

İNTRADUKTAL PAPİLLOM OLGULARININ CERRAHİ SONRASI DEĞERLENDİRİLMESİ; RADYOLOJİK VE PATOLOJİK BULGULARIN KORELASYONU

THE ASSESSMENT OF CASES WITH INTRADUCTAL PAPILLOMAS AFTER SURGERY; THE CORRELATION OF RADIOLOGICAL AND PATHOLOGICAL FINDINGS

Muhammet Ferhat ÇELİK¹ , Ravza YILMAZ² , Ahmet Cem DURAL³ , Fatma ÇELİK YABUL⁴ , Halil Fırat BAYTEKİN⁵ , Selin KAPAN⁶ , Halil ALIŞ⁶ 

¹Özel Yedikule Surp Pirgiç Ermeni Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ³Genel Cerrahi Kliniği,

⁴Radyoloji Kliniği, ⁵Patoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

⁶Aydın Üniversitesi, VM Medical Park Florya Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

ORCID IDs of the authors: M.F.Ç. 0000-0002-3697-0418; R.Y. 0000-0001-8661-6751; A.C.D. 0000-0003-3479-725X; F.Ç.Y. 0000-0002-0156-0056; H.F.B. 0000-0002-7086-4758; S.K. 0000-0001-9339-4894; H.A. 0000-0002-8008-2776

Cite this article as: Celik MF, Yilmaz R, Dural AC, Celik-Yabul F, Baytekin HF, Kapan S, Alis H. The assessment of cases with intraductal papillomas after surgery; the correlation of radiological and pathological findings. J Ist Faculty Med 2019;82(2):69-74. doi: 10.26650/2018.0029

ÖZET

Amaç: İntraduktal lezyon ön tanısıyla biyopsi yapılan olguların radyolojik ve patolojik bulgularının değerlendirilmesini, ayrıca postoperatif intraduktal papillom (İDP) tanısı alan olguların cerrahi gereksiniminin tartışılmasını amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Kliniğimizde 2012-2014 arasında intraduktal papiller lezyon tanısıyla biyopsi yapılan hastalar retrospektif değerlendirildi. Çalışmaya dahil edilen hastalar ultrason (US), endikasyon varlığında mamografi (MMG) veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile değerlendirildi. Hastalara tru-cut biyopsi veya ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) uygulandı. Cerrahi eksizeyon planlamasında; atipi, radyoloji-patoloji uyumsuzluğu, risk faktörü ve hasta isteği göz önüne alındı.

Bulgular: Çalışmaya 73 hasta dahil edildi, 59'u ≥40 yaş idi. Hastaların tümüne ultrasonografi, ≥40 yaş 59 hastaya MMG yapıldı, 8 hastaya MRG yapıldı. İİAB yapılan 11 hastadan birinde İDP, tru-cut biyopsi yapılan 40 hastanın 10'unda İDP saptandı. Eksizeyon yapılan 22 hastadan 3'ü histopatolojik olarak malign, 5'i pre-invaziv veya pre-neoplastik olarak değerlendirildi.

Sonuç: Tru-cut biyopsi veya İİAB sonrası benign papiller lezyonların yönetiminde hangi hastalara eksizeyon uygulanacağına dair konsensus bulunmamaktadır. Atipili papiller lezyonların karsi-

ABSTRACT

Objective: The aims of this study were firstly to evaluate the radiology and histopathology findings of patients diagnosed with intraductal lesions and who had undergone biopsies. The second objective was to investigate the surgery requirements in those cases diagnosed with intraductal papilloma (IDP) post operatively.

Material and Methods: Patients diagnosed with intraductal papillary lesions and who then underwent biopsy were retrospectively reviewed. An ultrasound (US) was performed on all patients, if required; a mammography (MMG) and Magnetic resonance imaging (MRI) was also performed on patients. A Tru-cut biopsy or fine needle aspiration biopsy (FNAB) was performed on patients. Atypia, any discordance between the radiology and pathology findings, risk factors and patient requests were taken into account for deciding on surgical excision.

