

Meme Dokusu Destruksiyonu İle Başvuran Lokal İleri Evre Meme Kanseri

Locally Advanced Breast Cancer Presented With Destruction Of Breast
Tissue
Genel Cerrahi

Başvuru: 11.01.2015
Kabul: 01.04.2015
Yayın: 10.04.2015

S. Koray Okur¹, Yavuz Savaş Koca¹, İhsan Yıldız¹, Bekir Sarıçık¹, Mustafa Uğur²

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi

² Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

Son birkaç yüzyıldır meme kanserinin tedavi edilebilir bir hastalık olarak değerlendirilmesi, tedavi edilmemiş olgularla ilgili detaylı serilere sahip olmamızı engellemiştir. Meme kanseri tedavi edilmediği takdirde meme kanseri, çok büyüyebilir, cildi tutabilir hatta göğüs duvarına penetre olmuş geniş ülser veya nekroza neden olabilir. Bu makalede 25 yıl önce fark ettiği sol memesindeki yarayı önemsemeyen ve muayene ve tedaviden uzak duran, sonuçta sol memeyi tama yakın destrükte eden lokal ileri meme kanserli 80 yaşında kadın hasta literatür eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Lokal ileri meme kanseri, Ülser Destruksiyon

Abstract

Recently, breast cancer evaluating as a curable disease obstructed us to have information about details of uncured cases. If it is not be curre its worsening is inevitable. it could exit to the skin surface even caused ulcer that penetrating chest wall and necrosis. This study presented with a woman patient at locally advanced breast cancer in literature who ignored the wound in her left breast that she realized twenty-five years ago and stayed away from all medical examinations and treatments so, eventually nearly the whole left breast destructed.

Keywords: locally advanced breast cancer, Ulcer Destruction

Giriş

Meme kanseri evreleme sistemi tanımlandığından beri, meme derisi üzerinde ülserasyon ile birlikte görülebilen ilerlemiş meme kanserli olgular, genellikle lokal ileri meme kanseri (LİMK) olarak sınıflandırılmaktadır. Bu tür meme kanseri, gelişmiş ülkelerdeki tüm meme kanserlerinin %10-25'i, gelişmekte olan ülkelerde ise neredeyse %40-50'sini teşkil eder ¹. Tedavi edilmediği takdirde meme kanseri, çok büyüyebilir, cildi tutabilir, hatta göğüs duvarına penetre olmuş geniş ülser veya nekroza neden olabilir. LİMK olgularında tanı konulduğunda metastaz oranı %80'lere ulaşmaktadır ². Bu çalışmada, memesinde yaklaşık 25 yıldır açık yara tarifleyen 80 yaşında kadın hasta literatür eşliğinde sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Sol memede kanamalı açık yara şikayeti ile kliniğimize başvuran 80 yaşında kadın hastanın anamnezinden, yaklaşık 25 yıl önce sol memesinde açık yara fark ettiği ve yaranın çıktığı günden bu yana hiç kapanmadığı, yaklaşık 15 yıl önce sol memesinin çok küçüldüğü, meme başının önce çöktüğü sonrasında da aerolasının kaybolduğu öğrenildi. Ailesinde meme kanseri öyküsü olmayan hastada diğer meme kanseri risk faktörleri sorgulandığında hastanın öyküsünde herhangi bir risk faktörü bulunamadı. Fizik incelemede sol memesinde cilt yüzeyinden kabarık, üzeri ülsere bir lezyon izlendi. Hastanın aerolasının tama yakın kaybolduğu ve aksillaya doğru çekildiği görüldü. (Şekil1) Sol aksillada patolojik kongroleme olmuş meme dokusunu kendisine çekmiş lenfadenopati (LAP) tespit edildi. (Şekil 2) Diğer meme muayenesi normaldi. Diğer sistem muayeneleri normaldi.

Diğer sistem muayeneleri normaldi.

