

Erken Evre İnvaziv Duktal Karsinomlu Hastalara Cerrahi Uygulamalarımız

Surgical Applications to Patients Diagnosed with Early Stage Invasive Ductal Carcinoma

Kazım Özçelik¹, Oktay Karaköse², İsmail Zihni³, Hüseyin Pülat⁴, Hüseyin Eken⁵, Hasan Erol⁶

¹ Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

² Samsun EAH Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Samsun, Türkiye

³ Van Eğitim Araştırma Hastanesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Van, Türkiye

⁴ Mersin Devlet Hastanesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Mersin, Türkiye

⁵ Erzincan Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye

⁶ Süleyman Demirel Üniversitesi Cerrahi Onkoloji Bilim Dalı, Isparta, Türkiye

ÖZET

Amaç: Meme kanseri tarama programlarının uygulamadaki artışa bağlı olarak erken evrede tespit edilen meme kanseri oranı artmaktadır. Bu hastalara uygulanan cerrahi teknik tercihinde fikir birliği sağlanamamıştır. Çalışmamızda erken evrede tespit edilen meme kanserli hastalarımızın klinik özellikleri ile birlikte pratiğimizde uyguladığımız cerrahi teknikler incelendi

Gereç ve Yöntemler: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 2013-2015 yılları arasında kliniğimizde erken evrede tanı konulan 95 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Kliniğimizde tanı ve tedavi edilen erken evre invaziv duktal karsinomlu hastaların tamamı kadındı. Hastalar ortalama 57 yaşında tanı aldılar. Hastaların %32,6'sına meme koruyucu cerrahi ve sentinel lenf nodu örnekleme; %8,4'üne meme koruyucu cerrahi ve aksiller disseksiyon; %4,2'sine simple mastektomi ve sentinel lenf nodu örnekleme; ve %54,7'sine de modifiye radikal mastektomi uygulandı. Erken evre meme kanserinde uygulanan cerrahi prosedürler içerisinde meme koruyucu cerrahi %41,4, sentinel lenf nodu örnekleme %36,8 oranındaydı.

Sonuç: Erken evrede tespit edilen meme kanserli hastalara uygulanan meme koruyucu cerrahinin veya mastektominin genel sağkalım ve hastalısız sağkalım süreleri açısından birbirleri arasında fark izlenmemiştir. Kozmetik açıdan kuşkusuz daha başarılı olan meme koruyucu cerrahinin bu hasta grubunda ve klinik pratiğimizde artırılması fikrindeyiz.

Anahtar Sözcükler : Meme kanseri, invaziv duktal

Geliş Tarihi: 23.08.2016

Kabul Tarihi: 11.04.2017

ABSTRACT

Aim: Early stage breast cancer is being determined at increasing rates associated with an increase in the application of breast cancer screening programs. There is no consensus as to the surgical technique to be applied to these patients. In this study, the surgical techniques applied in our practice were examined together with the clinical characteristics of patients determined with early stage breast cancer.

Patients and Methods: A retrospective examination was made of the records of 95 patients diagnosed with early stage breast cancer in our clinic at Süleyman Demirel University Medical Faculty Hospital in 2013 -2015.

Results: All the patients diagnosed and treated in our clinic for early stage invasive ductal carcinoma were female. Patients were diagnosed at a median age of 57 years. The treatment applied was breast-conserving surgery and sentinel lymph node sampling in 32,6%, breast-conserving surgery and axillary dissection in 8,4%, simple mastectomy and sentinel lymph node sampling in 4,2% and modified radical mastectomy in 54,7%. Within the surgical procedures applied for early stage breast cancer, breast-conserving surgery was applied at the rate of 41,4% and sentinel lymph node sampling at 36,8%.

Conclusion: No difference was determined between the patients with early stage breast cancer who underwent breast-conserving surgery and those who underwent mastectomy in terms of general survival and disease-free survival periods. From a cosmetic aspect, the breast-conserving surgery was without doubt more successful and is being increasingly used in our clinical practice.