Results: Of the seventy-three patients included in the study, 59 of them were ≥40 years. An ultrasound was performed on all patients, an MMG was performed on the 59 patients ≥40 years, and an MRI was performed on 8 patients. FNAB was performed on 11 patients, IDP was diagnosed in one of them, a tru-cut biopsy was performed on 40 patients and 10 of them were diagnosed

İletişim kurulacak yazar/Corresponding author: cemdural@hotmail.com

Geliş tarihi/Received Date: 12.11.2018 • **Kabul tarihi/Accepted Date:** 18.02.2019

©Telif Hakkı 2019 J Ist Faculty Med - Makale metnine jmed.istanbul.edu.tr web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2019 by J Ist Faculty Med - Available online at jmed.istanbul.edu.tr

nom riski ile ilişkili olduğu kabul edilmekte ve cerrahi eksizyon planlanmaktadır. Yayınlanan son çalışmalarda, hastaların beşte birinde tanıl sınıflamanın yukarı doğru (upgrade) değiştiği ve tedavi yaklaşımının da cerrahi lehine değiştiği gösterilmiştir. Serimizde, literatüre benzer şekilde, upgrade oranı %10,9'dur. Papiller lezyon tanılı hastalarda radyolojik görüntüleme iyi değerlendirilmelidir, radyoloji-patoloji uyumsuzluğunda total eksizyon yapılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Benign papiller lezyon, İntraduktal papillom, tru-cut biyopsi, ince iğne aspirasyon biyopsisi

with IDP. Three lesions were histopathologically malignant and 5 lesions were pre-invasive or pre-neoplastic in 22 of the patients who underwent surgical resection.

Conclusion: There is still no consensus on the management of patients diagnosed with benign papillary lesions after Tru-cut biopsy or FNAB. Lesions with atypia usually underwent surgical resection due to their malignant potential. Recent studies showed an upgrade in one-fifth of the patients' histopathological results and the treatment strategy was shifted in favor of surgery. In our series, the upgrade rate was 10.9 % which is similar to the literature. Imaging studies in patients diagnosed with papillary lesions should be evaluated carefully, and in the case of discordance between radiology and histopathology, total excision should be considered.

Keywords: Benign papillary lesion, Intraductal papilloma, tru-cut biopsy, fine needle aspiration biopsy

GİRİŞ

Memenin papiller lezyonları nadirdir ve tru-cut biyopsilerde görülme oranı yaklaşık %6 kadardır (1). Meme kanseri taramalarının yaygınlaşması sayesinde, papiller lezyonların çoğunluğu artık asemptomatik kitleler veya kalsifikasyon olarak ultrasonografi veya mamografi ile tespit edilebilmektedir. Papiller lezyonlar benign veya malign olarak kategorize edilirler. Buna rağmen atipili veya malign papillomlardan benign bir papillomu ayırt edici belirli bir radyolojik özellik yoktur (1, 2).

Benign papiller lezyonlar; soliter intraduktal papillom (İDP), multipl İDP ve papillom içerisinde atipik duktal hiperplaziyi (ADH) içerir. Malign papiller lezyonlar ise; papillomdan gelişen in-situ duktal karsinom (DCIS), papiller DCIS, intrakistik veya kapsüllü papiller karsinom, solid papiller karsinom, intrakistik papiller karsinomdan gelişen invaziv papiller karsinom ve invaziv papiller karsinomları içerir (2).

İntraduktal papillomlar etrafı epitel ve myoepitel hücre tabakası ile çevrili parmaklı fibrovasküler çekirdeklerden oluşan benign lezyonlardır (3). Apokrin değişiklikler sıklıkla bu lezyonlara eşlik eder. Atipi, periferik papillomlarda santral papillomlara göre daha sık görülür (4).

Intraduktal papillomlar genellikle menopoz öncesi kadınlarda görülür ve majör duktustan köken alır. Sıklıkla boyutu 0,5 cm'in altındadır ama 5 cm'ye kadar da ulaşabilir. En sık başvuru şikayeti seröz veya kanlı meme başı akıntısıdır. Hastalarda genellikle palpasyon bulgusu saptanmaz (5). Makroskopik olarak sıklıkla santral yerleşimli olup pembemsi renkte, frajil ve kaynaklandığı kanalın duvarına bir sap ile bağlı halde bulunur (4, 5).

Soliter İDP'lar sıklıkla 40-55 yaşları arasında görülür. Nadiren malign transformasyona uğrar; atipi ile birlikte olmadığında sürece meme kanseri gelişme riskini arttırmaz.

