

Operativna biopsija u benignih bolestima dojke

Josip Fajdić i Ivo Mlinarić

Medicinski centar Slavonska Požega i Medicinski centar Bjelovar

Stručni rad

UDK 618.19-006

Prispjelo: 11. travnja 1990.

Benigne bolesti dojke su u stalnom porastu, i to se u prvom redu odnosi na mastopatije. Osnovni problem se sastoji u tome da se izvede točna diferencijacija benigne bolesti od prekanceroze i neinvazivnog raka. U tom postupku značajnu ulogu ima rendgenska i citološka dijagnoza, a odlučujući nalaz daje operativna biopsija.

Ona se u principu izvodi ektemporerano, tj. intraoperativno, pri čemu se nastoji ukloniti bolesno tkivo do u zdravo, tako da ona u slučaju benignosti predstav-

lja i definitivni operativni zahvat. Pristup za ovakav zahvat je polukružan rez iznad patološki promijenjenog tkiva, jer rijetko dovodi do nekroze kože, a kasnija brazgotina je nježna i estetski prihvatljiva.

Jedino u ginekomastija manjeg volumena može se preporučiti transverzalni, transareolomamillarni rez, koga prate rubne nekroze kože. Držeći se ovih principa, u Medicinskom centru u Slavonskoj Požegi i MC u Bjelovaru, u posljednjih pet godina operativna biopsija učinjena je kod 342 žene i 39 muškaraca.

Ključne riječi: biopsija, dojka, fibrocistična mastopatija

Operativna biopsija se danas definira kao eksplozivni kirurški zahvat u svrhu odstranjenja patološki promijenjenog tkiva i njegove patohistološke verifikacije.⁶

Suvremeni razvoj citologije je izmijenio nekadašnje shvaćanje da svaki tumor treba smatrati malignim dok se histološki ne dokaže njegova dobroćudnost.

Prema tome, danas se u dijagnostičkom postupku nejasnih patoloških promjena dojke, citološka obrada stavlja ispred operativne biopsije, pa se ova posljednja izvodi tek onda kada druge neagresivne dijagnostičke metode i citodijagnostika ne mogu dati siguran nalaz o čemu se radi.

To na prvi pogled daje utisak da se sada operativna biopsija izvodi sve rjeđe. Međutim, dešava se obratno. To je posljedica sve jače izražene tendencije da se među bolestima dojke otkriju i liječe patološke promjene koje su na granici benignosti, a takva se stanja drugim dijagnostičkim metodama mogu samo naslutiti, dok se jedino operativnom biopsijom mogu točno dijagnosticirati.

Osim toga, i većina benignih tumefakcija, koje se na osnovu fizikalnih, radioloških, laboratorijskih i citoloških pretraga verificiraju kao benigne, zahtijevaju kirurško odstranjenje i histološku verifikaciju, kako bi to bio i definitivni terapijski postupak.

NAŠI BOLESNICI, METODE RADA I REZULTATI

Držeći se navedenih principa, mi smo u medicinskim centrima Bjelovar i Slavonska Požega izveli ukupno 381 operativnu biopsiju radi benignih bolesti dojke (tablica 1). Najčešće indikaciono područje za operativnu biopsiju u slučaju benignih bolesti dojke sažeto je u tablici 2.

Prema spolu bilježimo, naravno, više od 90% bolesnica ženskog spola, dok je 39 bolesnika podvrgnuto operaciji zbog ginekomastičnih promjena, što je u svih i patohistološki potvrđeno. Vidljivo je da je naj-

TABLICA 1.

OPERATIVNE BIOPSIJE BENIGNIH BOLESTI DOJKE U MEDICINSKIM CENTRIMA BJELOVAR I SLAVONSKA POŽEGA OD 1985. DO 1989. GODINE

OPERATIVE BIOPSIES IN BENIGN MAMMARY DISEASES PERFORMED IN THE MEDICAL CENTRES OF BJELOVAR AND SLAVONSKA POŽEGA IN THE PERIOD 1985 - 1989

Broj biopsija The number of biopsies	Bjelovar 114	Slavonska Požega 267
Žene / Females		342
Muškarci / Males		39
Mastopatije Mastopathies		150
Fibroadenomi Fibroadenomas		75
Ciste Cysts		42
Ginekomastije Gynecomastias		39
Papilomi Papillomas		28
Lipomi Lipomas		15
Upale Inflammations		12
Iscjedak sa atipijom stanica Atypical cells in the secretion		8
Traumatski granulomi Traumatic granulomas		6
Mikrokalcifikati Microcalcificates		6
Ukupno Total		381

TABLICA 2.