Key Words: Breast cancer, invaziv ductal

Received: 08.23.2016

Accepted: 04.11.2017

GİRİŞ

Meme kanseri dünyada akciğer kanserinden sonra en sık saptanan kanserdir. Gelişmiş toplumlarda ve gelişmekte olan ülkelerde en sık kadın kanseri yine meme kanseri izlenmektedir. Buna bağlı olarak kadınlarda kansere bağlı ölümlerde ilk sırayı almaktadır. Kadınlarda ve erkeklerde akciğer, gastrointestinal kanser ve deri tümörlerinden sonra saptanan dördüncü kanser türüdür. Sağlık 2005 yılı istatistiklerine göre kadınlarımızda 35,47/100.000 görülme sıklığıyla meme kanseri en sık saptanan kanser türüdür(1-4).

Meme kanserlerinin tümü geçmişte radikal mastektomi gibi agresif cerrahi yöntemleri ile tedavi edilirken günümüzde uygun ve seçilmiş hastalarda meme koruyucu cerrahi prosedürleri uygulanmaktadır. Ayrıca günümüzde uygulanan aksiller sentinel lenf nodu örnekleme bu hastalıkta rutin uygulanan aksiller diseksiyonun yerini almış ve aksiller diseksiyona bağlı kol ödemi ve fonksiyon bozukluğu gibi morbiditeler azalmıştır. Şüphesiz meme koruyucu cerrahi ve sentinel lenf nodu örnekleme erken evrede tespit edilen hastalara daha sıklıkla uygulanmakta ve sağkalımı uzun olan hastaların kozmetik kaygılarını da ortadan kaldırmaktadır.

Meme kanserinde sağkalımı etkileyen en önemli durum kuşkusuz hastalığın erken evrede yakalanmasıdır. Erken evrede yakalanması sağkalımı artırdığı gibi hastaya meme koruyucu cerrahi tekniklerinin uygulanabilmesini sağlamaktadır. Bu sebeple kliniğimizde tarama mamografi veya memenin benign hastalıklarının takipleri esnasında tespit edilen erken evre meme kanserli hastaların epidemiyolojik ve demografik özellikleri, tümör histoloji ve uygulanan cerrahi prosedürler incelendi.

MATERYAL ve YÖNTEM

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 2013 ile 2015 yılları arasında kliniğimizde erken evrede tanı konulan 95 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Çalışmada 40 yaşından büyük tüm hastalara tarama mamografisi ve diğer hastalara meme ultrasonografisi uygulandı. Hastalara preoperatif tanı amaçlı tru-cut iğne biyopsisi ya da açık biyopsiler uygulandı. Biyopsi tanısı meme kanserinde en sık izlenen alt tipi olan invaziv duktal karsinom çalışmaya dahil edildi, diğer alt gruplar çalışma dışı bırakıldı.

Hastalara meme koruyucu cerrahi veya mastektomi uygulandı. Meme koruyucu cerrahi tekniklerinden kadranektomi veya meme rekonstruksiyonu prensiplerine uygun fleb onarımı uygulandı. Aksilla için, aksiller bölge klinik negatif hastalara sentinel lenf nodu örnekleme yapıldı; klinik pozitif veya preoperatif görüntüleme yöntemlerinde (mamografi, meme ultrasonografisi ve PET-CT) lenf nodu metastazı şüphesi olan hastalara aksiller diseksiyon uygulandı. Sentinel lenf nodu; metilen mavisi, gamma prob yardımlı radyoaktif madde veya her ikisi birden kullanılarak örneklendi. Sentinel lenf nodu benign raporlanan hastalara ek işlem yapılmazken, metastaz olarak raporlanan hastalara aynı seansta aksiller diseksiyon uygulandı. Çalışmamız retrospektif natürde olduğu için etik kurul onayı alınmamıştır.

İstatistik

Hasta verileri SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 15.versiyonun (CA, USA) tanımlayıcı istatistiksel metotlar (frekans, ortanca) kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR

Kliniğimiz tanı ve tedavi edilen erken evre invaziv duktal karsinomlu hastaların tamamı kadındı. Hastalar ortalama 57 yaşında tanı aldılar. Lezyon memede 51 hastada üst dış kadranda, 16 hastada üst iç kadranda, 14 hastada alt dış kadranda, 9 hastada alt iç kadranda ve 5 hastada periareolar yerleşim göstermekteydi. Hastaların %32,6'sına meme koruyucu cerrahi (MKC) ve sentinel lenf nodu örnekleme, %8,4'üne MKC ve aksiller diseksiyon, %4,2'sine simple mastektomi ve sentinel lenf nodu örnekleme ve %54,7'sine de modifiye radikal mastektomi (MRM) uygulandı. Erken evre meme kanserinde uygulanan cerrahi prosedürler içerisinde MKC %41,1, sentinel lenf nodu örnekleme %36,8 oranındaydı. Sentinel lenf nodu örnekleme yapılan 35 hastadan 6'ünde sentinel lenf nodunda metastaz tespit edilmesi üzerine hastalara aynı seansta aksiller diseksiyon uygulandı.