Bilateral görülme oranı ise oldukça azdır. Buna rağmen multipl İDP'lar (papillomatosis) daha genç yaşlarda ortaya çıkar, meme başı akıntısı ile daha az ilişkilidir ve malign dönüşüm riski daha fazladır (5).

Benign papiller neoplaziler, meme biyopsilerinin %1-5'ini ve tüm meme lezyonlarının da %10'undan azını oluşturmaktadır. Patolojik meme başı akıntılarının %40-70'ini papiller neoplaziler oluştururken papillom tanısı alan hastaların ancak yarısına yakınında kanlı veya patolojik akıntı görülmektedir. Papiller karsinomlar nadir olarak görülür ve tüm meme malignitelerinin %1 ila %2'sini oluşturur. Sıklıkla menopoz sonrası grupta görülür, ele gelen kitle ve meme başı akıntısı şikayeti bulunur (2). Lezyonların tam olarak çıkarılması, tanıl olduğu kadar tedavi açısından da anlam taşımaktadır (4).

Mamografi (MMG) 40 yaş üstü hastalarda rutin tarama için kullanılır. Ultrasonografi (US) ise kırk yaş altı hastaların değerlendirmesinde ilk tercih edilmesi gereken görüntüleme yöntemidir. Mamografiye tamamlayıcı olarak yoğun meme parankimine sahip veya semptomatik kadınlarda sonografik inceleme mutlaka yapılmalıdır. Mamografi ve US birbirlerini tamamlayıcı görüntüleme yöntemleri olup uygun endikasyonlarda bir arada kullanılmalıdır (6).

Soliter İDP'lar mamografide sıklıkla parankimal yapılar- dan ayırt edilemeyebilirler, yuvarlak veya oval, iyi sınırlı retroareolar kitle olarak görülürler. Multipl papillomlar genellikle periferik yerleşimli ve bilateraldir, mikrokalsifikasyonlar eşlik edebilirler. Karakteristik US bulgusu dilate duktus içerisinde solid mural nodüldür (2, 6). Doppler incelemede mural nodül içerisinde sıklıkla vaskülarizasyon mevcuttur. Duktal dilatasyon eşlik etmediği zaman tanı koymak zordur ve görüntüleme özelliklerine göre değişmekle birlikte fibroadenom veya meme kanseri ile karışabilir. Papiller lezyonlarda kistik komponent (mikst görünüm) ve arka plan güçlenmesi sık olarak görülür (6).

Duktografi özellikle tek duktus kanalından çıkan kanlı akıntı şikayeti olan olgularda değerli bir tanı yöntemidir. Radyolojik olarak İDP'lar kontrast madde ile çevrili dolmuş defekti, duktal dilatasyon, duktus duvarında düzensizlik ve distorsiyon şeklinde görülürler. Ancak duktografi duyarlılık ve özgüllüğünün düşük olması, invaziv bir görüntüleme yöntemi olması nedeniyle birçok merkezde rutin olarak kullanılmamaktadır (2, 4). Duktoskopi ise, meme başındaki kanal ağzından milimetrik fiberoptik endoskoplarla girilerek, süt kanallarının direkt incelenmesini sağlayan bir tekniktir (7). Duktal lavaj ve lezyonun eksizyonu gibi avantajları da içerir. Dezavantajı periferik yerleşimli ve derin lezyonlarda incelemenin güç olmasıdır (4).

Meme kanserinde Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) duyarlılığı en yüksek görüntüleme yöntemi olup birçok çalışmada %90'ın üzerindedir (8-10). Papillom tespitinde ise MRG bulguları çeşitlilik gösterse bile diğer görüntüleme yöntemlerinden daha duyarlıdır (11).

Tru-cut biyopside atipi ve malignite tanısı konulan papiller lezyonlar için cerrahi gerekliliği kabul görmüştür. Bununla beraber, çoğu yazar tru-cut biyopside benign saptanan papiller lezyonlar için yakın takip önerirken, cerrahiye savunan gruplar da mevcuttur (12).

Benign ve malign papiller lezyon ayırımı spesifik radyolojik ve histolojik bulgular yokluğunda zordur, cerrahi eksizyon gerekmektedir (13).

