



# Kanlı Meme Başı Akıntısına Radyolojik Yaklaşım

Ravza Yılmaz<sup>1</sup>, Fatma Çelik Yabul<sup>2</sup>, Sema Aksoy<sup>2</sup>, İrem Erdil<sup>2</sup>, Rüştü Türkyay<sup>2</sup>, Selin Kapan<sup>3</sup>, Ercan İnci<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul*

<sup>2</sup>*Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul*

<sup>3</sup>*Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul*

## ÖZET

*Kanlı meme başı akıntısına radyolojik yaklaşım*

**Amaç:** Kanlı meme başı akıntısı şikayeti ile başvuran olguların tetkik-tedavi sonuçları ile birlikte patolojik meme başı akıntılarında radyolojik yaklaşımın değerlendirilmesi amaçlandı.

**Yöntem:** 2014 yılı Ocak-Haziran ayları arasında kanlı meme başı akıntısı şikayeti olan 22 hasta değerlendirildi. 22 hasta ultrasonografi, 21 hasta mamografi ve 5 hasta manyetik rezonans görüntüleme ile değerlendirildi. Şikayeti gerileyen bir olgu hariç, 21 hasta histopatolojik olarak verifiye edildi.

**Bulgular:** Ortalama yaş 47 (aralık, 36-71) idi. 21 hastanın US rehberliğinde biyopsi ve eksizyonu sonucunda 6'sında (%29) malign, 15'inde (%71) benign patolojiler tespit edildi. Malign olarak %50 (n=3) papiller karsinom, %33 (n=2) duktal karsinoma in situ ve %17 (n=1) invaziv duktal karsinom saptandı. Benign olarak ise %33 (n=5) intraduktal papillom, %27 (n=4) duktal ektazi-fibrokistik değişiklik, %27 (n=4) enfeksiyon ve %13 (n=2) diğer (atipik duktal hiperplazi, fibradenom) saptandı. Biyopsi sonucunda papiller neoplazi olarak değerlendirilen 4 hastanın eksizyonu sonucunda 2'si intraduktal papillom ve 2'si papiller karsinom olarak sonuçlandı.

**Sonuç:** Mamografi ve ultrasonografi ilk olarak yapılacak tetkikler olmakla birlikte, patolojik bulgu saptanmaması durumunda akıntısı devam eden olgularda invaziv işlemlerden önce manyetik rezonans görüntüleme kullanılmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Kanlı meme başı akıntısı, papillom, ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme

## ABSTRACT

*Radiologic approach to bloody nipple discharge*

**Objective:** We aimed to evaluate the radiological approach in patients with pathologic nipple discharge in the light of the results of our patients with a complaint of bloody nipple discharge.

**Methods:** We evaluated 22 patients with bloody nipple discharge symptom between January 2014 and June 2014. Twenty-two patients underwent ultrasound, 21 patients underwent mammography and 5 patients underwent magnetic resonance imaging. Twenty-one patients were confirmed by histopathology except a case which complaints declined in study period.

**Results:** The mean age 47 years (age range, 36-71 years). As a result of the biopsy with US guidance or excision, 6 of 21 patients (29%) were cancer and 15 (71%) were benign lesions. Malignant lesions were 50% (n=3) papillary carcinoma, 33% (n=2) ductal carcinoma in situ and 17% (n=1) invasive ductal carcinoma. As benign lesions, 33% (n=5) intraductal papilloma, 27% (n=4) ductal ectasia-fibrocystic changes, 27% (n=4) infection and 13% (n=2) others (atypical ductal hyperplasia, fibroadenoma) were detected. Excision results of 2 patients were intraductal papilloma and 2 patients were papillary carcinoma in four that biopsy results assessed as papillary neoplasm.

**Conclusion:** The first choice imaging modalities were mammography and ultrasound in bloody nipple discharge, if not detected pathologic findings with them, magnetic resonance imaging should be done before invasive processes in patients with continuing discharge.