**INDIKACIJE ZA OPERATIVNU BIOPSIJU U KLINIČKI
BENIGNIH BOLESTI DOJKE**

**INDICATIONS FOR AN OPERATIVE BIOPSY IN CLINICALLY
BENIGN MAMMARY DISEASES**

1. Mastopatija
Mastopathies
2. Radiografski nejasne lezije
Radiographically indefinite lesions
3. Patološka sekrecija iz mamile
Pathological mamillary secretion
4. Benigni tumori dojke
Benign breast tumours
5. Upalni procesi dojke
Inflammatory processes in breast
6. Kronični posttraumatski granulomi dojke
Chronic posttraumatic breast granulomas
7. Eksemi areolomamilarnog predjela
Eczema of the areolomamillary region
8. Aksilarna i supraklavikularna limfadenopatija
Axillary and supraclavicular Lymphadenopathy
9. Čvoraste promjene u operativnom području
Lump-like changes in the operative area
10. Ginekomastija
Gynecomastia
11. Kancerofobija
Cancerophobia

TABLICA 3.

**INDIKACIJE ZA OPERATIVNU BIOPSIJU U MASTOPATIČNO
PROMIJENJENOJ DOJCI**

**INDICATIONS FOR AN OPERATIVE BIOPSY IN A
MASTOPATHICALLY CHANGED BREAST**

1. Čvor u dojci sa citološki dokazanom atipijom stanica
Mammal lump with cytologically confirmed atypical cells
2. Mikrokalcifikacije u dojci
Microcalcification in breast
3. Tumor ili zvjezdasta brazgotina u dojci (rtg)
Tumour or a star-like scar in breast (rtg)
4. Stanični atipizam u sekretu mamile
Atypical cells in mamillary secretion
5. Galaktografski defekti punjenja kanala
Galactographical defects of the duct charge
6. Citološki dokazane atipične stanice u cisti dojke
Cytologically confirmed atypical cells in breast cyst
7. Neravne stijenke ciste (pneumocistografija)
Rough cystic walls (pneumocystography)
8. Recidivne ciste
Recurring cysts

TABLICA 4.

**SUBKUTANE MASTEKTOMIJE ZBOG GINEKOMASTIJE
SUBCUTANEOUS MASTECTOMY DUE TO GYNECOMASTIA**

1. Ginekomastija manjeg volumena
Small-volume gynecomastia
 - a) polukružni rez u donjoj cirkumferenciji dojke
semi-circular cut in the lower mammary circumference
 - b) polukružni rez uz rub areole (opasnost rubne nekroze)
semi-circular cut by the areolar edge (danger of marginal necrosis)
 - c) poprečni transareolomamilarni rez
transverzal transareolomamillary cut
2. Ginekomastija većeg volumena (»viseća dojka«)
High-volume gynecomastia (»hanging breast«)
 - a) polukružni submamarni rez
semi-circular submammary cut
 - b) redukcija kože sa ili bez transpozicije mamile
skin reduction with or without the transposition of mamilla

veći dio bioptičkog materijala patohistološki ocijenjen kao mastopatije.

Odmah na drugo mjesto dolaze bioptički zahvati poduzeti zbog benignih tumora i cističnih promjena, dok su biopsije poduzete zbog mikrokalcifikacija ili traumatskih granuloma bile u našem materijalu najslabije zastupljene.

U principu, za biopsiju dojke općenito se izvode polukružni rezovi iznad patološke lezije, ali tako da ne kolidiraju sa izvođenjem mastektomije u istom operativnom činu. Radijarni rez se primjenjuje u izuzetnim okolnostima, kada se izvodi komedektomija u svrhu dijagnostike i terapije. Loša strana radijarnog reza u poređenju sa polukružnim sastoji se u tome što ostavlja brazgotinu, koja ima sklonosti ka skvrčavanju, dakle deformaciji, a što iz estetskih razloga treba izbjegavati.

Operativnoj biopsiji u mastopatično promijenjenoj dojci smo pristupili prema principima navedenim u **tablici 3**. Modalitete kirurške taktike i tehnike kod ginekomastično promijenjene dojke u muškarcima iznosimo u **tablici 4**. Pošto je ovdje važan i postoperativni kozmetički efekt, prilikom izvođenja supkutane mastektomije treba voditi računa o detaljima datim u toj tablici.

