

Meme Kanseri Hastalarımızın Retrospektif Analizi

Retrospective Analysis of Our Breast Cancer Patients

Devrim Çabuk¹, Mustafa Volkan Demir²,
Selçuk Yaylacı², Ali Tamer²

¹Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Medikal Onkoloji

²Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları

Yazışma Adresi / Corresponding to:

Uzm. Dr. Mustafa Volkan Demir, Malatya Devlet Hastanesi Malatya - Türkiye
GSM: 05303406422 e-mail: mvolkandemir@gmail.com

Özet

Başvuru Tarihi: 01.06.2013 Kabul Tarihi: 02.07.2013

Meme kanseri kadınlarda en sık rastlanan kanserdir. Erken tanı yöntemlerinin gelişmesi ve tedavideki ilerlemelere rağmen halen önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Tarama programları sayesinde ekonomik ve gelişmiş ülkelerde erken tanı alan hasta oranı yüksektir. Sakarya ilinde ilk kez Mart 2010'da onkoloji kliniği açıldı. Çalışmamıza Sakarya ilinde ilk kez açılan onkoloji polikliniğine başvuran ve düzenli izlenen meme kanseri hastaları alındı. 2010-2011 yıllarında başvuran meme kanseri hastaları retrospektif olarak klinik ve patolojik özellikleri açısından değerlendirildi. Sakarya'daki ilk onkoloji merkezi olmamız nedeniyle meme kanserli vakalarımızın demografik, patolojik ve klinik özelliklerini sunmayı uygun bulduk.

Anahtar Kelimeler: Malignite, Meme Kanseri, Tarama programları

Abstract

Application: 01.06.2013 Accepted: 02.07.2013

Breast cancer is the most common cancer in the females. Despite advances in the development of methods for early diagnosis and treatment, breast cancer is still an important cause of mortality and morbidity. The proportion of patients with early diagnosis are higher in the developed countries where screening programs are applied. Oncology clinic was opened in March 2010, for the first time in the province of Sakarya. Regularly monitored breast cancer patients enrolled in our study. Breast cancer patients admitted in 2010-2011 were retrospectively evaluated in terms of clinical and pathological features. We present demographic, pathological and clinical characteristics of the cases of breast cancer, due to the fact that the first oncology center in Sakarya.

Keywords: Malignancy, Breast cancer, Screening programs

Giriş:

Meme kanseri kadınlarda en sık rastlanan kanserdir. Erken tanı yöntemlerinin gelişmesi ve tedavideki ilerlemelere rağmen halen önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Tarama programları sayesinde ekonomik ve gelişmiş ülkelerde erken tanı alan hasta oranı yüksektir. Erken evre hastalarda tedavi hayat kurtarıcı iken metastatik hastalarda şifa sağlamak ne yazık ki bugünkü olanaklarla mümkün değildir. Meme kanserinde tedavi yaklaşımında yol gösterici olan çeşitli faktörler bulunmaktadır. Operabl meme kanserinde tedavi seçimini etkileyen önemli parametreler; hastanın yaşı, menopoz durumu, tümör çapı, metastatik lenf nodu sayısı, histolojik tipi, gradı, hormon reseptör durumu ve c-erb B2'dir. Metastatik hastalarda ise hastanın yaşı, performansı, menopoz durumu, metastaz yeri ve yaygınlığı, hormon reseptör durumu ve c-erb B2 hastalığının prognozunu ve tedavi seçimini belirlemede önemlidirler.^{1,2,3}. Sakarya'daki ilk onkoloji merkezi olmamız nedeniyle meme kanserli vakalarımızın demografik, patolojik ve klinik özelliklerini sunmayı uygun bulduk.

Gereç ve Yöntem

Sakarya ilinde ilk kez Mart 2010'da onkoloji kliniği açıldı. Çalışmamıza Sakarya ilinde ilk kez açılan onkoloji polikliniğine başvuran ve düzenli izlenen meme kanseri hastaları alındı. 2010-2011 yıllarında başvuran meme kanseri hastaları retrospektif olarak klinik ve patolojik özellikleri açısından değerlendirildi. İstatistiksel analizler için "SPSS for Windows 17.0 versiyonu" kullanıldı.

Sonuçlar

Meme kanseri tanısı ile başvuran 101 kadın hasta çalışmaya alındı. Meme kanseri hastaları toplam başvuran hastaların yaklaşık %10'unu oluşturmaktaydı. Hastaların medyan yaşı 56 (31-86) idi. Hastaların çoğunluğunu (%71) 50 yaş ve üzeri hastalar oluşturmaktaydı. Menarş yaşı ortanca 13 (11-15) olarak saptandı. Olguların %66'sı postmenapozaldi (Tablo 1).