Tümörün histopatolojik özellikleri incelendiğinde; tümör boyutu medyan 2,48 cm (min:0,4-max:4,5cm) olarak bulundu. Tümör %25,3 oranında lenfovasküler invazyon gösterirken %74,7 invazyon saptanmadı. Östrojen reseptörü 73 hastada (%76,8), progesteron reseptörü 72 hastada (%75,8) pozitif saptandı. Hastalarda cerb-2 pozitifliği %41,1 oranında saptandı. Bloom and Richardson Nottingham modifikasyonuna göre tümör histolojik grade oranları; %28,4 Grade 1, %46,3 Grade 2 ve %25,3 Grade 3 düzeyindeydi. AJCC 2014 TNM sınıflamasına göre tümör boyutu T1; %28,4 (27 hasta), T2; %71,6 (68 hasta), lenf nodu durumu N0; %60 (57 hasta) ve N1; %40 (38 hasta) saptandı. Hastaların %23,2'si evre 1a, %41,1'i evre 2a ve %35,8'i evre 2b olarak tespit edildi. Tümörün histopatolojik özellikleri tablo 1'de özetlendi. Bununla birlikte evre 1a olan 22 hastanın %40'una, evre 2a olan 39 hastanın %58,9'una ve evre 2b olan 34 hastanın %70'üne mastektomi uygulandı. Tümör boyutu büyüdükçe mastektomi oranlarımız artmaktaydı. Ayrıca T1 tümörlü hastaların %44,4'üne ve T2 tümörlü hastalarında %64,7'sine mastektomi uygulanması bu yüksek oranı destekler niteliktedir(Tablo 2).

Tablo 1: Tümörün histopatolojik özellikleri

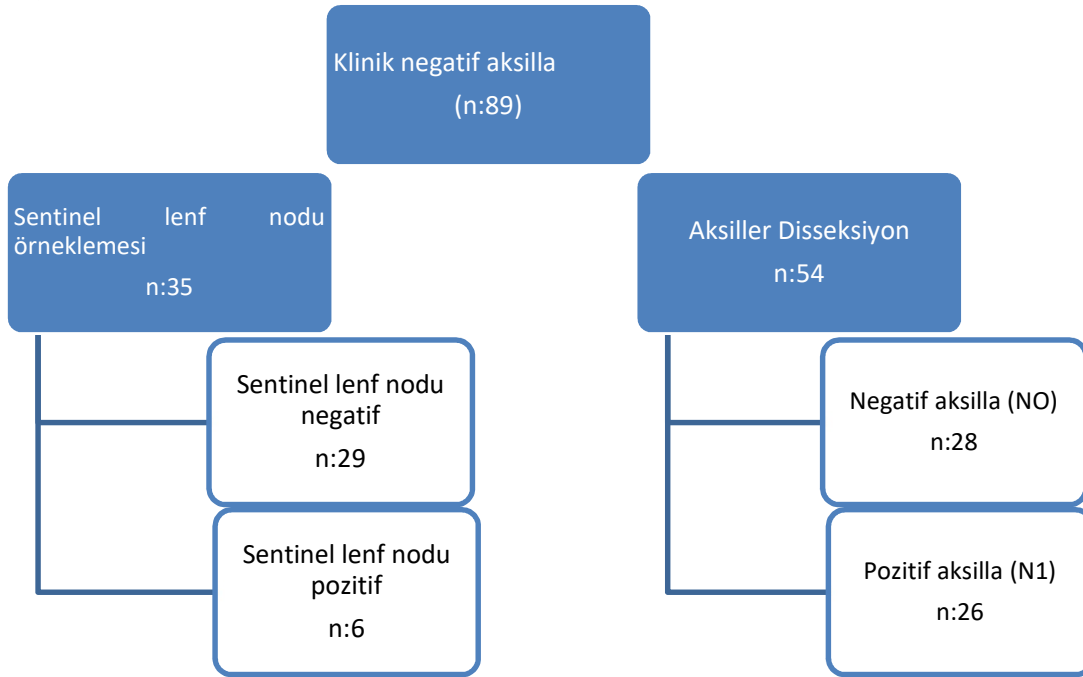
	n	%
T		
T1	27	28,4
T2	68	71,6
N		
N0	57	60
N1	38	40
ÖstrojenReseptörü		
Negatif	22	23,2
Pozitif	73	76,8
ProgesteronReseptörü		
Negatif	23	24,2
Pozitif	72	75,8
cerb-2		
Negatif	56	58,9
Pozitif	39	41,1
Lenfovasküler invazyon		
Yok	71	74,7
Var	24	25,3
Grade		
1	27	28,4
2	44	46,3
3	24	25,3
Evre		
1	22	23,2
2a	39	41,1
2b	34	35,8

