

Meme Kanserli 74 Olgunun Retrospektif Analizi *

Abdullah ZORLUOĞLU**
Halil BİLGEL***
Baki ŞAHİN****
Emin BALKAN*****
Ayhan KIZIL*****

ÖZET

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Anabilim Dalı'nda 1.Ocak.1982 — 31.Mayıs.1987 tarihleri arasında meme kanseri olduğu histolojik olarak kanıtlanmış tümü kadın olan 74 olgu retrospektif olarak dosya kayıtlarından incelendi. Patolojik evrelelendirmede 8 olgu I. evrede, 47 olgu II., 13 olgu III. ve 6 olgu IV. evrede bulundu. Postoperatif kontrolleri yapılan 22 olgunun 6 ay-71 aylık takipleri tamamlandı. Bu olguların ortalama 3 yıllık takibinde 2 olguda metastaz saptanmış böylece genel hastaliksız devre geçiren olgu oranı (15/22) % 68 bu süre içerisinde kansere bağlı ölüm ise (4/22) % 18 oranında görülmüştür.

SUMMARY

Retrospective Analysis of 74 Cases with Breast Cancer

Between January the 1 st 1982 and May the 31 st 1987 at general surgical department of Uludağ University Medical School 74 consecutive patients with breast cancer were analysed retrospectively. All of the patients were female and according to pathological evaluation 8 of them were Stage I, 47 Stage II, 13 Stage III, and 6 Stage IV. 22 of patients have been followed up between 6 and 71 months. In this follow up period, 2 metastases and 4 death related to cancer were found. Thus, average 3 years of disease free period rate is 68 percent (15/22 cases) and mortality rate due to breast cancer is 18 percent (4/22 cases).

- * Ulusal Cerrahi Kongresi'88 (5-9.6.1988) İstanbul'da 92 numaralı bildiri olarak tebliğ edildi.
** Yrd. Doç. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.
*** Doç. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.
**** Uz. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Uzmanı.
***** Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.
***** Prof. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.

Meme kanseri, kadınlarda görülen kanserler içerisinde ilk sırayı tutmaktadır¹. Günümüzde meme kanserleri, tanı konabilecek büyüklüğe ulaşmadan çok önce mikro metastazlar yapması nedeni ile sistemik bir hastalık olarak ele alınmaktadır². Bu nedenle preoperatif tanı ve hastalığın yaygınlığının belirlenebilmesi için evrelendirme önem kazanmaktadır. Yine hastalığın sistemik kabul edilmesi nedeni ile cerrahi dışındaki radyoterapi, kemoterapi ve hormonoterapi modalitelerinin konjunktif olarak uygulanmasına ve cerrah, radyoterapist ve onkolog işbirliğine ihtiyaç vardır.

Hastalığın tanısında iğne aspirasyon biyopsisi % 90 civarında doğru sonuçlar vermektedir². Hastalığın yaygınlığı ve uygun tedavi modellerini uygulamak için preoperatif klinik evreleme değil postoperatif patolojik evrelendirme esas alınmalıdır. Ancak böyle bir yaklaşımla evrelendirme daha doğru olur. Preoperatif evrelemede kemik sintigrafisi, karaciğer sintigrafisinin I. ve II. evre olgularda tarama yöntemi olarak yeri yoktur³. III. Evredeki hastaların klinik değerlendirmesinde çok titiz ve araştırıcı olunmalıdır, bu olgularda gizli metastaz oranı % 70 civarındadır³. III. Evre olgularda kemik sintigrafisi, alkalin fosfataz düzeyi yüksek olan hastalarda CEA, karaciğer CT'si ile kombine uygulanmalıdır^{2,3,4,5,6,7,8}.

MATERYAL – METOD

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Anabilim Dalı'nda 1 Ocak 1982 – 3 Mayıs 1987 tarihleri arasında (65 ay), meme kanseri olduğu histolojik olarak kanıtlanmış tümü kadın olan 74 olgu, retrospektif olarak dosya kayıtlarından incelenerek tanı yöntemi, preoperatif klinik ve postoperatif patolojik evreleme ve uygulanan cerrahi yöntem ve histolojik sınıflama yönünden değerlendirildi.

Postoperatif kontrollere gelen ve mektupla çağrıya cevap veren 22 olgunun postoperatif 6 ay – 71 aylık takipleri tamamlandı.

