

TRD MEME GİRİŞİMSEL İŞLEMLER İÇİN STANDARDİZASYON

İncelemenin tanımı

Memede tanısıl ve/veya tedavi amaçlı yapılacak girişimsel işlemler

Meme girişimsel işlemleri tanısıl ya da tedavi amaçlı uygulanabilir.

Tanısıl işlemler; iğne-tel işaretleme, ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB), kalın iğne kor biyopsi ve vakum biyopsi yöntemleri.

Tanısıl/tedavi yöntemleri; kist aspirasyonu ve abse drenajı, neoadjuvan kemoterapi uygulaması öncesi lezyona marker yerleştirilmesi.

Hangi durumlarda kullanılmalı, uygulanmalı, yapılmalı? Birincil ve ikincil kullanımları neler olmalıdır?

Girişimsel işlemler ele gelen ve gelmeyen görüntülenmiş tüm lezyonlarda uygulanabilir.

Girişimsel işlemlerde rehber yöntemler:

Ultrasonografi(US), mamografi ya da MRG girişimsel işlemlere rehberlik etmede kullanılabilir. Rehber yöntemin seçimi, lezyonun görünürlüğü, ulaşılabilirliği, yöntemin etkinliği, hasta pozisyonlamasındaki kolaylık ve uygulayıcının tecrübesine bağlı seçilmelidir.

Lezyon hangi yöntemle daha iyi görülürse o yöntem tercih edilir. Ultrasonografide görülen lezyonlar için US rehberliği kolay yaklaşım, iyonizan radyasyon olmaması, işlemi gerçek zamanlı takip etme, hızlı ve kolay uygulanabilir olması ile avantaj sağlar.

Stereotaktik yöntem mamografide görülen lezyonlarda, özellikle kalsifikasyon örneklemesinde çok etkindir. Pron masa dedike ünitelerde ya da mamografiye eklenen üniteler eşliğinde uygulanabilir.

Girişimsel işlemlerin başarılı olması için, yüksek görüntü kalitesi, uygun hasta pozisyonlaması ve uygulayıcı deneyimi önemlidir.

US rehberliğinde girişimsel işlemler için endikasyonlar:

Semptomatik kistler

Komplike kist- solid ayırımı yapılamayan lezyonlar

Abse kuşkusunda tanısıl aspirasyon ya da tedavi amaçlı drenaj

Kompleks kistik-solid kitleler (BİRADS 4 ve BİRADS 5)

US ile görülebilen kuşkulu kalsifikasyon alanları

Bazı BİRADS 3 olgular (yüksek risk, takibi güç olgu gibi)

Lezyon işaretleme (NAKT öncesi marker yerleştirme/ cerrahi öncesi lezyon işaretlemesi)

Kuşkulu aksiller lenf bezi (İİAB ya da kalın iğne biyopsisi ile)

Stereotaktik girişimsel işlemler için endikasyonlar:

Mamografide görülen BİRADS 4 ve BİRADS 5 lezyonlar

Bazı BİRADS 3 olgular (yüksek risk, takibi güç olgu gibi)

Lezyon işaretleme (standart mamografiye alternatif yapılabilir)

İğne biyopsi avantajları:

Meme görüntüleme yöntemleri ile saptanan kuşkulu lezyonların patolojik tanısının elde edilmesinde perkütan iğne biyopsileri açık cerrahi biyopsiye alternatif günümüzde standart yaklaşımdır.

İğne biyopsileri genel anestezi gerektirmeden, daha az skar gelişimi ile beraber daha az invaziv, ucuz ve hızlı olarak kesin histolojik tanı elde edilmesini sağlar. Malign lezyonlarda insitu ve invaziv lezyon ayırımı yapılabilir. Prognozu etkileyen parametreler önceden belirlenerek buna göre tedavi planlaması yapılır ve cerrahi tedavinin tek adımda yapılması sağlanır. Benign lezyonlar için açık cerrahi biyopsiden kaçınılmış olur. Yetersiz materyal oranı düşüktür(%2-4).

Hangi durumlarda kullanılmamalı, uygulanmamalı, yapılmamalıdır?

Hedef lezyonun görülememesi

İşlem öncesi sorgulamada allerji (lokal anestezi, cilt dezenfektanı için) ve kanama diyatezi öyküsü

Hasta kooperasyon sorunu

Fazla kilo (pron masa ünitede)

Kim yapmalıdır? Kim raporlandırmalıdır? Varsa bu inceleme için özel nitelikler ve sorumluluklar nelerdir?

Radyologlar tarafından yapılmalı ve raporlanmalıdır. İncelemenin başarısı meme görünütlemesi konusunda deneyimli kişiler tarafından yapıldığında artar.