Hastaların %25'inde aile öyküsünde malignite tespit edildi. Bunların %45'i meme kanseri idi. Genel olarak tüm hastalara bakıldığında ailede meme kanseri öyküsü hastaların %10'unda mevcuttu.

Hastaların %64'ü çocuk sahibiydi. Çoğunluğu 2 ve 3 çocuk sa-

hibiydi (%38 ve %26, sırasıyla). OKS kullanımı %5 saptandı. Sadece 1 hastanın hormon replasman tedavisi aldığı gözlemlendi. Hastaların 1/3'ünde (%35) sigara içiciliği saptandı.

	n (%)
Yaş	31-86 (ort 56)
Yaş	
≥50	%71
<50	%29
Menopoz durumu	
Premenopozal	% 34
Postmenopozal	% 66

Ele gelen kitle %86 oranıyla en sık başvuru şekliydi. Hastaların %83'ü kitleyi kendisi fark ederken, %16 hastada doktor muayanesinde kitle saptanmıştı. Sadece 1 hastada tarama yöntemiyle kitle fark edilmişti.

Olguların %51,5'inde tümör sol memede, %48,5'inde sağ memede saptandı.

Tümörün histolojik tiplerine bakıldığında en sık invaziv duktal karsinom (%79), sonra sırasıyla invaziv lobuler karsinom (%6) ve mikst tip (%6) gözlemlendi.

Tümörlerin histopatolojik özellikleri Tablo 2'de özetlenmiştir. En sık Evre II hastalık saptanırken başvuruda metastaz hastaların %15'inde gözlemlenmiştir. Hastaların %46'sında lenf nodu metastazı saptanmazken lenf nodu pozitif hastaların çoğunluğunda 1-3 lenf nodu metastazı saptanmıştır (N1 %33).

Metastazla başvuran hastalarda en sık metastaz yeri kemik (%75) iken ikinci sıklıkta akciğer (%19) metastazı saptanmıştır. Cerrahi tedavi yöntemlerine bakıldığında %78 modifiye radikal mastektomi, %22 meme koruyucu cerrahi yapıldığı, bunlardan %17'sine sentinal lenf nodu biyopsisi uygulandığı tespit edildi.

Hastaların %93'üne kemoterapi verildi. Bu tedavilerin %56'sında antrasiklin, %36'sında antrasiklin+taxan bazlı kemoterapi rejimleri uygulandı.

Hormon reseptörü pozitif olan hastaların %78'ine başlangıçtan itibaren veya kemoterapi sonrası endokrin tedavi başlan-

di. Bunların çoğunluğunu aromataz inhibitörleri (%36) oluştururken, %28 hastaya tek başına tamoksifen, %14 hastaya tamoksifen +LHRH (Luteinizan hormon releasing hormon) analogu verildi. Radyoterapi ise hastaların %58'ine uygulandı.

Tablo 2: Tanı sırasında tümörlerin patolojik özellikleri		
Patolojik özellikler	n	%
Histoloji		
İnvaziv duktal karsinom (IDC)	79	79
İnvaziv lobuler karsinom (ILC)	6	6
Mikst (IDC+ILC)	6	6
Diğer	9	9
Tümör		
1	33	34
2	42	44
3	12	13
4	6	6
Nod tutulumu		
Pozitif	51	54
Negatif	44	46
Her-2		
0	63	62
1+	4	4
2+	5	5
3+	23	23
	6	6
Hormon reseptörleri		
ER (+) /PR (+)*	60	61
ER (+) /PR (-)	12	12
ER (-) /PR (+)	7	7
ER (-) /PR (-)	19	20

TARTIŞMA

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen ve en sık ölüme neden olan malign hastalık olup, görülme riski yaş ile artmaktadır. Mevcut verilere göre kadınlar arasında görülen kanserler içinde %24,1 ile ilk sırada yer almaktadır⁴. Batı toplumunda tüm meme kanserlerinin %5-7'si 40 yaş altında iken, Türkiye'de bu oran %20 civarındadır^{5,6}. Özmen ve arkadaşları 11208 meme kanserli hasta üzerinde yaptıkları çalışmada meme kanserinin %31'inin 40-50 yaş arasında, %20,2'sinin 40 yaşın altındaki kadınlarda görüldüğünü tespit etmişlerdir⁵. Bizim çalışmamız da ülkemizdeki oranları destekliyor olup 40 yaş ve altı

hasta oranı %18 saptanmıştır. Çalışmada ortalama yaş 56 olup, 40-50 yaş arası hasta oranımız ise %20 tespit edildi.