Tablo 2: Tümör boyutuna göre cerrahi uygulamalar

Meme Koruyucu Cerrahi	T1	T2	Total
Yapılmayan	12 (44,4%)	44 (64,7%)	56 (58,9%)
Yapılan	15 (55,6%)	24 (35,3%)	39 (41,1%)
Total	27 (100,0%)	68 (100,0%)	95 (100,0%)

Aksillada klinik olarak lenf nodu tespit edilmesi üzerine; aksiller diseksiyon uygulanan 6 hastanın 5'ünde metastatik lenf nodu tespit edilirken bir hastada metastatik lenf nodu yoktu. Buna karşın klinik olarak aksillada lenf nodu bulunmayan 89 hastanın %60,7'sine aksiller diseksiyon %39,3'üne sentinel lenf nodu örnekleme yapıldı. Aksiller diseksiyon uygulanan bu 54 hastanın; 26'sında aksillada metastatik lenf nodu mevcutken, 28 hastada (%51,8'i) aksillada metastatik lenf nodu izlenmedi (Tablo 3). Bu aksiller diseksiyon uygulanan 28 hastanın preoperatif yapılan aksiller ultrasonografisinde veya mamografisinde aksillada lenf nodu metastazını düşündürecek bulgu izlenmemesine karşın yapılan PET-CT beşer hastada lenf nodlarında metastaz şüphesi ve metastaz olarak yorumlandı.

Tablo 3: Klinik negatif aksilla yaklaşım



TARTIŞMA

Günümüzde meme kanseri tarama programlarının artması nedeniyle erken evrede tespit edilen meme kanseri olgusu artmıştır. Bundan dolayı daha önceleri uygulanan mastektomi gibi agresif cerrahinin yerini daha konservatif ve kozmetik meme koruyucu cerrahi tekniklerine bırakmıştır. İngiltere’de semptomlar nedeniyle tespit edilen meme kanserinde %51, tarama yöntemleri ile tespit edilen meme kanserlerinde ise %73 oranında MKC uygulanmaktadır (5-6). Ancak cerrahlar arasında MKC ile ilgili kaygılar halen devam etmektedir. Kaygıların başında kanserli meme dokusunun eksizye edilmesine rağmen kalan meme dokusunda nüks gelişme ihtimali, uzak metastaz ve buna bağlı sağ kalımda azalma olabileceği gelmektedir. Ancak prospektif, randomize ve kontrollü yapılan çalışmalarda MKC ve arkasından adjuvan radyoterapi ile mastektomi karşılaştırılmış, uzak metastaz ve genel sağ kalım açısından fark izlenmemiştir (7-12). Ulusal Cerrahi Adjuvan Meme Projesinin B-06 (NSABP-06) protokolü çalışmasında; evre 1 ve evre 2 hastalarda MKC uygulanan ve arkasından radyoterapi alan ve almayanlar ile mastektomi uygulanan toplam 1855 hasta karşılaştırılmıştır(10). Hastaların 12 yıllık takip sonuçlarında genel sağ kalım ve hastalısız sağ kalım arasında fark izlenmemiştir. Fakat çalışmanın ilginç olan tarafı MKC sonrasında radyoterapi verilmeyen grupta anlamlı oranda lokal nüks saptanmıştır. Bu çalışmalarda da belirtildiği üzere MKC sonrasında lokal nükslerin azaltılmasında kalan memeye radyoterapi uygulanması zorunlu hale gelmiştir. Bu durum MKC’de kısıtlamalara neden olmaktadır. Örneğin hastanın radyoterapi almasının kontraendike olduğu durumlarda veya radyoterapi hizmetine ulaşamayan hastalara MKC uygulanamamaktadır. Ayrıca radyoterapiye bağlı şişlik, ağrı, deride pigmentasyon ve meme dokusunda fibrozis gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Özellikle rekonstrüksiyon uygulanan memede radyoterapiye bağlı fibrozis gelişmesi ve buna bağlı olarak kozmetik başarının düşmesi büyük bir problem teşkil etmektedir. Ancak yapılan çalışmalarda meme bütünlüğünün sağlanması, uzuv kaybı olmaması ve cinsel fonksiyonlarda kayıp yaşanmaması ile bu gibi durumların tolere edildiği ve hayat kalitesinin arttığı gösterilmiştir (13,14).

