

Meme kitlelerinde eksizyonel biyopsiden sonra drenaj gerekli midir?

Koray TEKİN, Faruk Ö. AYTEKİN, Ergün ERDEM, Atilla ÖZER, Burhan KABAY

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, DENİZLİ

ÖZET

Eksizyonel meme biyopsisi sonrasında penrose dren kullanımının postoperatif hematoma, yara enfeksiyonu ve hastanede kalış süresine etkisini araştırmak amacıyla Aralık 1999 – Şubat 2001 tarihleri arasında eksizyonel meme biyopsisi yapılan 93 hasta, kontrollü randomize çalışmaya alındı. Hastaların 45'inde dren kullanılmazken (Grup I), 48'inde drenaj uygulandı (Grup II). Tüm hastalarda biyopsi kavitesi koleksiyon açısından ameliyat sonrası yedinci günde ultrasonografiyle değerlendirildi. Drene edilmeyen grupta 41 hastada (%91.1), drene edilen grupta 39 hastada (% 81) seroma tespit edildi. Ortalama seroma volümü drenaj uygulanmayan grupta 30.67 ml ± 24.87 (standart sapma) (0 – 140 ml), drene edilen grupta 25.00±16.47 ml (standart sapma) (0 – 80 ml) idi. Drene edilmeyen grupta 1 (% 2.2), diğer grupta 2 (% 4.1) yara enfeksiyonu vardı. Gruplar arasında yara enfeksiyonu ve rezidüel kavitede koleksiyon gelişimi açısından anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), drenaj uygulanan grupta hastanede kalış süresi anlamlı olarak uzundu ($p<0.01$). Çalışmanın sonucunda meme biyopsilerinde, penrose dren kullanımının, yara enfeksiyonu ve seroma gelişimini engellemediği kanaatine varıldı.

Anahtar Kelimeler: Meme biyopsisi, drenaj, kitle.

SUMMARY

Is drainage necessary after excisional biopsy for breast masses?

Between the period December 1999 and February 2001, 93 women who underwent excision biopsy of the breast were included into a controlled randomized trial to determine the effect on postoperative morbidity and hospital stay of drainage of the biopsy cavity. Among the 93 patients, drain was used in 45 (group I) and 48 (group II) had no drain. The wounds were examined seven days after operation with ultrasonography. Collections such as haematoma or seroma were present in 41 (%91.1) patients with undrained wounds compared with 39 (%81) patients with drained wounds. Median collection volume was 30.67 ml±24.87 (SD) (range 0-140) in the undrained group and 25.00±16.47 ml (SD) (range 0-80) in the drained group. There was one infection (% 2.2) in undrained group and two (% 4.1) in drained group. While there was no significant difference between two groups in terms of wound infection and seroma ($p>0.05$), the length of hospital stay was statistically longer in drainage group ($p<0.01$). We conclude that breast biopsy cavity drainage with penrose drain, does not prevent wound collections and infections.

Key Words: Breast biopsy, drainage, mass.

Meme kitlelerinin tanısında meme biyopsisi kesin tanı için halen en seçkin yöntemdir. Ancak meme biyopsilerinden sonra geride kalan kaviteye dren konulup konulmaması halen tartışmalıdır.

Bu prospektif çalışmanın amacı meme biyopsilerinde yara enfeksiyonu ve rezidü biyopsi kavitesinde koleksiyon gelişimini önleme açısından dren kullanımının gerekli olup olmadığını ortaya koymaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi

Kliniğinde Aralık 1999 – Şubat 2001 tarihleri arasında memede kitle nedeniyle biyopsi yapılan 93 hasta kontrollü randomize çalışma kapsamına alındı.

Hasta Populasyonu:

Hastaların tümü kadındı ve ortalama yaş 41 (18-68) idi.

Cerrahi Teknik:

Bütün ameliyatlarda aynı cerrahi ekip tarafından yapılmıştır.

Tüm hastalar gününbirlik cerrahi amacıyla biyopsi yapılacak günün sabahında hastaneye çağrıldı.

Hastalara ameliyat öncesi bir sedasyon uygulanmadı. Biyopsilerin tamamı gerekli hazırlığı takiben lokal anestezi altında uygulandı.