RASPRAVA

Mastopatija je najčešća bolest dojke u žena i javlja se u 150–350 slučajeva na 100.000 žena.² U tom procesu reaktivne pregradnje žljezdanog tkiva dojke, koji se odigrava u premenopauzi pod utjecajem estrogena i prolaktina, nastaju sitne i krupne čvoraste promjene. Ti čvorovi predstavljaju proširenja laktifernih kanala i retencione ciste u kojima, kada dođe do epitelne proliferacije, riziko od nastanka raka se povećava za 2–4 puta.⁸ Radi toga je bitno da se ovakve promjene što ranije citološki i histološki verificiraju i kompletno kirurški odstrane. Ako nigdje drugdje ne vrijedi toliko izreka: »Opreznost je majka mudrosti«, onda je to sigurno kod mastopatije. Tu su tegobe polivalentne i nestalne, te kod svake sumnje zahtijevaju adekvatnu obradu, što najčešće završi operativnom biopsijom. Zato je bolje ne čekati da znakovi maligniteta postanu evidentni, jer se tada u većini slučajeva radi o invazivnom karcinomu sa sistemnom diseminacijom.⁵

Znatniji dijagnostički problem predstavljaju ne-palpabilne lezije koje se u voluminoznim dojčkama tek mamografski mogu prikazati kao sitna žarišta mikrolitijaze ili kao fibrozne brazgotine zvjezdolikog izgleda. Tu je punkciona biopsija opterećena visokim postotkom lažno negativnih nalaza. Što više, i sama operativna biopsija je znatno otežana ukoliko se preoperativno pod kontrolom rendgena metalnim iglama ne markira takvo žarište.⁴ Značenje iscjетка iz mamile u identifikaciji uzročnog patološkog procesa detaljno je obradio autor³ u svom magistarskom radu. On je iscjedak iz mamile našao u 5,9% pregledanih žena od čega je 6,56% iscjedaka bilo krvavih. Atipija stanica je pronađena u preko 50% žena s krvavim iscjetkom. Kod ovih je histološki bilo verificirano 10% karcinoma, oko 50% intraduktalnih papiloma, a u ostalih je patohistološki potvrđena epitelna displazija. Kod ovih bolesnica odlučujući putokaz za operativnu biopsiju bili su nalazi galaktografije i citološkog pregleda iscjетка.

Solidni benigni tumori dojke sa javljaju prvenstveno u mladih žena i, osim fibroadenoma i lipoma, relativno su rijetki. U svakom slučaju, kada se ovakav dobro ograničeni tumor palpira ili mamografski prikaže, to predstavlja indikaciju za enukleaciju čvora i njegovu histološku potvrdu. To pogotovo vrijedi za fibroadenoma intracanalicularae koji može alterirati u cystosarcoma phylodes. Akutne upale dojke predstavljaju indikaciju za operativnu biopsiju kada su atipične i pobuđuju sumnju na karcinomatozni limfangitis.

Kronične upale se obično odigravaju u blizini areole i praćene su jačom fibrozacijom i granulomima. Zbog teškoća u njihovoj diferencijaciji od malignog procesa, indicirana je operativna biopsija radi izbora adekvatnog liječenja.

Posttraumatske granulomatozne promjene sumnjive su na malignitet iako se pretežno odigravaju u masnom tkivu dojke, jer su nejasno ograničene prema žljezdanom tkivu. Tu je indicirana operativna biopsija, po mogućnosti totalno odstranjenje granuloma. Ekscematozne promjene areolomamilarnog kompleksa, ako perzistiraju, uvijek pobuđuju sumnju na M. Paget, pa je tada indicirana operativna biopsija kako bi se histološkim pregledom razjasnilo o čemu se radi.

Povećane limfne žlijezde u aksili ili supraklavikularno, ako se ne nađe drugi uzrok, predstavljaju indikaciju za punkcionu, odnosno operativnu biopsiju. To zato što se u takvim slučajevima može raditi o invazivnom raku dojke i bez sigurnog palpatornog i mamografskog nalaza. U ranom i kasnom postoperativnom toku mogu se pojaviti infiltrati u operativnoj brazgotini ili njenoj blizini, koji onda pobuđuju sumnju na zaostalo maligno tkivo ili lokalni recidiv prethodno tretiranog malignog procesa.

U takvim slučajevima indicirana je operativna biopsija pri čemu treba nastojati da se postojeći infiltrat odstrani u cijelosti.

Među benignim bolestima dojke u muškarca, dominantno mjesto zauzima ginekomastija. Ona se u 50–60% slučajeva pojavljuje u mladih muškaraca, a uzroci mogu biti endogeni i egzogeni. Među ove posljednje spadaju razni lijekovi, kao što su blokatori H₂ receptora, kardiotonici i citostatici sa estrogenom komponentom.

U svrhu operativne biopsije i definitivnog liječenja ovdje je indicirana supkutana mastektomija. Poprečni transareolomamilarni rez uveo je u kiruršku praksu 1966. godine Pitanguy,⁷ a popularizirao ga je Babayan 1989. godine.¹

Naše iskustvo također govori u prilog ovoga reza.

