

Dev Meme Kanseri: Olgu Sunumu

Giant Breast Cancer: A Case Report
Genel Cerrahi

Başvuru: 11.08.2014
Kabul: 25.09.2014
Yayın: 28.10.2014

Vural Soyer¹, Serdar Karakaş¹, Barış Sarıcı¹, Burak Işık¹, Bülent Ünal¹

¹ İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi

Özet

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. LİMK olgularında tanı konulduğunda metastaz oranı %80'lere ulaşmaktadır. Bu yazıda, memede ileri derecede büyümüş dev kitlesi olan ve lokoregional metastaz dışında metastazı olmayan 50 yaşındaki bir kadın hasta sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: *Lokal ileri meme kanseri, Cilt ülseri Tedavi*

Abstract

Since the breast cancer staging system is defined, breast cancer patients with skin ulceration, are classified as locally advanced breast cancer (LABC). In 80% of cases, when LABC is diagnosed, distant metastasis could be seen. In this case, the 50-year-old female patient who had a highly enlarged giant mass with only locoregional metastases, is presented.

Keywords: *Locally advanced breast cancer, Skin ulceration Treatment*

Giriş

Meme kanseri gerek gelişmiş, gerekse gelişmekte olan ülkelerin bir çoğunda en sık görülen kadın kanseridir ¹. Ülkemizde mevcut verilere göre meme kanseri sıklığının, doğu bölgelerimizde 20/100,000, batı bölgelerimizde ise 40-50/100,000 oranında olduğu tahmin edilmektedir ^{2,3}. Tedavi edilmediği takdirde meme kanseri, çok büyüyebilir, cildi tutabilir hatta göğüs duvarına penetre olmuş geniş ülser veya nekroza neden olabilir. Meme kanseri evreleme sistemi tanımlandığından beri, cilt üzerine ilerlemiş meme kanserli olgular genellikle LİMK olarak sınıflandırılmaktadır ⁴. Bu tür meme kanseri, gelişmiş ülkelerdeki tüm meme kanserlerinin %10-25'i, gelişmekte olan ülkelerde ise neredeyse %40-50'sini teşkil eder ⁵. Ayrıca Türkiye'nin doğusunda batısına kıyasla daha fazla oranda ileri olgular görülmektedir. Bu çalışmada, tanı konulmasının üzerinden bir yıl geçen, memede ileri derecede büyümüş kitlesi olan bir kadın hasta sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Yaklaşık bir yıl önce meme kanseri tanısı konulan ancak sosyoekonomik nedenlerden dolayı profesyonel tıbbi destek alamayan, 50 yaşında, sol memesinde cilt yüzeyinden kabarık, üzeri ülser görünümde kitlesi olan bir kadın hasta sunuldu (Şekil 1).



Şekil 1 : İlerlemiş Meme Kanseri Preoperatif Görüntü

İlk başvurusu sırasında yapılan ultrasonografi (USG) incelemesinde sol memede yaklaşık 5x3 cm boyutlarında malign görümlü bir kitle ile sol aksillada da 37x12 mm'lik malign lenfadenopati tespit edildi. Laboratuvar testlerinin tamamı normal olarak değerlendirildi. Kitleden yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi histopatolojik olarak invaziv duktal kanser olarak sonuçlandı. Hastaya cerrahi müdahale önerildi ancak tedaviyi kabul etmedi. Kitlenin giderek büyümesi, cildi invaze etmesi, üzerinin ülser bir hale gelerek nekrotikleşmesi ve enfeksiyon gelişip çevreye kötü bir koku yayması üzerine kliniğimize başvurdu. Yapılan meme muayenesinde, sol memede, dıştan belirgin bir şekilde kabarıklık, üzeri ülser, nekrotik ve kötü kokulu bir kitle görüldü (Şekil 2).