Memenin santralinde yerleşmiş kitleler için sirkumareolar insizyon, periferinde yerleşenler için kitlenin üzerinden cilt kıvrımlarına uygun semilunar insizyon uygulandı. Cilt ve cilt altı dokularda hemostaz sağlandıktan sonra keskin diseksiyonla kitleye ulaşıldı. Kitlenin tamamı çıkarıldıktan sonra geride kalan kavitede elektrokoterle hemostaz sağlandı. Rezidüel kavite suture edilmedi. Cilt altı ve cilt dokuları tek tek emilebilir sentetik materyalle (3/0 no polyglicolik asit) ile kapatıldı. Drenaj uygulanan grupta penrose dren, cilt insizyonundan çıkacak şekilde yerleştirildi. Tüm hastalarda cilt kesisi üzerine kaviteye baskı uygulayacak şekilde baskılı pansuman uygulandı. Ameliyat bitiminde tüm hastalara tek doz analjezik intramüsküler olarak uygulandı.

Hastalar, hastaneye yatış sırasına göre randomize edildi ve sırasıyla dren konulup konulmamasına göre iki gruba ayrıldı. Grup I'de dren konulmayan hastalar yer alırken grup II'yi dren konulan hastalar oluşturdu (Tablo 1).

Tablo 1. Grupların özellikleri.

	Grup I	Grup II
Cinsiyet	Kadın	Kadın
Yaş	42 (18-60)	40 (21-68)
İnsizyon	Sirkumareolar: 32 Kitle üzerinden: 13	Sirkumareolar: 30 Kitle üzerinden: 18
Dren	Yok	Var
Hasta sayısı	45	48

Ameliyat sonrası Bakım:

Hastalar, Ameliyat sonrası dönemde üçüncü saatte genel durum, ameliyat yerinde ağrı ve pansumanları bakımından kontrol edildiler. Genel durumu iyi olan, rahatsız edici ağrısı olmayan hastalar pansumanları kontrol edildikten sonra gerekli olduğu takdirde oral analjezik kullanmaları önerilerek aynı gün taburcu edildiler. Ancak yardan fazla drenajı olan hastalarda drenaj miktarı bir spancın altına düşünceye kadar hastanede yatırıldı. Aynı gün taburcu olan hastalar, bir günlük yatak ücreti ödediğinden hastane masrafları da dikkate alındığında bir gün yatmış olarak kabul edildi.

Hastaların İzlemi:

Dren konulmayan tüm hastalar, aynı gün taburcu edildiler ve ameliyat sonrası ikinci gün kontrole çağırıldılar. Yapılan pansumanda sorunu olmayan

hastalar ameliyat sonrası beşinci günde yara enfeksiyonu açısından kontrol edilmek ve yedinci günde dikişlerini aldirmek ve ultrasonografi ile kavite kontrolü yapılmak üzere hastaneye çağırıldılar.

Dren konulan hastalardan hastanede yatırılanlara ameliyatın ertesi gününde pansuman yapıldı. Drenaj miktarı bir spanc ve altına düşenler (yaklaşık 5-8 cc) taburcu edildi. Ameliyat günü taburcu edilenler birinci günde pansuman için çağırıldı. Tüm hastalar yaradan drenaj kesilinceye kadar günlük pansuman için kontrole çağırıldı. Drenaj olmadığı görüldüğünde dren çekildi. Bu gruptaki hastalar da beşinci günde yara enfeksiyonu açısından kontrol edilmek, yedinci günde dikişlerini aldirmek ve ultrasonografi ile kavite kontrolü yapılmak üzere hastaneye çağırıldılar.

Ameliyat sonrası beşinci günde yarada enfeksiyon veya ciltte ekimozla birlikte geniş hematoma saptanan hastalarda oral ikinci kuşak sefalosporinle antibiyotik tedavisi uygulandı.

İstatistiksel Analiz:

Hastanede kalış süresi Mann-Whitney U testi ile değerlendirildi ve $p < 0.01$ değeri anlamlı kabul edildi. Yara komplikasyonları Fisher'in ki-kare testi ile biyopsi kavitesinde ultrasonografi ile saptanan seroma hacimleri student t testi ile karşılaştırıldı ve her ikisi için de $p < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Memede kitle nedeniyle 93 hasta ameliyat edildi. Hastaların 62'sinde sirkumareolar insizyon yapılırken periferik yerleşimli kitlesi olan 31 hastaya kitle üzerinden girişim uygulandı. Her iki grupta anesteziye ilişkin komplikasyon veya mortalite görülmedi.