Meme girişimsel işlemlerinden önce: Memede saptanan bir lezyonda biyopsi kararı vermeden önce, yapılan görüntülemenin yeterliliği değerlendirilmeli ve gerek duyulursa ek incelemeler tamamlanmalıdır. Mamografi/ US ve/veya MRG ile ortaya konan lezyonun malignite olasılığı değerlendirilmeli ve kuşkulu lezyonlarda biyopsi gerekliliği raporda

belirtilmelidir. Lezyonun hangi görüntüleme yöntemiyle daha iyi görüldüğü ve uygulama açısından hangi yaklaşımın uygun olacağı da not edilmelidir. İşlem öncesi randevu planlanırken allerji öyküsü (lokal anestezi, cilt antiseptiği), kanamayı kolaylaştıracak ilaç kullanımı (aspirin, antikoagülanlar) sorgulanmalıdır. Antikoagülan kullanımının işlem öncesi yaklaşık 5 gün kesilmesi önerilir. Ancak acil durumlarda bu şart aranmadan işlem yapılabilir.

İşlemden hemen önce hastalar bilgilendirilmeli ve komplikasyonları da içeren bilgilendirilmiş onam formu alınmalıdır.

İnceleme nasıl yapılmalıdır?

Biyopside örnekleme tekniğinin seçimi:

İğne biyopsilerde iğne boyutu arttıkça tanı doğruluğu artar. Kor biyopside 14G uzun atışlı (2 cm) iğneler kullanılarak tam otomatik tabanca sistemi ile en yeterli spesmen elde edilebilmektedir. Vakum biyopside ise 8-11G boyutlu iğneler kullanılır. Vakum biyopside elde edilen spesmen miktarı daha fazla olduğu için eksik tanı olasılığı daha düşüktür.

Mikrokalsifikasyon ve yapısal distorsiyonda vakum biyopsi kor biyopsiye göre daha yüksek sensitivite ve spesifitede tanı sağlar. Diğer tip lezyonlarda 14G kor biyopsi yeterli olur. Kuşku aksiller lenf bezi örneklemesinde genellikle ince iğne aspirasyon biyopsisi tercih edilir, ancak vasküler yapılardan uzak ve ulaşılabilir olanlarda kalın iğne biyopsisi de uygulanabilir. Meme lezyonlarında bazı durumlarda (yüzeysel lezyon, protez varlığı gibi) ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılabilir.

İşlem sırasında görüntüler kaydedilmeli ve arşivde saklanmalıdır. Biyopsi sonrası görüntüleme bulgusu ve patolojik sonuçlar karşılaştırılarak uyumu sorgulanmalıdır.

İğne biyopside kalite standartları:

- 1- Palpabl ve nonpalpabl kanserlerin çoğunda doku tanısı için iğne biyopsisi tercih edilmelidir.
- 2- İğne biyopsileri ile yetersiz tanı oranı %2-5 i geçmemelidir.
- 3- Yanlış tanı (iğne biyopside kanserin atlanması) oranı %2-5 in altında olmalıdır.
- 4- Meme kanseri için eksik tanı (iğne biyopside yüksek risk lezyonun cerrahide malign olması) oranı %10-25 in altında olmalıdır.
- 5- İnvaziv kanserde eksik tanı (iğne biyopside noninvaziv kanserin cerrahide invaziv olması) oranı %5-15 in altında olmalıdır.

Nasıl raporlandırılır?

Mamografi/ US ve/veya MRG ile ortaya konan lezyonun malignite olasılığı değerlendirilmeli ve kuşku lezyonlarda biyopsi gerekliliği raporda belirtilmelidir. Lezyonun hangi

görüntüleme yöntemiyle daha iyi görüldüğü ve uygulama açısından hangi yaklaşımın uygun olacağı da not edilmelidir.

Nasıl dökümante edilir?

Saptanan bir lezyonun en az iki planda görüntüleri alınarak, boyut ve lokalizasyon bilgisi ile birlikte film ya da kağıt üzerine basılır. Görüntülerin dijital olarak da kaydedilmesi mümkündür.

US sonuçları, varsa arşivde mamografi filmleri ile birlikte aynı dosyada tutulur.

Hangi cihazda yapılmalı? Cihaza ait beklenen standartlar nelerdir?

Yüksek kaliteli görüntüler için dikkate alınması gereken önemli parametreler; spatial, kontrast ve temporal rezolusyondur. Girişimsel işlemde kullanılacak cihazlar; mamografi, US ya da MRG için önerilen cihaz kalite standartları geçerlidir.

İncelemenin yapıldığı cihaz için bu incelemeye özgü kalite kontrol gereklilikleri nelerdir?

Kullanılan cihaza göre kalite kontrolleri yapılmalıdır. Stereotaktik sistemlerde biyopsi işlemine başlamadan önce cihaz kalibrasyonu gerekir.

Hasta, çalışan ve çevre açısından alınması ve dikkat edilmesi gereken güvenlik gereklilikleri nelerdir?

Radyasyon güvenliği kuralları ve çalışan güvenliği gereklilikleri geçerlidir.

İlgili referanslar

- 1- Wallis M, Tarvidon A, Helbich T, Schreer I. Eur Radiol (2007) 17: 581–588. Guidelines from the European Society of Breast Imaging for diagnostic interventional breast procedures
- 2- 2016 ACR Practice parameter for the performance of stereotactic guided breast interventional procedures
- 3- 2016 ACR Practice parameter for the performance of ultrasound guided percutaneous breast interventional procedures
- 4- Wilson ARM, Marotti L, Bianchi S, et al. The requirements of a specialist Breast Centre. European Journal of Cancer (2013) 49, 3579–3587