Şekil 2 : Üzeri Ülser ve Nekrotik Kitle

Tekrarlanan USG incelemesinde, sol memede multiple sayıda ve en büyüğü yaklaşık 11 cm olan, ayrıca sol aksillada da çok sayıda ve en büyüğü 3 cm olan lenfadenopati olduğu tespit edildi. Pozitron emisyon tomografi-bilgisayarlı tomografi (PET-CT)'de ise USG'de tespit edilen lezyonların SUVmax değerleri maligniteyi destekler yönde 21,5 olarak ölçüldü. Meme dışında diğer bölgelerde herhangi bir patolojik aktivite tutulumu yoktu. Karsinoembriyonik antijen ve Ca15.3 değeri normal sınırlarda idi. Karşı meme ise hem radyolojik hem de klinik olarak normaldi. Hastaya öncelikli olarak hayat kalitesini arttırmak amacı ile salvage mastektomi yapılmasına karar verildi. Cerrahi sonrası mikroskopik ve histopatolojik incelemede tümörün invaziv duktal tipte, 23,5 cm boyunda, meme içerisinde multifokal odaklar şeklinde olduğu, meme derisinin incelenmesi ile epidermal ülserasyon, yaygın dermal ve fokal epidermal tümoral infiltrasyon olduğu, meme dokusu üzerindeki 9 lenf nodundan 8 tanesinde metastaz olduğu ve ayrıca bu lenf nodlarında ekstrakapsüler yayılım olduğu görüldü. Progesteron, östrojen ve Cerb B2 reseptörleri negatif olarak sonuçlandı. Operasyon öncesi neoadjuvan kemoterapi ya da radyoterapi verilmeyen hastaya postoperatif dönemde ise kendisi ve yakınlarının istememesi üzerine kemoterapi uygulanmamıştır. Postoperatif 2.ay kontrole gelen hastanın takibi sorunsuz olarak yapılmaktadır.

Tartışma ve Sonuç

LİMİK, meme kanseri klinik tabloları arasında, özellikle gelişmekte olan ülkelerde eğitim geriliği ve/veya düşük sosyoekonomik durum gibi çeşitli faktörlere bağlı görülen en sık klinik tablodur ⁶. Aslında yapılan bir çalışmada 70 yaş üzerindeki meme kanserli kadınlar arasında %50'den fazla oranda başvuru anında kanserin ileri evrede olduğu saptanmıştır ⁷. Ayrıca, tedavi imkanları sınırlı toplumlarda meme kanserinin tipik kendini gösterme şekli ciltteki ülserlerdir ⁸. İlk başvuru anında ülserasyon meme kanserli vakaların yaklaşık %6-15'inde gözlemlenmiştir. Ve ilginç olarak, meme kanserli 70 yaş üzerindeki erkek hastalarda bu oran %50'ye kadar çıkabilmektedir ⁹⁻¹¹. Ülseratif meme kanserli olguların büyük çoğunluğunun bir veya daha fazla yıl gecikmiş oldukları görülmektedir ⁹. Günümüzde, LİMİK 5 cm'den büyük ve bununla ilişkili olarak ciltte ya da göğüs duvarına ilerlemiş veya aksiller metastaz yapmış meme kanserleri olarak karşımıza çıkar ¹². Bizim hastamızda olduğu gibi 20 cm'nin üzerine çıkan boyutlarda meme kitlesi nadiren görülür. 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 ¹³. Bizim hastamızda sosyoekonomik düzey düşüklüğü ve buna bağlı olarak tedavide bir gecikme söz konusuydu.

Ülseratif meme kanserinin tedavisinde başvuru farklı yöntemler vardır. Literatür taramasında genişletilmiş cerrahi, radyoterapi veya her ikisi birden en çok başvuru yöntemleri olarak karşımıza çıkmaktadır ^{10,12,13}. LİMİK'de öncelikli olarak neoadjuvan kemoterapi (NAKT) ve sonrasında cerrahi önerilmektedir. Bizim hastamızda ise yarının nekrotik ve enfekte olması hatta abseleşmeye başlamasından ötürü öncelikli olarak salvage cerrahi tercih edildi. Primer kemoterapi (neoadjuvan) büyük avantajları kanıtlandığından beri LİMİK tedavisinde artan oranda başvurulmaktadır ^{14,16}. NAKT'nin faydaları sıralandığında; preoperatif kemoterapi memenin konservatif cerrahisine olanak sağlar ¹⁴, metastazların büyümesini veya beslenmesini engeller ve potansiyel olarak sağkalımı uzatarak ¹⁵ vakaların %90'ından fazlasında iyi yanıt oluşturur ^{16,17}. Ve ayrıca terapatik yanıtın in vivo ölçümü kemosensitiviteyi teyit eder. Ve son olarak da, LİMİK cerrahi tedavisi, geniş doku rezeksiyonu ve buna bağlı belirgin kan kaybı, hastanede kalış süresinin uzaması, ciddi postoperatif inflamatuvar sendromlarla sonuçlanabilen uzun ve sofistike plastik cerrahi prosedürleri gerektirebilmektedir. Vakamızda insizyon ağzı genişçe dekole edilebildiğinden ek bir müdahaleye gerek duyulmamıştır (Şekil 3).