SONUÇ

Erken evrede tespit edilen meme kanserli hastalarda MKC’ye engel teşkil eden herhangi bir kontraendikasyon yoksa bu hastalara MKC seçeneği önerilmelidir. Kliniğimizde de son yıllarda uygun hastalarımıza MKC önerilmekte, fakat hala uygulama oranlarımız gelişmiş ülkelerdeki seviyeye ulaşamamıştır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. A Isik, H Eken, M Soyuturk, D Firat, I Yilmaz A Rare Presentation of Accessory Breast in Axilla Galician Medical Journal 2016; 23, 201645
2. A Isik, E Karavas, K Peker, M Soyuturk, I Yilmaz Male Mondor’s Disease is a Rare Entity The Breast Journal 2016;22, 700-701
3. A Isik, D Firat, M Soyuturk, H Eken, O Cimen, I Demiryilmaz, I Yilmaz Gallbladder Duplication Gazi Medical Journal 2016; 27, 154-155
4. www.kanser.gov.tr/Dosya/ca_istatistik/ANA_rapor_2012sooonn.pdf (Aralık 2015)
5. Breast Cancer Clinical Outcome Measures (BCCOM) Project. Analysis of the management of symptomatic breast cancers diagnosed in 2004. 3rd Year Report December 2007.
6. British Association Of Surgical Oncology (BASO). An audit of screen-detected breast cancers for the year of screening April 2006 to March 2007.
7. Arriagada R, Lê MG, Rochard F, Contesso G. Conservative treatment versus mastectomy in early breast cancer: Patterns of failure with 15 years of follow-up data. Institut GustaveRoussy Breast Cancer Group. J Clin Oncol 1996;14:1558-64.
8. Donegan WL. Staging and primary treatment. In: Cancer of the breast. Edited by Donegan WL and Spratt JS, editors. 4th ed. W.B. Saunders Company 1995;375-442.
9. Fisher B, Redmond C, Poisson R, Margolese R, Wolmark N, Wickerham L, et al. Eight-year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. N Engl J Med 1989;320:822-8.
10. Fisher B, Anderson S, Redmond CK, Wolmark M, Wickerham DL, Cronin WM. Reanalysis and results after 12 years of follow-up in a randomized clinical trial comparing total mastectomy with lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. N Engl J Med 1995;333:1456-61.
11. van Dongen JA, Bartelink H, Fentiman IS, Lerut T, Mignoletb F, Olthuis G, et al. Factors influencing local relapse and survival and results of salvage treatment after breastconserving therapy in operable breast cancer: EORTC trial 10801, breast conservation compared with mastectomy in TNM stage I and II breast cancer. Eur J Cancer 1992;28A:801-5.
12. Veronesi U, Saccozzi R, Del Vecchio M, Banfi A, Clemente C, De Lena M, et al. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. N Engl J Med 1981;305:6-11.
13. Ganz PA, Schag CC, Polinsky ML, Heinrich RL, Flack VF. Rehabilitation needs and breast cancer: The first month after primary therapy. Breast Cancer Res Treat 1987;10:243-53.
14. Schain WS, d’Angelo TM, Dunn ME, Lichter AS, Pierce LJ. Mastectomy versus conservative surgery and radiation therapy: Psychosocial consequences. Cancer 1994;73:1221-8.