfors K McCarthy KA : Spring hookwire breast lesion localizer : Use with rigid-compression mammographic systems. Radiology 157 : 537-538, 1985.
14. Kopans DB Meyer JE : Versatile spring hookwire breast lesion localizer. AJR 138 : 586-587, 1982.
15. Meyer JE Kopans DB Mueller PR : Preoperative localization of radiopaque foreign bodies. Radiology 144 : 179, 1982.
16. Meyer JE Kopans DB Stomper PC : Occult breast abnormalities : Percutaneous preoperative needle localization. Radiology 150 : 335-337, 1984.
17. Rasmussen OS Seerup A : Preoperative radiographically guided wire marking of nonpalpable breast lesions. Acta Radiol Diagn. 25 : 13-16, 1984.
18. Threatt B Appelman H Dow R : Percutaneous needle localization of clustered mammary microcalcifications prior to biopsy. AJR 121 : 839-842, 1974.