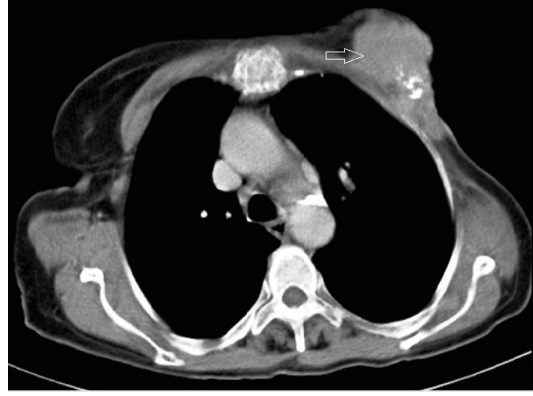


Şekil 1 : Sol meme ve aksillada ülserli meme kanseri



Şekil 2 : Sağ memeye göre kalan sol meme dokusu

Laboratuvar incelemesinde wbc: 12400/mm³, Hb: 8.4g/dl ve plt:210000/mm³ değerlerinde idi. Biyokimya tetkiklerinde ALP: 134U/L ve diğer değerler normaldi. Batın ultrasonografi (USG)'sinde grade I hepatosteatoz ve sağ böbrek üst polde 2 cm'lik kist ile uyumlu görünüm izlenirken, metastaza ait herhangi bir görünüm rapor edilmedi. Meme USG'sinde sol meme dokusunu ve pektoral kası tamamen invaze etmiş, çevre sınırları düzensiz bir kitle izlendi. Toraks bilgisayarlı tomografisi (BT)'nde sol aksillaya uzanım gösteren pektoral kasa invaze kitle, aksillada patolojik LAP, sol 4. kosta ön yüzde invazyon tespit edildi. (Şekil 3) Akciğer hillusu ve parankimi normal değerlendirildi. Sağ meme mamografisinde özellik yoktu. Sol memeye mamografi tetkiki, memenin tamamına yakını nekroze olduğu için yapılamadı.



Şekil 3 : BT'de sol memedeki kitle görünümü

Hastaya insizyonel biyopsi yapıldı. Sonuç low grade, östrojen reseptörü (ER) pozitif, invaziv duktal kanser olarak rapor edildi. Hasta tüm tedavi protokollerini reddetti.

Tartışma ve Sonuç

LİMK hastalar günümüzde neoadjuvan kemoterapi sonrasında meme koruyucu cerrahi ve aksiller diseksiyon ve radyoterapi ile multimodal tedavi edilmektedir ³.

Bloom ve arkadaşları 1805-1933 yılları arasında çoğu terminal dönemde bulunan 250 olguyu incelemişlerdir. Bu çalışmadaki hastaların %74'ü evre 4, % 23'ü evre 3 ve yalnızca % 2'si evre 2'de yer almaktaydı. Hiçbir hastaya cerrahi tedavi, radyoterapi veya hormon tedavisi uygulanmadı. Ortalama sağ kalım 2,7 yıl kadardı. Çalışmada, olgulardan % 18'inin 5 yıl, %4'ünün ise 10 yıl yaşamasından dolayı meme kanserinde herhangi bir tedavi uygulanmasa bile sağ kalımı etkilemeyeceği öne sürülmüştür ⁴.

Meme kanseri klinik tabloları arasında LİMK, özellikle gelişmekte olan ülkelerde eğitim geriliği ve/veya düşük sosyoekonomik durum gibi çeşitli faktörlere bağlı görülen sık bir klinik tablodur. Tanı imkanları sınırlı toplumlarda meme kanserinin ilk tanısı bazen ciltteki ülserleri ile konulmaktadır ⁵. İlk başvuru anında ülserasyon meme kanserli vakaların yaklaşık %6-15'inde gözlemlenmiştir. Günümüzde, LİMK 5 cm'den büyük ve bununla ilişkili olarak ciltte ya da göğüs duvarına ilerlemiş veya aksiler metastaz yapmış meme kanserleri olarak karşımıza çıkar ¹.

Yapılan bir çalışmada bu tür meme kanserlerinin lokal olarak ilerlemesindeki nedenler araştırılmış ve %69,8 oranında hastaya ve %23,6 oranında ise diğer nedenlere bağlı olduğu bulunmuştur. Hastaya bağlı nedenler arasında, meme kanseri farkındalığının eksikliği (%75) ve finansal zorluklar (%52,8) en ön plana çıkmış nedenler olarak bulunmuştur ⁶. Bizim hastamızda sosyoekonomik düzey düşüklüğü ve buna bağlı olarak tedavide bir gecikme söz konusuydu.

Beş yıllık sağkalım evre I'de %87 iken ABD'de meme kanserlerinin yaklaşık %6'sını oluşturan evre III'de %50'dir. LİMK beş yıllık sağ kalım oranı yalnız mastektomi olanlarda % 6 iken ilave olarak radyoterapi alanlarda %46'dır. Hiçbir tedavi almayan bizim hastamızda, 25 yıllık sağ kalım durumu histopatolojik grade ile ilişkilendirilebilir. Burada low grade de 5 yıllık sağ kalım oranının %79 olması tek neden gibi görülmektedir. Diğer taraftan sosyoekonomik olarak sağlık hizmetine ulaşımındaki yetersizlikler mortalitedeki artışın nedenlerindedir. Çevre ve genetik faktörlerin de kanser insidansında etkili olduğu bilinen bir gerçektir ⁷.

Fiegl ve arkadaşları, daha önce tedavi edilmemiş, 5 yıl önce farkına vardığı sağ memenin tamamen kaybına yol açan ve yaygın cilt tutulumu olan inoperabl 72 yaşında kadın hastaya antrasiklin bazlı kemoterapi ile hormonoterapi uygulamış ve yaklaşık 2 yılda anlamlı derecede ülserin küçülmesini sağlamışlardır⁸. Bizim hastamızda 25 yıllık hikayesi ile karşılaştırıldığında, bu hasta 7 yıl içinde kaybedilmiştir.