Meme kanseri, farklı histolojik ve biyolojik özelliklere sahip olup, bu özellikler kişiden kişiye değişmektedir. Meme kanserinde bilinen prognostik faktörler tümör boyutu, tutulan lenf düğümü sayısı, histolojik ve nükleer derece ve hormon reseptörü durumlarıdır⁷. Tümörün palpe edilebilir olması, tümör boyutunun 20mm'den büyük olması, lenf düğümü tutulumunun bulunması, LVİ (Lenfovasküler invazyon) olması, Her-2 aşırı ekspresyonu hastalığın tekrarlamasında bağımsız kötü prognostik faktörlerdir⁸. Chung ve ark., 3722 meme kanserli kadında 5 yıllık kansere özgül sağkalımı araştırmış ve 40 yaş ve altındaki kadınlarda 5 yıllık kansere özgül sağkalım oranını %69,7 ve 5 yıllık hastaliksız sağkalım oranını ise %60,8 bulmuşlardır⁹. Kroman ve ark., toplum temelli çalışmalarında, yaşın, meme kanserinde sağkalım için bağımsız bir risk faktörü olduğunu belirtmektedirler¹⁰. Çalışmamızda elde edilen veriler değerlendirildiğinde tanı sırasında Evre I ve II olarak değerlendirilen olgu oranı %65, Evre III-IV olarak değerlendirilen olgu oranı ise %35 tespit edildi. Ulusal Meme Kanseri Kayıt Programı verilerinde, tüm yaş grubundaki hastalarda Evre I ve II görülme oranının %79,6, sadece Evre II görülme oranının %52,8 ve sadece Evre III görülme oranının da %9 olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda Evre III hasta oranı %20 saptanmış olup literatüre göre ileri evre oranlarımız daha yüksek, erken evre oranlarımız ise daha düşüktür. Ulusal Meme Kanseri Kayıt Programı verilerinde, tüm yaş gruplarındaki olgularda CerbB-2 pozitiflik oranının %17,5 olduğu görülmüştür. Çalışmamızda %32 oranında CerbB-2 pozitifliği saptanmıştır. Çalışmamızda literatüre göre daha yüksek oranda Cerb-B2 pozitifliği saptanmış olup bu merkezimizin yeni olması ve az hasta sayısı ile açıklanabilir. Takiplerimiz ve hasta sayısı arttıkça literatüre benzer sonuçlar elde edilebileceğini düşünüyoruz.

Ulusal Meme Kanseri Kayıt Programı verilerine göre tüm yaş grubu olguların %90 palpe edilen bir kitle varlığı nedeniyle sağlık kurumlarına başvurduğu belirtilmektedir. Çalışmamızda %83 oranında hastalar kitleyi kendileri fark ederek başvurmuşlardır.

Kadınlarda meme kanserinin erken belirlenmesi için 20 yaşından itibaren ayda bir kez kendi kendine meme muayenesi alış-

kanlığının kazandırılması önemlidir^{11,12}. Tek başına kendi kendini muayenenin öğretilmesi ve bunun tarama yöntemi olarak uygulanmasının mortalite oranını azaltmadığı, saptanan tümör çapında küçülmeyi sağladığı belirtilmektedir. Meme kanseri mortalitesini azaltan tarama yöntemi mamografidir¹³. Kırk yaşından itibaren kendi kendine meme muayenesi ile birlikte yılda bir kez mamografi ile takip önerilir^{14,15}. Meme kanserinin erken tanısında mamografinin etkinliği kanıtlanmış olup, topluma yönelik meme kanseri taramalarında uluslararası kurumlar tarafından ülkelere önerilmektedir¹⁶. Yüksek çözünürlüklü ultrasonografi (USG)'nin pratikte kullanılmaya başlanması ile birlikte, özellikle yoğun memelerde USG de bir tarama yöntemi olarak ortaya çıkmaktadır¹⁷. Mamografi rutin taramada ve meme semptomları olanlarda yüksek sensitivite oranlarına sahiptir. USG ile birlikte kullanılması mamografinin sensitivitesini arttırmakta ve takip protokolünü değiştirmektedir¹⁸.

Meme kanserinin tarama programları ile erken evrede saptanması, daha küçük girişimler ile genel sağ kalımın artırılması ve mortalitenin azaltılması gibi avantajlara sebep olacaktır.