Çalışmamızda kliniğimiz meme hastalıkları polikliniğine 2012-2014 yılları başvuran ve intraduktal patoloji ön tanısıyla biyopsi yapılan olguların radyolojik ve patolojik bulgularının retrospektif olarak değerlendirilmesi ve postoperatif İDP tanısı alan olguların cerrahi gereksiniminin tartışılmasını amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kliniğimiz meme hastalıkları polikliniğine 2012-2014 tarihleri arasında başvurup intraduktal papiller lezyon ön tanısıyla biyopsi yapılan hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. İleri inceleme veya eksizyon önerisini kabul etmeyen hastalar değerlendirme dışı bırakıldı (n=7). Çalışmaya dahil edilen hastaların tümüne US, 40 yaş üzeri hastaların tümüne MMG ile görüntüleme yapıldı. Papiller lezyonlarda maligniteyi düşündüren bulguları (sınırları belirsiz, heterojen iç yapıda, hipoekoik, papiller projeksiyonu bulunan kompleks kistik lezyon, duktus içi düzensiz şekilli kitle, mammografide amorf/pleomorfik kalsifikasyon eşlik etmesi, multilobule veya spiküle kontur, patolojik meme başı akıntısı) ve lezyonun yaygınlığından şüphelenilen olgularda ek olarak MRG yapıldı.

Tüm hastalara standardizasyon açısından aynı radyologlar tarafından US, tru-cut biyopsi ve ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) uygulandı. Kistik yapısı olan lezyonlara İİAB,

solid yapısı olan lezyonlara tru-cut biyopsi uygulandı. Tru-cut biyopsiler US altında 14 Gauge iğne ile yapıldı. Patolojik örnekler formol ile fikse edilerek incelemeye gönderildi. Cerrahi eksizyon kararı; atipi, radyoloji ve patoloji uyumsuzluğu, risk faktörü ve hasta isteği göz önüne alınarak uygulandı. Cerrahi eksizyon da yine standardizasyon amaçlı aynı cerrahlar tarafından uygulandı.

Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan tüm hastalardan alındı. Hasta kayıtları, anonimize edilip retrospektif olarak incelendiğinden etik kurul başvurusu yapılmadı. Ancak, çalışma bilimsel ilkelere uygun, güncel literatür bilgisi ile çatışmayacak biçimde tasarlanmış olup, çalışmaya katılan hastaların bilgilendirilmesi, çalışmanın yürütülmesi ve elde edilen kişisel bilgilerin anonimize edilerek işlenmesi, verilerin değerlendirilmesi Dünya Tabipleri Birliği Helsinki Bildirgesi'ne (Ekim 2013 – 7. Revizyonu) Bilimsel Gereklilikler ve Araştırma Protokolleri maddesinin kalan şartlarına uygun olarak gerçekleştirildi. Çalışmamız orijinal araştırma makalesi STROBE kılavuzuna uygun olarak hazırlanmıştır.

İstatistiksel Analiz

Çalışmada yer alan hastalara ait tüm veriler Excel 2007 programı (Microsoft Office®, USA) ile elektronik ortamda kaydedildi. İstatistiksel analiz için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences for Windows), versiyon 22,0 (IBM Corp. Armonk, NY) programı kullanıldı. Sayısal veriler rakam ve yüzde ile ifade edildi. Parametrik tanımlamalar ortanca (aralık) olarak ifade edildi.

BULGULAR

Seksen hastanın 7'si önerilen tedaviyi kabul etmediğinden dolayı çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya dahil edilen hastaların (n=73) ortanca yaşı 48 (30-76) idi. Hastaların %80,1'i (n=59) 40 yaş ve üstünde idi. Hastaların %16,4'ünde (n=12) semptom mevcut olup %83,6'sında (n=61) rutin tarama sırasında radyolojik olarak lezyon tespit edildi. Hastaların %12,3'ünde (n=9) akıntı şikayeti olup

Tablo 1. Hastaların demografik verileri

Parametre	Değer
Ortanca yaş (yıl-aralık)	48 (30-76)
Yaş dağılımı (n, %)	
<40	14 (%19)
≥40	59 (%81)
Semptom (n, %)	
Asemptomatik	61 (%84)
Meme başı akıntısı	9 (%12)
Mastodini	3 (%4)
Taraf (n, %)	
Sağ	39 (%53)
Sol	33 (%45)
Bilateral	1 (%2)

bunların 5'inde kanlı vasıfta idi. Üç hastada sadece mastodini şikayeti mevcuttu. Bir hastanın özgeçmişinde karşı memede (sağ) kanser hikayesi nedeniyle ameliyat öyküsü vardı (Tablo 1).