**Key words:** Bloody nipple discharge, papilloma, ultrasonography, magnetic resonance imaging

**Bakırköy Tıp Dergisi 2017;13:164-169**

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Ravza Yılmaz,  
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı,  
İstanbul

Elektronik posta adresi / E-mail address: ravzaylmz@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 7 Eylül 2016 / September 7, 2016

Kabul tarihi / Date of acceptance: 9 Aralık 2016 / December 9, 2016

## GİRİŞ

Meme başı akıntısı şikayeti ile meme polikliniklerine başvuru sebebi %5-10 arasında değişiklik göstermektedir (1,2). Bu semptom bilateral olursa, birçok duktustan orijin alırsa, beyaz-yeşilimsi renge sahipse ve spontan değilse benign olarak düşünülmektedir. Patolojik meme başı akıntısı (PMA) ise; gebelik ve laktasyon haricinde, spontan, unilateral ve genellikle tek duktus ağzından, seröz, seröanjinöz, kanlı ve pürülan akıntılar olarak kabul edilmektedir (3,4). PMA'nın etiyolojisinde en sık papillomlar, duktal ektazi-hiperplazi, fibrokistik değişiklikler ve inflamatuvar süreç yer almaktadır (5). Spontan veya patolojik meme başı akıntılarında kanser sıklığı %5-28 oranında bildirilmekle birlikte sadece kanlı meme başı akıntıları değerlendirildiğinde ise bu oran %20-28 arasında değişmektedir (6,7). Klinik ve radyolojik anormallikler bulunan kanlı meme başı akıntısı olgularında ise kanser oranı anlamlı olarak artmaktadır.

Patolojik meme başı akıntısı olan hastanın değerlendirilmesinde, anamnez ve fizik muayeneyi takiben duktal orientasyonlu ultrasonografi (US), mamografi (MG), galaktografi, magnetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi görüntüleme yöntemleri ve duktoskopi kullanılmaktadır. Galaktografi diğer tanı yöntemlerinin kullanımının yaygınlaşması ile sınırlı sayıda merkezde yapılmaya devam etmektedir, rutinde kullanılmamaktadır. The European Society of Breast Cancer Specialists

**Tablo 2:** Opere olan hastaların histopatolojik sonuçları

Hasta no	Yaş	Patolojik tanı
2	47	Papiller karsinom
3	37	iDK
6	40	iDP
7	36	DKİS
8	44	Papiller karsinom
11	62	DKİS
14	50	iDP
16	45	Atipik duktal hiperplazi
17	53	Papiller karsinom
21	53	iDP

iDP: İntraduktal papillom, DKİS: Duktal karsinoma in situ, iDK: İnvaziv duktal karsinom

(EUSOMA) mamografi ve ultrasonografi gibi standart tanı yöntemleri ile patoloji saptanmayan ancak şikayeti devam eden olgularda MRG incelemesi yapılmasını tavsiye etmektedir (8). Meme başı akıntılarının sadece sitolojik incelemesi değil bugün karbonhidrat antijeni ve biyolojik belirteçlerin incelenmesi de tanı koymada yardımcı olmaktadır (9).

Bu çalışmada, kanlı meme başı akıntısı şikayeti ile başvuran olgularımızın tetkik-tedavi sonuçları sunulmuş ve olgular eşliğinde patolojik meme başı akıntılarında radyolojik yaklaşım değerlendirilmiştir.