Grup I'de dren konulmayan 45, Grup II'de dren konulan 48 hasta yer aldı.

Dren konulmayan gruptaki tüm hastalar aynı gün taburcu edildiklerinden hastanede ortalama kalış süresi 1 gündü. Dren kullanılan hastalarda ortalama yatış süresi 1.38 gün (1-3 gün) olarak bulundu. Bu gruptaki 36 hasta aynı gün taburcu edilirken 8 hasta ameliyattan bir gün sonra 4 hasta ise iki gün sonra taburcu edildi. Hastanede kalış süresi dren konulan hastalarda (Grup II) anlamlı şekilde yüksekti ($p < 0.01$) (Tablo 2).

Ameliyat sonrası yedinci günde biyopsi kavitesine seroma ve benzeri koleksiyon açısından yapılan ultrasonografide drene edilmeyen grupta 41 (%91.1), drene edilen grupta 39 hastada (%81) rezidüel kavitede seroma tespit edildi. Seroma volümü drenaj uygulanmayan grupta ortalama \pm standart sapma

Tablo 2. Gruplardaki erken yara komplikasyonları ve hastanede kalış süresi

	Yara Enfeksiyonu	Seroma	Hastanede kalış (ortalama gün)*
Grup I	1 (%2.2)	41 (%91.1)	1.0
Grup II	2 (%4.1)	39 (%81.2)	1.38
Toplam	3 (%3.2)	80 (%86)	1.24

* Grup I'de hastanede kalış süresi Grup II'den anlamlı şekilde kısadır (p<0.01)

30.67 ml±24.87 (0-140 ml), drene edilen grupta 25.00±16.47 ml (0-80 ml) idi. Her iki grup arasında anlamlı fark yoktu (p>0.05).

Drene edilmeyen grupta 1 (%2.2), drene edilen grupta 2 (%4.1) yara enfeksiyonu vardı. Her iki grup arasında seroma ve enfeksiyon açısından anlamlı fark bulunmadı (p>0.05). Yine drene edilmeyen grupta 2 hastada ameliyat sonrası beşinci günde yaklaşık 5 cm. çapa ulaşan hematomla birlikte ciltte ekimoz saptandı. Her iki grupta hematom ve enfeksiyon saptanan toplam 5 hastaya beş gün süreyle oral antibiyotik verildi. Bu hastaların takibinde enfeksiyon görülmedi ve hematomları yaklaşık 3 hafta gibi bir sürede rezorbe oldu. Enfeksiyon olan grupta kültür-antibiogram sonucuna göre gerekli antibiyotik değişikliği yapıldı.

TARTIŞMA

Meme kitlelerinde ve özellikle kanserlerinde anamnez, fizik muayene ve görüntüleme yöntemleriyle tanıya gitmek çoğu kez mümkün olmakla birlikte kesin tanı için kitlenin çıkarılarak histopatolojik olarak incelemesi gereklidir (2).

Meme biyopsilerinin lokal anestezi ile kolaylıkla yapılabileceği öteden beri bilinmektedir (3). Ancak anestezi seçimi bazı faktörlere bağlıdır. Genel olarak malign olma potansiyeli taşıyan kitlelerde kısa aralarla genel anestezi uygulamasından kaçınmak için biyopsi aşamasında lokal anestezi tercih edilmelidir. Ancak bu durum özellikle ele gelmeyen veya derinde yerleşen lezyolarda her zaman olası değildir. Büyük memelerde veya derin yerleşimli kitlelerde lokal anesteziye sedasyon desteği ya da bazen genel anestezi uygulaması gerekli olmaktadır. Çalışmamızda bu şekilde olup lokal anestezi dışında anestezi uygulaması gerektiren hastalar serimize dahil edilmemiştir.

Biyopsilerde kozmetik açıdan en tatmin edici sonuç Langer hatlarına paralel olan sirkumareolar insizyonla alınmaktadır (4). Ancak büyük hacimli

memelerde ve özellikle periferde yerleşmiş kitlelerde bu kesi uygun olmamaktadır. Lokal anestezi uygulanan böyle hastalarda kitle üzerinde semilunar insizyonla lezyona ulaşmak daha kolay ve hasta açısından daha konforlu olmaktadır ki; serimizde bu yöntem tercih edilmiştir.