Akiyoshi ve arkadaşları sol memesinde 2 yıl önce kitle farkedilen ve muayenesinde 12x12cm cilt ülseri olan sol memeyi tamamen kaplayan kitle olmasına rağmen minimal lenf nodu metastazı olan hastaya level III lenf nodu diseksiyonunu içeren modifiye radikal mastektomi+kemoterapi uygulamışlar ve 8 aylık takibinde nüks bulgusu saptamamışlardır⁹. Kemoterapinin indüklediği fibrozisten dolayı neoadjuvan kemoterapi sonrası hastalığın kesin sınırlarını belirlemede kontrastlı dinamik magnetik rezonans inceleme (MRI) ile değerlendirme mammografi ve meme ultrasonuna göre daha doğru sonuç verir¹⁰. Petrek ve arkadaşlarının 38 kadın hastayı değerlendirdiği çalışmada; ülserli meme kanserli hastalarda %82 uzak metastaz tespit edilmiş ve mastektomiye takiben iyi prognostik faktör olarak ER pozitifliğini tespit etmişlerdir¹¹. Bizim olgumuzun ER pozitif idi. Martella ve arkadaşları cilt ülserli non inflamatuvar lokal ileri meme karsinomu olan 27 (16'sı primer tedavi sonrası ve 11'i meme koruyucu cerrahi veya mastektomi sonrası lokal nüksü olan) hastanın değerlendirildiği bir çalışmada postoperatif ülser oluşmasının hastanın önceden radyoterapi alıp almadığına bağlı olduğunu doğrulanmışlardır¹². Bizim olgumuzda, ülser olmasına rağmen geçirilmiş bir operasyon ya da radyoterapi yoktu.

Başlangıçtaki stage, subtip, Ki67 skoru, nükleer grade ve lenfovasküler invazyon neoadjuvan kemoterapideki başarısızlıkta rol oynamaktadır. Yine hormon reseptörleri (-) ve HER2(+) olması da neoadjuvan kemoterapide başarısızlığa neden olmaktadır¹³.

Kemik sintigrafisi, hastamız tetkik ve tedaviyi kabul etmediğinden dolayı yapılamamış olup, alkalin fosfataz yüksekliği BT'de görülen lokal invazyon sonucu sol 4. kosta tutulumuna bağlanmıştır.

Lokal ileri meme kanserinde 5 yıllık sağkalım %50 iken tedavi edilmemiş bu hastamızda tüm meme dokusunu kendisine çekerek nekrozuna sebep olduğu halde uzak metastaz saptanmaması memede low grade kanser hücrelerinin biyolojik davranışının aslında çok da agresif olmayabileceğini göstermesi bakımından önemlidir.

Teşekkür

Radyolojik tanı ve yayındaki katkılarından dolayı Uzm. Dr. Derya Dinç'e teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Akhtar M, et al. Is locally advanced breast cancer a neglected disease? Indian J Cancer. 2011;48(4):403-5.
2. Deo SV, et al. Myocutaneous versus thoraco-abdominal flap cover for soft tissue defects following surgery for locally advanced and recurrent breast cancer. J Surg Oncol. 2003;83:31-5.
3. Eroğlu A, Aydın F. Management of non-inflammatory locally advanced breast cancer. Focus on surgical approaches. Exp Oncol. 2013;35(4):272-9.
4. Bloom HJ, Richardson WW, Harries EJ. Natural history of untreated breast cancer (1805-1933). Comparison of untreated and treated cases according to histological grade of malignancy. Br Med J. 1962;2(5299):213-21.
5. Dauphin S, et al. Chemotherapy is a safe and effective initial therapy for infected surgical closure of the chest wall. Malignant breast and chest wall ulcers. J Surg Oncol. 1997;66:186-8.
6. Piza-Katzer H, et al. Experience in the surgical treatment of primary advanced breast cancer, widespread local recurrence and irradiation damage: reflections on patient benefit. Wien Klin Wochenschr. 1995;107:163-8.

7. Lee MC, Newman LA. Management of patients with locally advanced breast cancer. *Surg Clin N Am*. 2007;87:379-98.
8. Fiegl M, Kaufmann H, Steger GG. Ulcerative breast cancer: Case report and review of management. *The Breast Journal*. 2001;7:422-6.
9. Akiyoshi T, et al. Invasive micro papillary carcinoma of the breast with minimal regional lymph node metastasis regardless of huge size: Report of a case. *Breast Cancer*. 2003;10:356-60.
10. Gezer NS, et al. Evaluation of neoadjuvant chemotherapy Response with dynamic contrast enhanced breast magnetic resonance imaging in locally advanced invasive breast cancer. *J Breast Health*. 2014; 10: 111-8.
11. Petrek JA, Glenn PD, Cramer AR. Ulcerated breast cancer. Patients and outcome. *Am Surg*. 1983;49:187-91.
12. Martella S, et al. Surgical closure of chest wall in non-inflammatory locally advanced breast carcinoma with ulceration of the skin. *Breast J*. 2008;4:345-52.
13. Choi MK, et al. Clinicopathological features of early failure of neoadjuvant chemotherapy in locally advanced breast cancer. *Cancer Chemother Pharmacol*. 2014; 74:521-9.