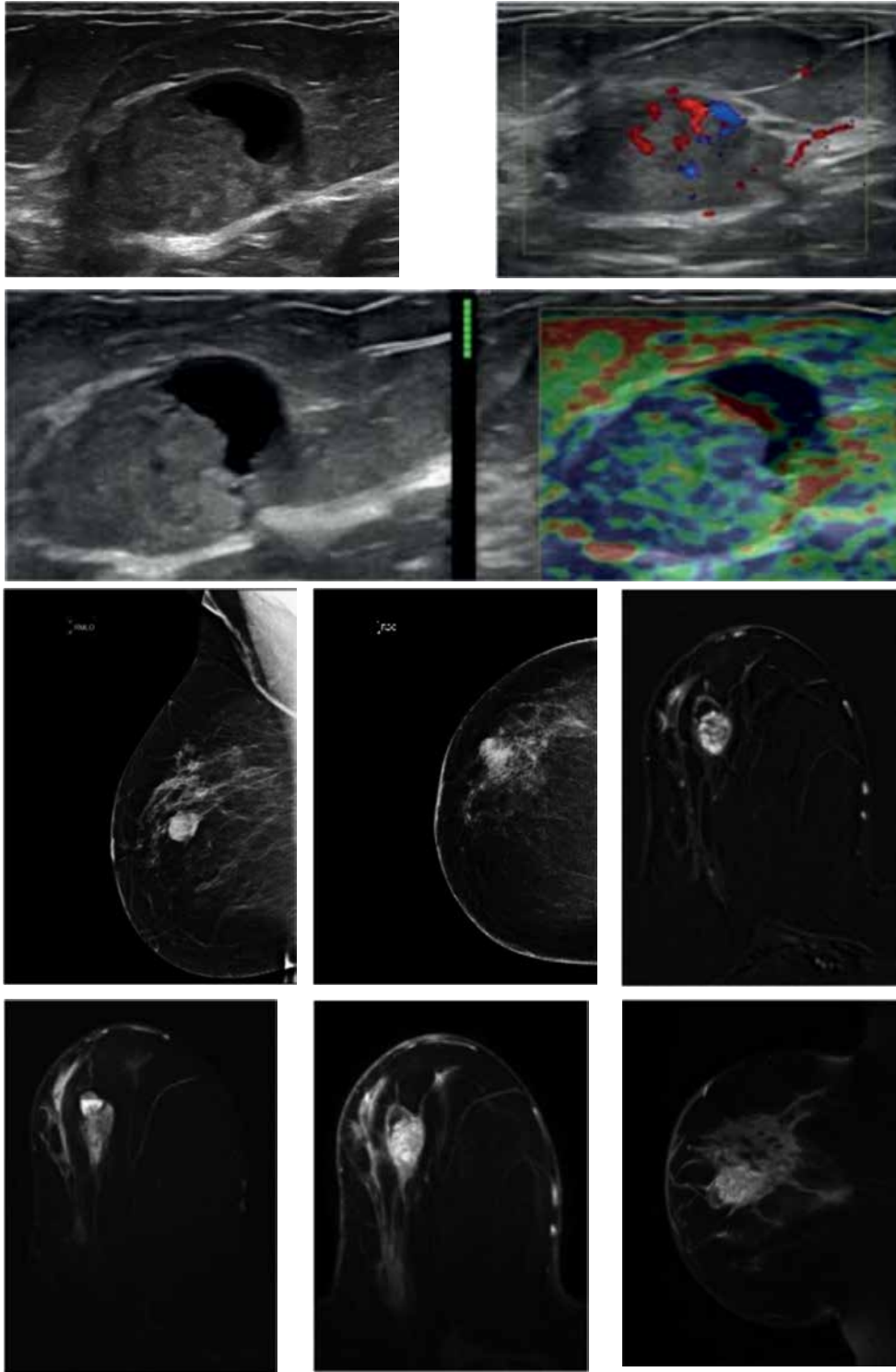
## YÖNTEM

2014 yılı Ocak-Haziran ayları arasında kanlı meme başı akıntısı şikayeti ile meme polikliniğine başvurusu