Postoperatif kontrollere gelen veya çağrıya cevap veren olgularda ameliyat sonrası hastalısız devre, loko-regional nüks, uzak organ metastazı saptamak için; P.A. akciğer grafisi, alkalin fosfataz, karaciğer sintigrafisi, kemik sintigrafisi, karaciğer ultrasonografisi, CEA ve rutin laboratuvar incelemeleri yapılmıştır. Beyin metastazları yönünden kontrolleri yapılan hastalarımızda bunu düşündürecek herhangi bir nörolojik bulgu olmadığından beyin sintigrafisi yada CT'ye başvurulmamıştır.

BULGULAR

Tümü kadın olan olguların yaş ortalaması 50.5 (21-80) olup, % 93'ü 30-70 yaş arasında bulunmaktadır. Olgularımızın % 62'si (46/74) post menapozal devrededir.

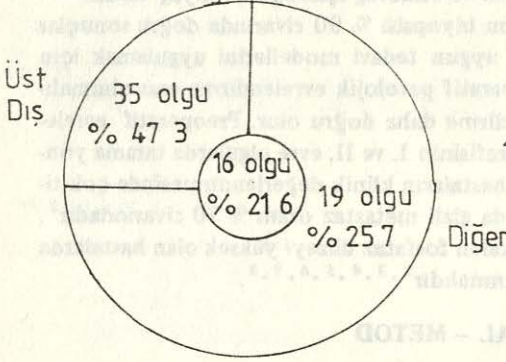
1. *Başvuru Semptomu*: 54 olgu memesinde kitle, 1 olgu meme başından kanlı akıntı ve 19 olgu ise TV yada gazetede yapılan uyarılar nedeniyle yakınmaları olmaksızın başvuran hastalardır.

2. *Etyoloji ile İlgili Bilgiler*: Dosya kayıtlarından menarş yaşı, hamilelik sayısı, emzirme süresi, aile hikayesi ile ilgili bilgiler yeterli bulunamadığından bir değerlendirme yapılamamıştır.

3. *Tanı yöntemi*: Tanı yöntemi olarak tüm hastalarda açık biyopsi yapılmış, bunlardan 13'ü frozen section şeklinde uygulanmıştır.

4. *Tanı ile Operasyon Arasındaki Süre*: Preoperatif biyopsi ve operasyon arasındaki süre tüm olgularda 2 haftadan daha kısa olmuştur.

5. *Lezyonların Lokalizasyonu*: Primer lezyon 40 olguda sağ, 34 olguda sol memede saptanmıştır. Bunların 35'i (% 47,3) üst dış, 16'sı (% 21,6) merkezde, 19'u (% 25,7) diğer kadrarlarda ve 4 olguda ise birden fazla kadranda (% 5,4) saptanmıştır (Şekil: 1). Dört olguda deride ülserasyon, 10 olguda deride infiltrasyon, 3 olguda göğüs duvarına fiksasyon saptanmıştır.



Şekil: 1
Primer Lezyonların Lokalizasyonu:
40 Olguda Sağ, 34 Olguda Sol Memede

6. *Preoperatif Klinik Evrelemede Axiller Status*: Preoperatif fizik muayenede 22 olguda axiller lenf nodu nonpalpabl, 52 olguda ise palpabl bulunmuştur.

7. *Uygulanan Cerrahi Yöntem*: Uygulanan cerrahi yöntemler tabloda gösterilmiştir (Tablo: I).

Premenapozal devrede bulunan iki hastada (biri radikal, biri modifiye radikal mastektomi) hastaliksız devreyi uzatmak amacı ile bileteral ooforektomi uygulanmıştır.

Tablo: I
Olgularımızda Uygulanan Cerrahi Yöntem ve Komplikasyonlar

Ameliyat	Olgu Sayısı	Komplikasyon
Radikal Mastektomi	9	1 (yara enfeksiyonu)
Modifiye Radikal Mastektomi	50	4 (3 yara enfeksiyonu, 1 n. thorasikus longus yaralanması)
Simple Mastektomi	9	1 (Akciğer enfeksiyonu)
Lumpektomi	6	0
Ooforektomi	2	—

Ameliyat seçimi axiller palpabl nodül bulunup bulunmamasına ve deride ülserasyon olmasına göre yapılmıştır (Tablo: II).

Axiller nodu palpe edilemeyen olgulardan (22 olgu) 8'ine axiller disseksiyon yapılmamıştır. Bunların 6'sında tümörün çapı 2 cm. den küçük olup, sadece lumpektomi yapılmıştır. Axiller disseksiyon yapılan 14 olgunun 6'sında mikroskopik lenf nodu metastazı bulunmuştur.