Kancerofobija kao indikacija za operativnu biopsiju postala je aktualna onda kada su žene saznale da mogu biti ugrožene karcinomom dojke po nasljednoj vertikalnoj liniji.

Psiholabilne žene sa ovakvim saznanjem dolaze sa decidiranim zahtjevom da se isključi mogućnost maligniteta na određenom mjestu u dojci kojega označuju kao bolno ili tu palpiraaju čvor.

Rijetko se one zadovoljavaju mamografskim i citološkim nalazom. Radi toga bolje se odlučiti na operativnu biopsiju kao definitivni dijagnostički postupak, jer smo se i sami uvjerali iako izuzetno, da se može raditi o karcinomu.

Postoperativna drenaža rane je svrsishodna u svim slučajevima gdje hemostaza nije apsolutno sigurna i gdje se radi o većem gubitku tkiva sa ostatnom šupljinom i mogućnosti limforeje. Drenažu treba napuštati čim prestane sekrecija na dren, pazeći kod toga da uzrok prestanka sekrecije ne bude začepljenje drena koagulomom.

Šav kože mora biti atraumatski, a rubovi rane dobro prokrvljeni i bez tenzije kako bi se izbjegla rubna nekroza, koja onda kompromitira operativni zahvat.

U zaključnom komentaru našeg rada i iskustava treba naglasiti da će broj operativnih biopsija i u budućnosti biti veći zbog slijedećih razloga:

- sve bolje organizacije zdravstvene službe
- bolje zdravstvene prosvijećenosti stanovništva
- porasta benignih bolesti dojke zbog smanjenja broja graviditeta, poroda i dojenja, što je baš u području ova dva medicinska centra osobito izraženo i poznato pod nazivom »bijela kuga«.

ZAKLJUČAK

Benigne bolesti dojke pokazuju statistički postepen porast, kako u žena, tako i u muškaraca. Stručno gledano, indikacije za operativnu biopsiju su u padu zbog suvremenog razvoja citodijagnostike, odnosno punkcije i aspiracione biopsije.

Međutim, suvremena tendencija za ranim otkrivanjem raka dojke, i s time u vezi poštednim operacijama na dojci, proširila je indikaciono područje za operativnu biopsiju na sve sumnjive lezije dojke, bez obzira na nalaze drugih dijagnostičkih postupaka. To pogotovo vrijedi za one bolesti u kojih se citodijagnostički dokaže atipija stanica.

LITERATURA

1. Babayan R. Die transareomamilläre Schnittführung bei Gynäkomastie. Zentrbl Chir 1989; 114:49–54.
2. Davis HH, Simons M, Davis JB. Cystic disease of the breast, Relationship to carcinoma. Cancer 1964; 17:957–78.
3. Fajdić J. Ocjena važnosti iscjetka kod okultnog raka dojke. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1989 (Magisterij).
4. Homer MJ, Rangel DJ, Miller HH. Pre-and transoperative localization of non palpable breast lesions. Amer J Surg 1980; 139:889–91.
5. Mlinarić I, Štritof K, Bašić M. Indikacija i operativna tehnika biopsije dojke. Libri Oncol 1981; (2–3):103–7.
6. Olbrisch RR. Präinvasive Tumoren und Präcancerosen der Mamma, Lokales Vorgehen-Biopsie, Tumorresektion, subcutane Mastectomie. Chirurg 1984; 55:146–51.
7. Pitanguy I. Transareolar incision for gynecomastia. Plast Reconstruc Surg 1966; 38:414–9.
8. Schauer K. Die Mastopathia cystica fibrosa als Krebsrisikokrkrankung. Zentrbl Chir 1989; 114:11–7.

Abstract

OPERATIVE BIOPSY IN BENIGN MAMMAL DISEASES

Josip Fajdić and Ivo Mlinarić

Medical Centre, Slavonska Požega and Medical Centre, Bjelovar

The frequency of benign mammal diseases, especially mastopathies has been constantly increasing. The main problem is to differentiate between a benign disease and a precancerous condition or a non-invasive cancer. Radiographic and cytological diagnostic procedures are very important, but the findings of an operative biopsy are of decisive value. Operative biopsy is usually performed extemporarily, i.e. during an operation which attempts to remove all the affected tissue, so that in case of benignity it is also the final surgical procedure.

The treated area is approached by a semi-circular cut above the pathologically changed tissue, because such a cut rarely causes skin necrosis and leaves a tender and estetically acceptable scar. Only in case of small-volume gynecomastieas could we recommend a transversal transareolomamillary cut, usually resulting in marginal skin necrosis.

In the Medical Centres of Bjelovar and Slavonska Požega, 342 women and 39 man underwent an operative biopsy according to these principles in the last five years.

Key words: biopsy, breast, fibrocystic mastopathy

Received: 11th April, 1990