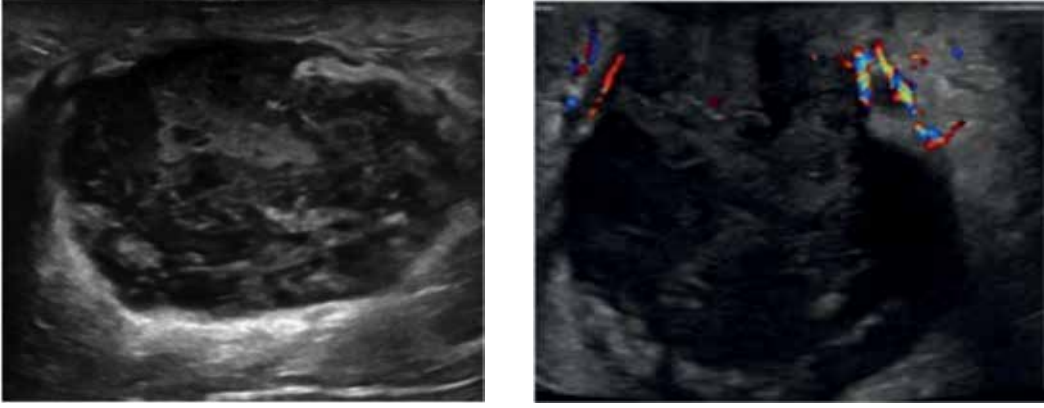
**Tablo 1:** Görüntüleme yöntemleri ve US rehberliğinde biyopsi sonuçları

Hasta no	Yaş	Biyopsi yöntemi	Patolojik tanı	Görüntüleme yöntemleri
1	38	tru-cut	Kr mastit	US-MG
2	47	tru-cut-eksizyon	Papiller neoplazi-atipi	US-MG-MRG
3	37	tru-cut	İnvasiv karsinom	US-MG-MRG
4	43	İİAB	Yoğun içerik	US-MG
5	42	tru-cut	Fibroadenom	US-MG
6	40	tru-cut-eksizyon	Papiller neoplazi	US-MG
7	36	tru-cut	DKİS	US-MG
8	44	İİAB-eksizyon	Papiller neoplazi	US-MG
9	52	İİAB	Yoğun içerik-duktus epitel	US-MG
10	71	tru-cut	Duktal ektazi-epitel	US-MG
11	62	tru-cut	DKİS	US-MG-MRG
12	37	tru-cut	Abse	US-MG
13	51	tru-cut	Abse	US-MG
14	50	tru-cut	iDP	US-MG-MRG
15	59	tru-cut	iDP	US-MG
16	45	tru-cut-eksizyon	Atipik duktal hiperplazi	US-MG
17	53	tru-cut	Papiller karsinom	US-MG
18	48	tru-cut	iDP	US-MG
19	37	tru-cut	Grn mastit	US-MG-MRG
20	40	tru-cut	Duktal ektazi-hiperplazi*	US-MG
21	53	tru-cut-eksizyon	Papiller neoplazi	US-MG

iDP: İntraduktal papillom, DKİS: Duktal karsinoma in situ, \*Atipi olmayan hiperplazi.



**Şekil 1:** 50 y hasta; 1 senedir aralıklı sağ memeden kanlı akıntı şikayeti mevcut. Ultrasonografi'de ovoid şekilli, anteriorda keskin sınırlı ancak posterior sınırı düzensiz, solid komponentinde vaskülarizasyon gösteren intrakistik görümlü 12x7mm boyutunda kitle izlendi. Elastografide solid komponent sert olarak kodlandı. MRG'de üst dış kadranda bir yıl önceki dış merkez raporuna göre 3mm boyut artışı olan anteriorda keskin sınırlı, posterior düzensiz yüksek densiteli kitle lezyon izlendi. MR incelemede solid komponentin T2 ağırlıklı incelemede hiperintens, aksiyal postkontrast subtrakte ve sagittal postkontrast görüntülerde heterojen kontrast tuttuğu, dinamik analizde Tip-2 (plato) kontrast dinamiği gösteren mikst görümlü kitle izlendi. Tru-kut biyopsi papiller neoplazi, eksizyon patolojisi ise papiller karsinom ile uyumlu olarak değerlendirildi.