Tablo: II
Operasyon Seçiminde Etken Faktörler; Axiller Palpabl Nodül Varlığı ve Deride Ülserasyon

Ameliyat Şekli	Radikal Mastektomi	Modifiye Radikal Mastektomi	Simple Mastektomi	Lumpektomi
Axiller nodüllerin palpabl olması (52 olgu)	9	36	7	0
Axiller nodüllerin non palpabl olması (22 olgu)	0	14	2	6

Tablo: III
Olguların Histolojik Sınıflaması

İnsitu Duktal Ca.	1 Olgu % 1,4
İnvazif Olanlar	
İnfiltratif duktal	55 Olgu % 74,3
Skirrö kanser	12 Olgu % 16,3
Medüller Ca	3 Olgu % 4
Komedo Ca	3 Olgu % 4

Tablo: IV
Olguların Patolojik Evrelendirilmesi

I. Evre	8 Olgu
II. Evre	47 Olgu
III. Evre	13 Olgu
IV. Evre	6 Olgu

Axiller lenf nodu palpabl olan olgulardan ise 7'sine axiller disseksiyon yapılmamış sadece simple mastektomi yapılmış ve axiller radyoterapi önerilmiştir. Bu 7 olgunun 4'ünde simple mastektomi ülserasyon nedeni ile pansuman kolaylığı açısından yapılmıştır.

8. *Olguların Histopatolojik Sınıflaması:* 74 Olgunun tümü duktal orijinli olup, 73'ü infiltratif, 1'i ise insitu kanserdir. Dağılım Tablo III'de gösterilmiştir.

9. *Postoperatif Patolojik Evreleme:* Postoperatif patolojik değerlendirmeden sonraki evrelendirmede olgularımızın dağılımı Tablo IV'de gösterilmiştir.

10. *Postoperatif Konjunktif Tedavi Yöntemleri:* Bu olgulardan I. evrede olan ve sadece lumpektomi yapılanlara radyoterapi önerilmiş, II. ve III. evredeki olguların tümüne radyoterapi ve kemoterapi önerilmiştir. IV. evredeki hastalar radyoterapi, kemoterapi ve hormonoterapi önerilerek taburcu edilmişlerdir.

Postoperatif önerilen konjunktif tedavileri uygulayan kontrole gelen yada mektupla çağrımıza cevap veren 22 olgunun 6 ay ile 71 ay arasındaki kontrolleri yapılmış, II. evredeki 2 olgunun (10-75 ay), III. evredeki 3 olgunun exitus olduğu (2. ayda ölen kanser dışı nedenle diğer iki olgu ise 23. ve 47. aylarda exitus olmuştur. Ayrıca yapılan tarama yöntemleri ile 2 olguda metastaz saptanmıştır (6. ayda

Tablo: V
İzlenebilen Olgularda Hastalısız Devre, Nüks ve Sürviv Sonuçları

Hasta	Yaş	Evresi	Cerrahi Tedavi	Histopatoloji	Postop. Radyoter.	Kemote- rapi	Hormono- terapi	Son Durum
A.Ş.	52	I.	Radikal Mastektomi	İnfiltratif Duct. Ca.	+	-	-	38. ay Hsz. devre
G.C.	60	I.	Modifiye Rad. Mast.	İnfiltratif Duct. Ca.	+	-	-	36. ay Hsz. "
R.D.	43	I.	Lumpektomi	İnfiltratif Duct. Ca.	-	-	-	16. ay Hsz. "
N.B.	66	I.	Simple Mastektomi	İnfiltratif Duct. Ca.	+	-	-	6. ay Hsz. "
R.M.	54	II.	Modifiye Radikal Mast.	İnfiltratif Duct. Ca.	+	-	-	6. ay Hsz. "
A.T.	57	II.	Modifiye Radikal Mast.	İnfiltratif Duct. Ca.	-	-	-	7. ay Hsz. "
H.Ö.	53	II.	Modifiye Radikal Mast.	İnfiltratif Duct. Ca.	+	-	-	6. ayda supraklavikuler lenf metastazı
M.T.	41	II.	Modifiye Radikal Mast.	İnfiltratif Duct. Ca.	+	-	-	10. ay Hsz. devre
S.K.	60	II.	Modifiye Radikal Mast.	Skirrö Ca.	+	+	-	13. ay Hsz. "
L.D.	45	II.	Modifiye Radikal Mast.	İnfiltratif Duct. Ca.	+	+	-	18. ay Hsz. "
H.G.	69	II.	Modifiye Radikal Mast.	İnfiltratif Duct. Ca.	-	-	-	19. ay Hsz. "
H.Z.	70	II.	Modifiye Radikal Mast.	Komodo Ca.	-	-	-	42. ay Hsz. "
F.Ö.	42	II.	Radikal Mastektomi	İnfiltratif Duct. Ca.	+	-	-	67. ay Hsz. "
S.T.	65	II.	Modifiye Radikal Mast.	İnfiltratif Duct. Ca.	+	+	-	35. ayda iki kemik metastazı
N.P.	41	II.	Radikal Mastektomi	İnfiltratif Duct. Ca.	+	+	-	25. ayda Exitus
R.Y.	41	II.	Modifiye Radikal Mast.	İnfiltratif Duct. Ca.	+	+	-	10. ayda Exitus
M.A.	32	III.	Modifiye Radikal Mast.	İnfiltratif Duct. Ca.	+	+	-	45. ay Hsz. devre
F.M.	35	III.	Modifiye Radikal Mast.	İnfiltratif Duct. Ca.	+	+	-	20. ay Hsz. "
M.S.	41	III.	Modifiye Radikal Mast.	İnfiltratif Duct. Ca.	+	+	-	11. ay Hsz. "
A.A.	49	III.	Modifiye Radikal Mast.	İnfiltratif Duct. Ca.	+	+	-	2. ayda exitus
H.Z.	59	III.	Modifiye Radikal Mast.	İnfiltratif Duct. Ca.	+	+	-	23. ayda exitus
H.B.	42	III.	Modifiye Radikal Mast.	İnfiltratif Duct. Ca.	+	+	-	47. ayda exitus