Yetmiş üç hastanın tümüne US, 40 yaş altı 2 hastaya MRG, 40 yaş üstündeki 59 hastaya MMG ve ek olarak 6 olguya MRG yapıldı. Hastaların 33'üne sol, 39'una sağ memeden biyopsi yapıldı. Bir hastaya ise 1 yıl arayla önce sağ sonra sol memeden biyopsi yapıldı. Kırk hastaya sadece tru-cut biyopsi, 11 hastaya sadece İİAB uygulandı ve daha ileri bir incelemeye gerek duyulmadı. İnce iğne aspirasyon biyopsisi yapılan 11 hastanın; 1'inde intraduktal papillom, 10'unda diğer benign lezyonlar (fibroadenom, sklerozan adenozis, mastit, fibrokistik değişiklik vb.) saptandı. Tru-cut biyopsi yapılan 40 hastanın 10'unda intraduktal papil-

lom, 30'unda diğer benign lezyonlar saptandı. Beş hastaya ise direkt olarak eksizyonel biyopsi uygulandı.

Tru-cut biyopsi yapılan hastaların 13'üne eksizyon, 3'üne mastektomi gerekirken, İİAB sonrası bir hastaya eksizyon uygulandı (Tablo 2). Eksizyon yapılan 22 hastadan 3'ü malign (1 intrakistik papiller karsinom, 1 invaziv papiller karsinom, 1 invaziv duktal karsinom) 5'i pre-invaziv veya pre-neoplastik (3 düşük dereceli duktal karsinoma in-situ, 1 atipik duktal hiperplazi, 1 atipili kolumnar hücreli hiperplazi) olarak değerlendirildi. Buna göre, tru-cut biyopsi veya İİAB'de papiller neoplazi ön tanısıyla değerlendirilen 6 hastanın 2'sinde, benign lezyon olarak değerlendirilen hastaların 6'sında piyesin histopatolojik incelemesinde tanısıl sınıflamada yukarı doğru değişme (upgrade) (%10,9) olduğu gözlemlendi (Tablo 2).

Tablo 2. Eksizyon yapılan hastalarda biyopsi ve histopatoloji sonuçlarının karşılaştırılması

Olgu	Yaş	Şikayet	Taraf	Biyopsi türü	Biyopsi sonucu	Eksizyon sonrası histopatolojik sonuç
1*	50	Akıntı	Sağ	Tru-Cut	İDP†	İntrakistik papiller karsinom
2*	30	Yok	Sağ	Tru-Cut	İDP	Atipili kolumnar hücreli hiperplazi
3	63	Yok	Sağ	Tru-Cut	Papiller neoplazi	Multifokal invaziv papiller karsinom
4*	70	Yok	Sol	Tru-Cut	Papiller neoplazi	Low Grade DCIS‡
5*	76	Kanlı akıntı	Sol	Tru-Cut	Papiller neoplazi	Low Grade DCIS - Atipik İDP
6	57	Yok	Sol	Tru-Cut	Papiller neoplazi	İntraduktal papillomatosis, Apokrin metaplazi
7	55	Yok	Sol	Tru-Cut	Papiller neoplazi	İDP
8	69	Yok	Sağ	Tru-Cut	Papiller neoplazi	İDP
9*	67	Yok	Sağ	Tru-Cut	Duktal epitel hiperplazisi	Low Grade DCIS ve papillomatosis
10**	44	Yok	Sağ	İİAB§	İntraduktal neoplazi ve mastit	İnvaziv Duktal Karsinom
11*	46	Opereli sağ meme karsinomu	Sol	Tru-Cut	Non-diagnostik	Atipik İDP
12	54	Yok	Sol	Tru-Cut	İDP	İDP
13	42	Yok	Sol	Tru-Cut	İDP	İDP
14	33	Kanlı akıntı	Sağ	Tru-Cut	İDP	İDP
15*	40	Kanlı akıntı	Sol	Tru-Cut	Papiller epitelyal hiperplazi	İDP
16*	35	Yok	Sağ	İİAB	Benign	İDP
17	59	Kanlı akıntı	Sağ	Tru-Cut	İDP	İDP