Şekil 3 : Postoperatif Görüntü

Cerrahi sonrası doku kaybı olan vakalarda ise iki farklı cerrahi prosedür ile bu kayıp giderilmeye çalışılmaktadır. İki transversus rektus abdominis muskulokutanöz flep yöntemi ve diğeri ise fasiyokutanöz flep yöntemidir. İki teknik arasında morbidite, hastane kalış süresi, adjuvant tedavi süresi, hayat kalitesi ve sağkalım süresi açısından belirgin bir fark bulunmamaktadır.

LİMK'li kadınlarda günümüzde uygulanan standart tedavi multidisipliner terapi şeklindedir. Öncelikli tedavi her olguda farklılık gösterebilir. Tedavi edilmediği takdirde meme kanseri 1 yıl içinde dev boyutlara ulaşarak metastaz yapabilir. Ancak 20 cm'e ulaştığı halde uzak metastaz saptanmaması meme tümör hücrelerinin biyolojik davranışının aslında çok da agresif olmayabileceğini göstermesi bakımından önemlidir. Bu olgularda, tuvalet mastektomisi hayat kalitesini arttıran cerrahi bir teknik olarak hala geçerliliği olan önemli bir prosedürdür.

Kaynaklar

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. CA Cancer J Clin. 2005; 55: 74-108.
2. Ozmen V, Anderson BO. The challenge of breast cancer in low- and middle-income countries implementing the breast health global initiative guidelines. US Oncology, Touch briefing. 2008; 76-9.
3. Ozmen V. Breast cancer in the World and Turkey. J Breast Health. 2008; 4: 6-12.
4. Deo SV, Purkayastha J, Shukla NK, Asthana S. 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.
5. Favret AM, et al. Locally advanced breast cancer: is surgery necessary? Breast J. 2001;7:131-7.
6. Nagadowska M, Kulakowski A. Breast cancer in elderly women: characteristics of the disease. Eur J Surg Oncol. 1991;17: 609-14.
7. Ingianni G. The ulcerated breast cancer. Handchirurgie. 1986; 18: 379-81.
8. 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.
9. Mayer M, Biermann C. Prognosis and therapy of advanced mammary carcinoma from surgical point of view. Zentralbl Chir. 1990; 115: 441-7.
10. El-Hajjam M, et al. Cancer of the breasts in men: apropos of 50 cases. J Chir (Paris). 1995; 132: 131-6.
11. Singletary SE, et al. Revision of American Joint Committee on Cancer Staging System or Breast Cancer. J Clin Oncol. 2002; 20: 3628-36.
12. Akhtar M, Akulwar V, Gandhi D, and Chandak K. Is locally advanced breast cancer a neglected disease? Indian J Cancer. 2011; 48(4):403-5.
13. Piza-Katzer H, Pilz E, Hausmaninger C, Herczeg E. Experience in the surgical treatment of primary advanced breast cancer, wideapread local recurrence and irradiation damage: reflectiions on patient benefit. Wien Klin Wochenschr. 1995; 107: 163-8.
14. Scholl SM, et al. Neoadjuvant versus adjuvant chemotherapy in premenopausal patients with tumors considered too large for breast conserving surgery: preliminary results of a randomized trial. Eur J Cancer. 1994; 30A: 645-52.
15. Fisher B, et al. Effect of preoperative chemotherapy on local-regional disease in women with operable breast cancer: findings from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-18. J Clin Oncol. 1997; 15: 2483-93.
16. von Minckwitz G, et al. Maximized reduction of primary breast tumor size using preoperative chemotherapy with doxorubicin and docetaxel. J Clin Oncol. 1999; 17: 1999-2005.
17. de Dycker RP, et al. Arterial regional chemotherapy for advanced breast cancer. Dtsch Med Wochenschr. 1988; 113: 1229-33.