**Şekil 2:** 38 y hasta; sağ memeden kanlı akıntı, meme başında retraksiyon ve ele gelen kitle – ağrı şikayeti mevcut. Ultrasonografi’de nipple ile sınırları ayırt edilemeyen düzensiz şekilli, heterojen hipoekoik semi-solid görünümlü 15x13mm kitle izlendi. Subareolar fokal dermal kalınlaşma mevcuttu. Enflamasyon lehine ekojenite artışı ve ödem çevre parankimde sınırlı olarak değerlendirildi. Doppler-US incelemesinde periferik artmış vaskülarizasyon izlendi. MRG’de nipple retraksiyonu ve fokal kalınlaşma haricinde özellik yoktu. Trucut biyopsi ve aspirasyon sonucu abse ile olarak değerlendirildi.

sorasında radyoloji kliniğine yönlendirilen 22 hasta değerlendirildi. Tüm hastalar ultrasonografi ile değerlendirildi. Kırk yaş üstünde olan hastalara (n=16) ve 35 yaş üstü meme kanseri şüphesi olan hastalara (n=5) mamografi yapıldı. Ultrasonografide saptanan kitlelerin yaygınlığını değerlendirmek için (n=4) ve US-MG’de patoloji saptanmaması (n=1) nedeniyle magnetik rezonans görüntüleme yapıldı. 18 hasta kalın iğne biyopsisi (tru-cut) ve 3 hasta ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) ile histopatolojik olarak verifiye edildi. Onsekiz yaş altında bir olguya şikayelerinin gerilemesi ve US’da bulgu olmaması nedeniyle takip önerildi.

## BULGULAR

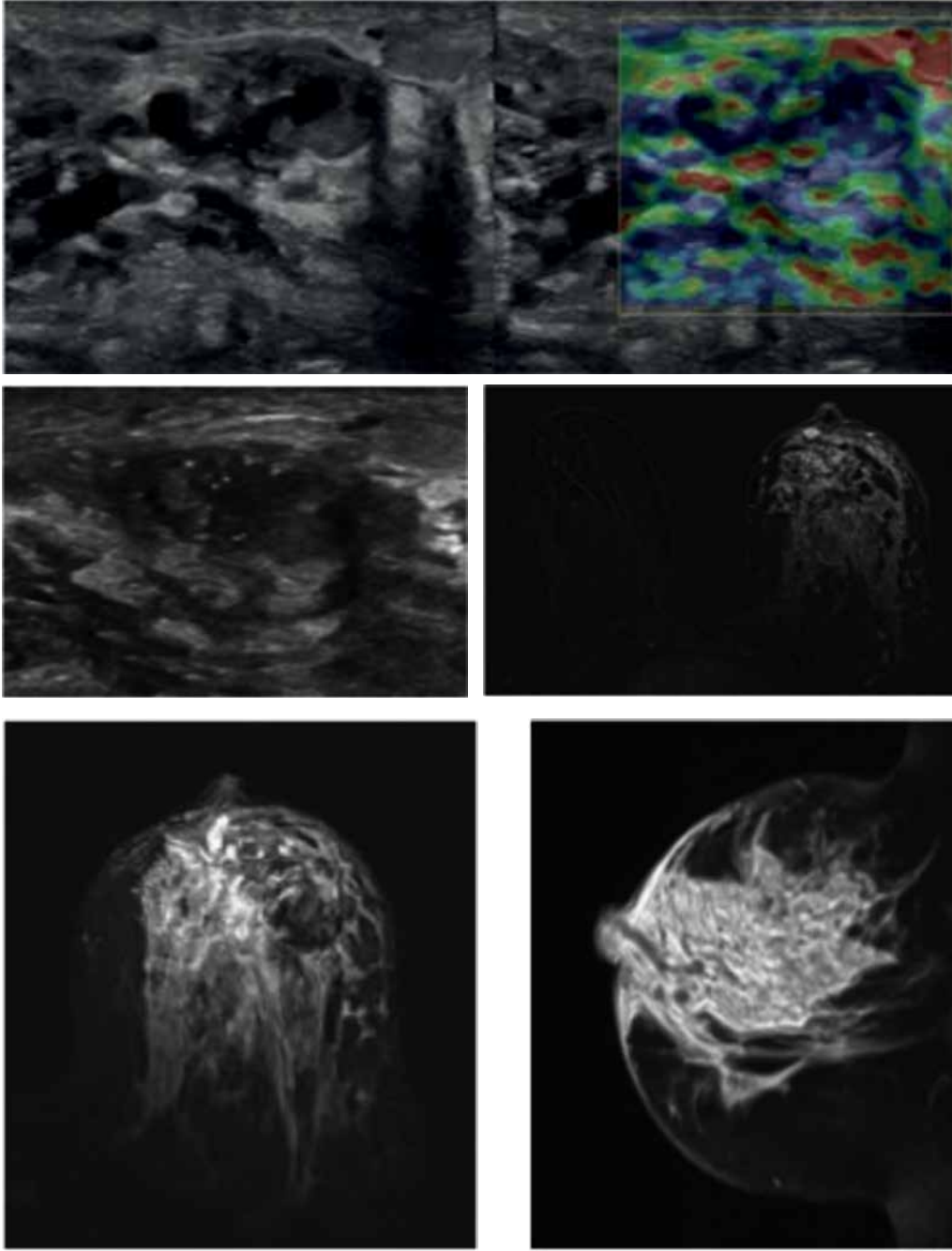
Çalışmaya dahil edilen 21 hastada ortalama yaş 47 (aralık, 36-71) olarak belirlenmiştir. Yaş aralıklarına göre hasta dağılımları; 30-49 yaşları arasında 13 (%62), 50-69 yaşları arasında 7 (%33), 70 yaş ve üzeri ise 1 (%5) idi. 21 hastanın US rehberliğinde yapılan histopatolojik değerlendirmeler sonuçları Tablo 1’de gösterilmektedir. Histopatolojik değerlendirmeler sonucunda opere edilen 10 hasta Tablo 2’de gösterilmektedir.