supraklaviküler lenf nodunda ve 35. ayda kot ve vertebrada ayrı ayrı iki kemik metastazı). Toplu veriler Tablo V'de gösterilmiştir.

Ancak fakültemizde henüz bir onkoloji ve radyoterapi departmanının bulunmaması nedeniyle öngörülen tedavi modalitelerinin tamamlanması hastaların olanaklarına ve işbirliğine kalmaktadır. Nitekim Tablo V'te görüldüğü gibi 16. ayda kontrol edilen ve sadece lumpektomi yapılmış bir olgu ile 7.-19.-42. aylarda kontrolleri yapılan 3 olgu radyoterapi ve kemoterapi yaptırmamışlardır. Ancak bu 3 olguda loko-regional nüks yada uzak metastaz saptanmamıştır. Altıncı ayda regional metastaz (supraklaviküler) saptanan olgunun kemoterapi yaptırmadığı, 35. ayda kemik metastazları saptanan olgunun ise tüm tedavi modalitelerini tamamladığı saptanmıştır.

Metastazları saptamada bir olguda doğrudan doğruya fizik muayene ve biyopsi diğer olguda ise Alkalin fosfataz düzeyi ve kemik sintigrafisi yararlı olmuştur. Başvurduğumuz akciğer grafisi, karaciğer sintigrafisi, CEA, karaciğer ultrasonografisi ile herhangi bir metastaz saptanamamıştır. Bu 22 olgu içerisinde lokal nüks bulunmamaktadır.

TARTIŞMA

Olgularımızdan herhangi bir yakınması olmayıp TRT yada basın yolu ile yapılan uyarılara dayanarak başvuran ve malignite saptanan % 25.6'lık oran (19/74) toplumu eğitici programların yararına kanıt oluşturmaktadır.

İğne biyopsisi yetmişmiş sitopatolog gerektirdiğinden yaygın olarak yapılamamaktadır. Nitekim bizim olgularımızda tanı açık biyopsi ile yapılmıştır. Meme kanserli olgularından evrelendirilmesinde klinik ve patolojik evrelendirme arasındaki fark bir problem oluşturmaktadır. Şayet hastalara yapılacak operasyon doğrudan klinik evrelendirilmeye göre yapılacak olursa bu kez axillada lenf nodu palpe edilemeyen ancak mikroskopik metastatik nodül içeren hastaların 1/3'ü yetersiz olarak evrelendirilecek ve tedavi eksik kalacaktır. Bilindiği gibi axiller lenf nodu palpe edilmeyen olguların 1/3'ünde axillada mikroskopik metastaz varken palpabl lenf nodu bulunan olguların 1/4'ünde ise metastaz yoktur⁹. Axiller statusu belirleyecek en iyi yöntem axiller disseksiyondur. Nitekim bizim olgularımızdan axillada palpabl lenf nodu olmayan olguların axiller disseksiyonda % 42'sinde mikrometastaz saptanmış ve hastanın evresi değişmiştir.