Eksizyonel biyopsilerde geride kalan kavitenin dikişlerle yaklaştırılması tartışmalı bir konudur. Paterson ve arkadaşları kavitenin dikilmesinin hematoma insidansını azalttığını bildirmişlerdir (5). Ancak biz takiplerde yapılacak mammografilerde yanlış olarak kitle izlenimi verebileceğinden kaviteye dikiş konulmamasının uygun olacağı kanaatindeyiz. Biyopsi materyali çıkarıldıktan sonra elektrokoter veya kanayan damarların ligasyonu yeterli olmaktadır. Baskılı pansuman uygulaması, kavitede oluşacak kolleksiyonu azaltmakta yararlı olabilir.

Biyopsi sonrasında dren kullanımı ise tartışmalıdır (6). Dren kullanımını öneren yazarların bir bölümü Penrose dren kullanımını tavsiye ederken, diğer bölümü kapalı suction drenajın rezidü kavitede oluşacak seroma ve hematoma gibi kolleksiyonları önleyebileceğini bildirmektedirler (1,7). Çalışmamızda ise dren kullanımının seromayı engellemesi yönünde bir etki saptanmamıştır. Ayrıca dren kullanılan olgularda pansuman gerekliliği hastanede kalış süresini uzatmakta ve bu da maliyeti artırmaktadır.

Memeye yönelik girişimlerde kesi yeri enfeksiyonları, tedavi süresinde uzama ve ek maliyet getirmesi amacıyla önemlidir. Bertin ve arkadaşları meme cerrahisi sonrası kesi yeri enfeksiyonlarını önlemek amacıyla proflaktik antibiyotik uygulanmasını önermişlerdir (8). Ancak bir meme biyopsilerinin cerrahi olarak temiz yara sınıfında olması nedeniyle proflaktik antibiyotik uygulamasına gerek olmadığı kanaatindeyiz. Serimizde kesi yeri enfeksiyon oranları son derece düşüktür (%3.2). Sadece ameliyat sonrası dönemde enfeksiyon saptanan ya da enfekte olma olasılığı olan geniş hematoma için antibiyotik kullandık.

Çalışmamızın sonuçlarına göre dren konulması hastaya enfeksiyon veya seroma yönünden ek bir risk getirmemektedir. Dren konulmadığı için bu hastalara pansuman da gerekli olmamaktadır. Bu bilgiler ışığında meme biyopsisi "günübirlik cerrahi" şeklinde uygulanabilir ki; bizim rutin uygulamamız bu şekilde olmaktadır. Böylece hastanın yatış süresi kısalmak ve bu da maliyeti düşürecektir.

KAYNAKLAR

1. Kirby I, Bland. Breast. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC editors. Principles of Surgery. Singapore: Mc Graw-Hill Book; 1998:p 570-1
2. Souba WW, Bland KI. Surgery for benign and malignant disease of the breast: techniques and complications. In: Bland KI, Copeland EM editors. The Breast. Philadelphia: WB Saunders; 1991: p 527-38.
3. Hunt TK, Crass RA. Breast biopsies on outpatients. Surg Gynecol Obstet 1975; 141: 591-4.
4. Spratt JS, Donegan WL. Surgical management. In: Donegan WL, Spratt JS editors. Cancer of the breast. Philadelphia: WB Saunders;1988: p 403-16.
5. Paterson ML, Nathanson SD, Havstad S. Hematomas following excisional breast biopsies for invasive breast carcinoma: the influence of deep suture approximation of breast parenchyma. Am Surg 1994;60:845-8
6. Warren HW, Griffith CD, Mc Lean L, Angerson WJ, Kaye B, Mc Elroy M. Should breast biopsy cavities be drained? Ann R Coll Surg Engl 1994;76:39;41.
7. Law NW, Johnson CD, Lamont PM, Ellis H. Drainage or suture after breast biopsy. Ann R Coll SurgEngl 1990;72:11-3.
8. Bertin ML, Crowe J, Gordon SM. Determinants of surgical site infection after breast surgery. Am J Infect Control 1998;26:61-5.