*Histopatolojik değerlendirmede biyopsiye göre tanısıl upgrade olan hastalar

†İDP: İntraduktal Papillom,

‡DCIS: İn-situ Duktal Karsinom

**Bu hastaya ilk önce ince iğne aspirasyon biyopsisi, ardından Tru-Cut biyopsi yapılmıştır.

§İİAB: İnce iğne aspirasyon biyopsisi

TARTIŞMA VE SONUÇ

Eksizyonel biyopsi oranını büyük ölçüde azaltmasına rağmen, tru-cut biyopsi veya İİAB sonrası benign papiller lezyonların yönetiminde hangi hastalara eksizyon uygulanacağına dair standart bir tedavi yaklaşımı bulunmamaktadır. Tru-cut biyopsi veya İİAB ile tanı alan olguların önemli bir kısmının cerrahi eksizyon sonrası in-situ veya invaziv kansere upgrade olması nedeniyle eksizyonel biyopsi tavsiye edilmektedir (14). Geçmişte yapılan çalışmalar, tru-cut biyopsi sonrası tanı konulan atipi içermeyen benign papillomların eksizyonu sonrası malignite riskinde artış açısından farklı sonuçlar vermiştir (1).

Günümüzde genel kanı atipili papiller lezyonların karsinom riski ile ilişkili olduğu ve cerrahi eksizyon gerektirdiği yönündedir. Buna rağmen bazı yazarlar atipisiz papiller lezyonların radyoloji ve patolojik bulgular korele ise güvenle takip edilebileceğini öne sürdükleri gibi, kimi yazarlar da tüm lezyonların benign olup olmasına bakılmaksızın maligniteyi ekarte etmek için mutlaka çıkarılması gerektiğini savunmaktadır (1, 14). Bununla birlikte bazı yazarlar ise sadece atipi görülen lezyonların çıkarılmasını önermektedir (15, 16). Bu konudaki endişenin bir sebebi de biyopsi örneğinde atipi alanları veya karsinom odağının gözden kaçabilmesi olasılığıdır. Yayımlanan son çalışmalarda, hastaların beşte birinde upgrade saptandığı ve bu nedenle tedavi yaklaşımının da cerrahi lehine değiştiği gösterilmiştir (17).

Rizzo ve ark.'nın (18) atipisiz İDP içeren serisinde yaklaşık %25'lik bir upstage oranı bildirmesine rağmen Jaffer ve ark. (19) yaklaşık benzer hasta serisinde %16,4 oranında cerrahi eksizyon sonrası atipi veya malignite bulgusuna rastlamışlardır. Bizim çalışmamızda, literatüre benzer şekilde, %10,9 oranında tanısal upgrade saptandı (14, 17). Fakat upgrade görülen hastaların çoğunluğu tru-cut biyopsi ve İİAB sonrası benign lezyonlar olarak değerlendirilen hastalardı (10 hastanın 6'sı, %60). Postoperatif İDP tanısı alan olguların 3'ünde papiller neoplazi ön tanısı, 6'sında İDP veya benign lezyon ön tanısı rapor edildi.

Literatürdeki çeşitli çalışmalarda ileri yaş, postmenopozal durum, görüntüleme kompleks kistik ekopatren, periferik yerleşim, mikrokalsifikasyonlar, lezyonun büyük olması, patoloji-radyoloji uyumsuzluğu, yüksek Breast Imaging Reporting and Data Systems (BI-RADS) skoru ve meme başı akıntısı ile malignite arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir (1). Çalışmamızda tanısal upgrade gözlenen 5 hastanın 4'ü 45 yaş ve üzerinde idi.

İntraduktal papillomlarda en sık başvuru şikayeti seröz veya kanlı meme başı akıntısıdır (5). Fakat çoğu hasta asemptomatiktir ve rutin incelemelerde patolojik radyolojik bulgular sonrası tanı alır (14). Çalışmamızda toplam 9 hastanın 5'i kanlı akıntı şikayetiyle başvururken bu hastaların sadece bir tanesinde malignite saptandı.