Preoperatif tarama yöntemi olarak kemik yada karaciğer sintigraflerine başvurulmamıştır. Klinik değerlendirmede III. evre olarak saptanan olgularda gizli metastazların % 70'lere çıkması nedeni ile bu olgularda yaygın bir araştırma yapılmalı ve rutin akciğer, alkalin fosfataz incelemelerine CEA, karaciğer sintigrafisi daha iyi si karaciğer CT'si kemik sintigrafisi yöntemleri ilave edilmelidir.

Preoperatif evrelenmesi tamamlanmış hastada uygulanacak cerrahi yöntem konusunda günümüzde gittikçe daha konservatif cerrahi yöntemler uygulanmaktadır. Primer tümöre yönelik cerrahi yöntem ister radikal mastektomi, ister modifiye radikal yada ister lumpektomi olsun kanımızca axiller nodal statusu belirlemek için operasyona axiller disseksiyonu mutlaka eklemelidir. Yine meme kanserlerinin multisentrik olma özelliği unutulmayarak hasta I. evrede olup lumpektomi de yapılsa cerrahi tedaviye radyoterapi kombine edilmelidir.

Bilindiği gibi, ülkemizde hastaların izlenmesinde, özellikle hasta faktörüne bağlı çeşitli zorluklar vardır. Olgularımızdan 22'si kontrollere gelmiş yada mektupla çağrımıza cevap vermiştir. Bunlarda izlediğimiz (6 ay-65 ay) ortalama 3 yıllık devrede kansere bağlı ölüm 4 olguda olmuştur (4/22) % 18, bir olguda ise ölüm kanser dışı nedenle olmuştur.

Yirmi iki olgunun ortalama 3 yıllık takibinde 2 olguda metastaz saptanmış böylece genel hastalıklı devre geçiren olgu oranı (15/22) % 68'dir.

Meme kanserli olguyu tedavi edecek cerrahi, radyoterapist ve onkologun yakın işbirliğinde olmaları gerektiğine bir kez daha değinmekte yarar vardır. Olgularımızdan 4'ü radyoterapi, 7'si kemoterapi uygulamasını yaptırmamışlardır. Bunda ilimizde radyoterapi ve onkoloji ünitelerinin bulunmamasının rolü büyüktür.

İzleme esnasında yeni metastaz yada nüks saptanan tüm olgular IV. evre gibi kabul edilmeli ve hormonoterapi devreye sokulmalıdır.

Sonuç olarak meme kanserleri sağlıklı bir evreleme sonunda multidisipliner bir tedavi anlayışıyla ele alınmalı ve lezyonları mümkün olduğunda erken devrede yakalamak için periyodik muayene, postmenopozal kadınlarda periyodik mammografi, şüpheli lezyonlardan iğne biyopsisi yaygınlaştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. HAAGENSEN, C.D., BODIAN, C., Jr. HAAGENSEN, D.E.: Breast Carcinoma. Risk and Detection. W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1981, p. 1-5.
2. COOPERMAN, A.M., HERMAN, R.: Breast cancer: An overview. Surg. Clin. North. Am., 64: 1031-1038, 1984.
3. BAKER, R.R.: Preoperative assesment of the patient with breast cancer. Surg. Clin. North. Am., 64: 1039-1050, 1984.
4. BAKER, R.R., HOLMES, E.R., ALDERSON, P.O., KHOURI, N.F., WAGNER, H.N.: An evaluation of bone scans as screening procedures for occult metastases in primary breast cancer. Ann. Surg., 186: 363-368, 1977.
5. CITRIN, D.L., FURNIVAL, C.M., DESSENT, R.G., GREIG, W.R., BELL, G., BLUMGART, L.H.: Radioactive technetium phosphate bone scanning in preoperative assesment and follow-up study of patients with primary cancer of the breast. Surg. Gynecol. Obstet., 143: 360-364, 1976.
6. SUGARBAKER, P.H., BEARD, J.O., DRUM, D.E.: Detection of hepatic metastases from cancer of the breast. Am. J. Surg., 133: 531-535, 1977.
7. SKLAROFF, R.B., SKLAROFF, D.M.: Bone metastases from breast cancer at the time of radical mastectomy as detected by bone scan. Eight-year follow-up. Cancer, 38: 107-111, 1976.
8. EL-DOMEIRI, A.A., SHROFF, S.: Role of preoperative bone scan in carcinoma of the breast. Surg. Gynecol. Obstet., 142: 722-724, 1976.
9. DONOVAN, A.J.: The breast, In: Hardy's Textbook of Surgery (ed. Hardy, J.D.) J.B. Lippincott Co., Philadelphia, 1983, p. 329-354.

Yrd. Doç. Dr. Abdullah ZORLUOĞLU
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı
BURSA