Çalışmaya dahil edilen 21 hastanın US rehberliğinde biyopsi ve eksizyon sonucunda 6’sında (%29) malignite saptanırken 15 (%71) hastanın biyopsi sonucu benign olarak raporlanmıştır. Malign lezyonlar %50 (n=3) papiller karsinom (Şekil 2), %33 (n=2) duktal karsinoma in situ (DKİS) ve %17 (n=1) invaziv duktal karsinom (İDK) (Şekil 3)

olarak saptandı. Benign lezyonlar ise %33 (n=5) intraduktal papillom, %27 (n=4) duktal ektazi-fibrokistik değişiklik, %27 (n=4) enfeksiyon (Şekil 1) ve %13 (n=2) diğer (atipik duktal hiperplazi, fibradenom) olarak saptandı. Görüntüleme eşliğinde biyopsi sonucunda 5 hastanın hastalığının ilerlemesi olasılığı ve 5 hastanın malign olması nedeniyle 10 hasta opere edildi. Papiller neoplazi olarak değerlendirilen 4 hastanın eksizyon sonucunda histopatolojik sonucu 2 hastada intraduktal papillom ve 2 hastada papiller karsinom olarak sonuçlandı.

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Meme başı akıntısı ağrı ve palpabl kitleden sonra meme ile ilgili en sık üçüncü şikayet nedenidir (11,12). Etiyolojide öncelikle hormonal veya fizyolojik değişiklikler yer almaktadır, Patolojik meme başı akıntıları daha nadir görülmekle birlikte, en sık nedeni intraduktal papillom, duktal ektazi veya fibrokistik değişiklikler gibi benign patolojilerdir. Mamografi, ultrasonografi gibi görüntüleme teknikleri rutinde sıklıkla uygulanmakla birlikte, MG ve US’de bulgu olmaması durumunda yaklaşım standart değildir. Kliniğin şartlarına ve cerrahın-radyoloğun tercihinine göre değişken olabilir. Meme başı akıntılarında ilk tercih edilecek yöntem ultrasonografi-dir. Ultrasonun özellikle meme başı akıntısı etiyojisine yönelik ve duktal orientasyonlu olarak yapılması duyarlılığını ve özgüllüğünü arttırmaktadır. Kırk yaş üstünde US değerlendirmesinden önce mutlaka ve 40 yaş altında