Birçok çalışma MMG'nin benign ve atipik papiller lezyon ayırımında güvenilir olmadığını bildirmiştir (20-22). McGhan (14) ve ark.'ı %89 oranında hastada biyopsi öncesi patolojik mamografi bulgusu olarak dansite artışı veya kitle saptadıklarını rapor etmişlerdir. Çalışmamızda İDP tanısı alan olguların MMG'lerinde papilloma özgü malign veya benign ayırıcı bir bulgu saptanmadı.

Literatürdeki birçok benzer çalışmanın aksine son yıllarda yapılan geniş serili bir retrospektif çalışmada atipili lezyonların eksizyon sonrasında upgrade göstermediği sonucu rapor edilmiştir (17). Bizim bulgularımız atipi gösteren papiller lezyonların eksizyonunu desteklemektedir.

İntraduktal patolojilerin değerlendirmesinde US vazgeçilmez bir yöntemdir, lezyonun yaygınlığından şüphelenen olgularda MRG yardımcı olduğu için önerilmelidir. Bu çalışmada biyopsi yapılan ve intraduktal proliferatif lezyon ön tanısı alan olguların %10,9'unun total eksizyon sonrası tanısal upgrade olduğu dikkat çekmektedir. Papiller lezyon tanısı alan hastalarda radyolojik görüntüleme iyi değerlendirilmeli, patolojik radyolojik uyumsuzluk olması durumunda total eksizyon yapılmasının uygun olacağı kanaatindeyiz.

ÇALIŞMA KISITLILIKLARI

Çalışmamızın retrospektif dizaynı ve örneklem büyüklüğü başlıca kısıtlılıklardır. Cerrahi eksizyon atipi içeren, risk faktörü, radyoloji ve patoloji uyumsuzluğu ve kendi isteği bu yönde olan hastalara uygulanmıştır.

Bilgilendirilmiş Onam: Katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Çalışma Konsepti/Tasarım- M.F.Ç., R.Y., S.Ç.Y.; Veri Toplama- F.Ç.Y., R.Y.; Veri Analizi/Yorumlama- A.C.D., M.F.Ç.; Yazı Taslağı- M.F.Ç.; İçeriğin Eleştirel İncelemesi- A.C.D., R.Y., S.K.; Son Onay ve Sorumluluk- A.C.D., M.F.Ç., R.Y., F.Ç.Y., H.F.B., S.K., H.A.; Malzeme ve Teknik Destek- H.F.B.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Informed Consent: Written consent was obtained from the participants.

Peer Review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Conception/Design of Study- M.F.Ç., R.Y., S.Ç.Y.; Data Acquisition- F.Ç.Y., R.Y.; Data Analysis/Interpretation- A.C.D., M.F.Ç.; Drafting Manuscript- M.F.Ç.; Critical Revision of Manuscript- A.C.D., R.Y., S.K.; Final Approval and Accountability- A.C.D., M.F.Ç., R.Y., F.Ç.Y., H.F.B., S.K., H.A.; Technical or Material Support- H.F.B.

Conflict of Interest: Authors declared no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support.