**Şekil 3:** 51 y hasta, 6 aydır sol memeden aralıklı kanlı-seröz akıntı ve ele gelen kitle şikayeti mevcut. MG'de sol memede sağa göre difüz asimetrik yoğunluk artışı ve her iki memede sferik formda seyrek dağılımlı mikrokalsifikasyonlar izlendi. Ultrasonografi'de sol memede santralde daha belirgin dilate duktuslar ve duktus lümenlerinden yer yer taşan bazıları sferik formda ekojen nodüler lezyonlar izlendi. Elastografide farklı sertlikte kodlanmalar mevcuttu. MRG'de sol memede kitlesel olmayan difüz heterojen kontrast tutulumu ve retroareolar birkaç adet milimetrik boyutlu nodüler kontrast tutulumları izlendi. Postkontrast sagittal görüntüde meme basına doğru uzanan dilate duktus izlendi. Tru-kut biyopsi yaygın invaziv karsinom ve enflamatuvar süreç ile uyumlu olarak değerlendirildi.

yüksek risk grubunda ve/veya US'de malignite lehine bulgusu olan hastalarda mamografi incelemesi de mutlaka eklenmelidir. PMA nedeni olan kitlelerin sıklıkla

küçük boyutlarda olması ve mikrokalsifikasyon içermemesi nedeniyle, hastaların yarısında mamografide patoloji izlenmemektedir (11,13). US-MG incelemesinde kitle

tespit edilen hastalarda tercihen kalın iğne biyopsisi ile histopatolojik değerlendirme yapılmalıdır. Kitlenin yaygınlığının US ile tam belirlenemediği durumlarda mutlaka MRG değerlendirmeye eklenmelidir. Ultrasonografide kist, duktal ektazi dışında bulgusu olmayan, şikayeti gerilemiş ve risk faktörü bulunmayan genç olgular takip edilebilir. US'de sadece duktal ektazisi olan ve şikayeti devam eden vakalarda mutlaka MRG ile değerlendirme yapmak gerekmektedir. MRG'de patoloji saptanması halinde ikinci bakı US sonrası görülebilen lezyonlarda biyopsi için US tercih edilmeli ancak lezyonun tespit edilememesi durumunda MR rehberliğinde histopatolojik verifikasyon yapılmalıdır. Vakum biyopsi tanısal ve terapötik açıdan üstün olduğu için eldeki imkanlar doğrultusunda kalın iğne biyopsisine göre tercih edilebilir bir yöntemdir.

Duktal orientasyonlu US incelemesi, MG ve MRG değerlendirmelerinin sonucunda radyolojik bulgu yoksa, MR-okült papillomlarında olabileceği ve low grade DKİS'nin MRG'da kontrastlanmayabileceği bilinerek; şikayeti devam eden olgularda duktoskopi ve/veya majör kanal eksizyonu/subareolar rezeksiyon yapılmalıdır. Literatürde duktoskopi ile MRG ve US'nin etkinliğini ve tanısal değerini karşılaştıran çalışmalar mevcuttur ancak

yeterli değildir, meme başı akıntısına yönelik özellikli değerlendirmenin yapıldığı merkezlerdeki MRG sonuçları ile duktoskopinin kıyaslandığı çalışmalar daha değerli olacaktır (14-16). Meme başı akıntılarının yönetimi multi-disipliner kollektif karar ile cerrah-radyolog işbirliği ile belirlenerek, doğru adımlarla etiyojoloji aydınlatılması üzerine olmalıdır.

Etiyolojide en sık neden intraduktal papillom olmakla birlikte; meme başı akıntısı meme kanserinin ilk semptomu olabilir. Bizim serimizde kanlı meme başı akıntısı şikayeti olan hastalarda kanser saptanma oranı (%29) literatüre nispeten daha yüksek olarak bulunmuştur (17). Çalışmamıza sadece kanlı meme başı akıntılarını değerlendirilse de aslında kanlı olmayan (seröz, seroanjinoz) akıntılarda literatürde anlamlı farklılık göstermeyecek meme kanserinin göstergesi olabilir (10).