KAYNAKLAR

1. Nayak A, Carkaci S, Gilcrease MZ, Liu P, Middleton LP, Bassett RL Jr, et al. Benign papillomas without atypia diagnosed on core needle biopsy: experience from a single institution and proposed criteria for excision. *Clin Breast Cancer* 2013;13(6):439-49. [CrossRef]
2. Jagmohan P, Pool FJ, Putti TC, Wong J. Papillary lesions of the breast: imaging findings and diagnostic challenges. *Diagn Interv Radiol* 2013;19(6):471-8. [CrossRef]
3. Weisman PS, Sutton BJ, Siziopikou KP, Hansen N, Khan SA, Neuschler EI, et al. Non-mass-associated intraductal papillomas: is excision necessary? *Hum Pathol* 2014;45(3):583-8. [CrossRef]
4. Özmen V, Cantürk Z, Çelik V, Güler V, Kapkaç M, Koyuncu A, Müslümanoğlu M, Utkan Z. *Meme Hastalıkları Kitabı, Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2012; pp:73-6.*
5. Brunicardi CF, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB, Pollock RE. *Schwartz's Principles of Surgery, McGraw-Hill Companies, New York, 10th edition, 2015; pp: 497-565.*
6. Eiada R, Chong J, Kulkarni S, Goldberg F, Muradali D. Papillary lesions of the breast: MRI, ultrasound, and mammographic appearances *AJR Am J Roentgenol* 2012;198(2):264-71. [CrossRef]
7. Bender Ö, Balcı FL, Kamalı S, Aykuter G, Sarı S, Deniz E ve ark. Patolojik meme başı akıntılarında duktoskopi. *Meme Sağlığı Dergisi* 2008;4(2):92-8.
8. Lee CH. Problem solving MR imaging of the breast. *Radiol Clin North Am* 2004;42(5):919-34. [CrossRef]
9. Davis PL, McCarty KS Jr. Sensitivity of enhanced MRI for detection of breast cancer: new, multicentric, residual and recurrent. *Eur Radiol* 1997;7:289-98. [CrossRef]
10. Morris EA, Liberman L, Ballon DJ, Robson M, Abramson AF, Heerdt A, et al. MRI of occult breast carcinoma in a high risk population. *AJR Am J Roentgenol* 2003;181:619-26. [CrossRef]
11. Son EJ, Kim EK, Kim JA, Kwak JY, Jeong J. Diagnostic Value of 3D Fast Low-Angle Shot Dynamic MRI of Breast Papillomas *Yonsei Med J* 2009;50(6):838-44.
12. Swapp RE, Glazebrook KN, Jones KN, Brandts HM, Reynolds C, Visscher DW, et al. Management of benign intraductal solitary papilloma diagnosed on core needle biopsy. *Ann Surg Oncol* 2013;20(6):1900-5. [CrossRef]
13. Shouhed D, Amersi FF, Spurrier R, Dang C, Astvatsaturyan K, Bose S, et al. Intraductal papillary lesions of the breast: clinical and pathological correlation. *Am Surg* 2012;78(10):1161-5.
14. McGhan LJ, Pockaj BA, Wasif N, Giurescu ME, McCullough AE, Gray RJ. Papillary lesions on core breast biopsy: excisional biopsy for all patients? *Am Surg* 2013;79(12):1238-42.
15. Ahmadiyah N, Stoleru MA, Raza S, Lester SC, Golshan M. Management of intraductal papillomas of the breast: an analysis of 129 cases and their outcome. *Ann Surg Oncol* 2009;16:2264-9. [CrossRef]
16. Renshaw AA, Derhagopian RP, Tizol-Blanco DM, Gould EW. Papillomas and atypical papillomas in breast core needle biopsy specimens: Risk of carcinoma in subsequent excision. *Am J Clin Pathol* 2004;122:217-21. [CrossRef]
17. Richter-Ehrenstein C, Tombokan F, Fallenberg EM, Schneider A, Denkert C. Intraductal papillomas of the breast: diagnosis and management of 151 patients. *Breast* 2011;20(6):501-4. [CrossRef]
18. Rizzo M, Lund MJ, Oprea G, Schniederjan M, Wood W, Mosunjac M. Surgical follow-up and clinical presentation of 142 breast papillary lesions diagnosed by ultrasound-guided core-needle biopsy. *Ann Surg Oncol* 2008;15(4):1040-7. [CrossRef]
19. Jaffer S, Nagi C, Bleiweiss I. Excision is indicated for intraductal papilloma of the breast diagnosed on core needle biopsy. *Cancer* 2009;115(13):2837-43. [CrossRef]
20. Soo MS, Williford ME, Walsh R, Bentley RC, Kornguth PJ. Papillary carcinoma of the breast: imaging findings. *Am J Roentgenol* 1995;164(2):321-6. [CrossRef]
21. Woods ER, Helvie MA, Ikeda DM, Mandell SH, Chapel KL, Adler DD. Solitary breast papilloma: comparison of mammographic, galactographic, and pathologic findings. *Am J Roentgenol* 1992;159(3):487-91. [CrossRef]
22. Agoff SN, Lawton TJ. Papillary lesions of the breast with and without atypical ductal hyperplasia. Can we accurately predict benign behavior from core needle biopsy? *Am J Clin Pathol* 2004;122(3):440-3. [CrossRef]