Sonuç olarak; kanlı meme başı akıntısı şikayeti hasta bazında değerlendirilmesi gerektiği ve bu olgulara etiyojoloji aydınlatmak için farklı modalitelerden faydalanarak yaklaşımda bulunmak gerektiğini düşünüyoruz. MG ve US'de bulgu saptanmaması ve kitle olmaması durumunda kanlı meme başı akıntısı şikayeti devam eden olgularda problem çözücü olarak invaziv işlemlerden önce MRG kullanılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Paterok EM, Rosental H, Sabel M. Nipple discharge and abnormal galactogram. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993; 50: 227-234.
2. Leis HP, Grene FL, Cammarata A, Hilfer SE. Nipple discharge: surgical significance. *South Med J* 1998; 81: 22-25.
3. Cabioglu N, Hunt KK, Singletary SA, et al. Surgical decision making and factors determining a diagnosis of breast carcinoma in women presenting with nipple discharge. *J Am Coll Surg* 2003; 196: 354-364.
4. Hussain AN, Policarpio C, Vincent MT. Evaluating nipple discharge. *Obstet Gynecol Surv* 2006; 61: 278-283.
5. Kocdor MA, Sevinc AI, Canda T, Balci P, Saydam S, Cavdaroglu O, Harmancioglu O. Pathologic Nipple Discharge in Patients with Radiologically Invisible Mass: Review of 28 Consecutive Sub-areolar Explorations. *Breast J* 2009; 15: 230-235.
6. Vargas HI, Vargas MP, Eldrageely K, Gonzales KD, Khalkhall I. Outcomes of clinical and surgical assessment of women with pathological nipple discharge. *Am Surg* 2006; 72: 124-128.
7. Goksel HA, Yagmurdu MC, Demirhan B, et al. Management strategies for patients with nipple discharge. *Langenbecks Arch Surg* 2005; 390: 52-58.
8. Francesco Sardanelli, Carla Boetes, Bettina Borisch, et al. Magnetic resonance imaging of the breast: Recommendations from the EUSOMA working group. *Eur J Cancer* 2010; 46: 1296-1316.
9. Kurt C, Eyvaz K, Tuncer Y, Balin S, Göktaş S, Eser M, Kurt N. Meme başı akıntıları. *J Breast Health* 2011; 7: 216-220.
10. Sauter ER, Schlatter L, Lininger J, Hewett JE. The association of bloody nipple discharge with breast pathology. *Surgery* 2004; 136: 780-785.
11. Zervoudis S, Iatrakis G, Economides P, Polyzos D, Navrozoglou I. Nipple discharge screening. *Womens Health* 2010; 6: 135-151.
12. Leis HP Jr. Management of nipple discharge. *World J Surg* 1989; 13: 736-742.
13. Fischer U, Kuhl CK. Paradigmenwechsel in der Mammadiagnostik im Zeitalter der Mamma-MRT. *Radiologie* 2013; 13: 245-258.
14. Grunwald S, Heyer H, Paepke S, Schwesinger G, Schimming A, Hahn M, et al. Diagnostic Value of Ductoscopy in the Diagnosis of Nipple Discharge and Intraductal Proliferations in Comparison to Standard Methods. *Onkologie* 2007; 30: 243-248.
15. Albrecht C, Thele F, Grunwald S, Kohlmann T, Hegenscheid K, Utpatel K, et al. Nipple discharge: role of ductoscopy in comparison with standard diagnostic tests. *Onkologie* 2013; 36: 12-16.
16. Kamali S, Bender O, Kamali GH, Aydin MT, Karatepe O, Yuney E. Diagnostic and therapeutic value of ductoscopy in nipple discharge and intraductal proliferations compared with standard methods. *Breast cancer* 2014; 21: 154-161.
17. Hernan I, Varga, Lina Romero, Rowan T. Chlebowski. Management of bloody nipple discharge Current Treatment Options in Oncology 2002; 3: 157-161.