Meme kanseri risk değerlendirilmesi amacıyla ülkemizde 5000 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada kadınlara en önemli bağımsız risk faktörü olan yaşa göre uygun taramaların yapılması gerektiği belirtilmiştir¹⁹

Ülkemizde meme kanserli vakaların %31'i 41-50 yaş arasında, % 20,2' i ise 40 yaşın altındadır. Bunların da %5'den azı taramalar ile veya menopoz kliniklerinde tanı almaktadır⁵. Çalışmamızda da sadece 1 hastada tarama ile meme kanseri tespit edilmiştir. Bu rakamlar meme taramasının daha çok yaygınlaştırılması ve tarama yaşının yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmamız küçük bir merkezde, az sayıda hastada yapılmış olmasına rağmen Türkiye verileriyle karşılaştırmak açısından önemli olduğunu düşünüyoruz. Türkiye genelinde bu gibi yeni açılan küçük merkezlerin verilerinin daha fazla toplanması ve daha fazla hasta sayısı içeren çok merkezli çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Tarama programlarının yaygınlaşmasına rağmen halen bu yöntemlerle tanı konan hasta oranları oldukça düşüktür. Tarama programlarının daha da yaygınlaştırılması, sağlıklı topluma bilgi aktarımının artırılması gerekmektedir.

Hasta sayımız ve takibi kısa olduğundan sağkalım verileri bildirilememiştir. Bu hastaların merkezimizdeki takipleri arttıkça bu verileri de içeren daha büyük çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Greenlee RT, Hill-Harmon MB, Murray T, Thun M. Cancer statistics, 2001. *CA Cancer J Clin*, 2001; 51:15-36.
2. Öztöp İ, Alakavuklar M. Metastatik meme kanserinde kemoterapi. *Hematoloji-Onkoloji Güncel derleme dergisi*, 2001; 3: 128-36.
3. Pak I. Erken evre meme kanserinde prognostik faktörler, *Hematoloji-Onkoloji Güncel derleme dergisi*, 2001; 3: 79-83.
4. Stewart SL, King JB, Thompson TD, Friedman C, Wingo PA. Cancer mortality surveillance United States, 1990-2000. *MMWR Surveill summ*. 2004;53:1-108
5. Ozmen V. Breast cancer in the world and Turkey. *The Journal of Breast Health* 2008; 4(2):7-12.
6. Bland KI, Menck HR, Scott-Conner CE, Morrow M, Winchester DJ, Winchester DP. The National Cancer Data Base 10-year survey of breast carcinoma treatment at hospitals in the United States. *Cancer* 1998;83(6):1262-73.
7. Esteva FJ, Sahin AA, Cristofanilli M, Arun B, Hortobagyi GN. Molecular prognostic factors for breast cancer metastasis and survival. *Semin Radiat Oncol* 2002;12(4):319-28.
8. Gray RJ. Flexible methods for analyzing survival data using splines, with application to breast cancer prognosis. *J Am Stat Assoc* 1992;87(420):942-51
9. Chung M, Chang HR, Bland KI, Wanebo HJ. Younger women with breast carcinoma have a poorer prognosis than older women. *Cancer* 1996;77(1):97-103.
10. Kroman N, Jensen MB, Wohlfahrt J, Mouridsen HT, Andersen PK, Melbye M. Factors influencing the effect of age on prognosis in breast cancer: population based study. *BMJ* 2000;320(7233):474-8.
11. Özgün H, Soyder A, Tuncyürek P. Meme kanserinde geç başvuruyu etkileyen faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009;5, Sayı 2 : 087-091.
12. Dolgun E, Kabataş MS, Ertem G 20 yaş ve üzeri kadınlara kendi kendine meme muayenesi hakkında verilen planlı eğitimin etkinliğinin incelenmesi *Meme Sağlığı Dergisi* 2009;5:141-147.
13. Özmen V Dünya'da ve Türkiye'de meme kanseri tarama (Screening) ve kayıt programları *Meme Sağlığı Dergisi* 2006 ;2:055-058.
14. Boyle P: Recommendation for mammographic screening after the dust settles. 8th international conference: Primary Therapy of Early Breast cancer SL, St Gallen / Switzerland. March 12-15 2002
15. Ballard-Barbash R, Brown ML, Potosky AL: Exploring the role of prevention, screening and treatment in cancer trends in Perry ML, eds: American Society of Clinical Oncology: Educational Book, 38 th Annual meeting. Baltimore, Lipponcott,pp:127-136,2002.
16. Tuncer M. TC Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı, Kadınlarda meme kanseri Taramaları için ulusal standartları 2004. http://www.ukdk.org/pdf/meme_standart.pdf 11.01.2013
17. Duijm LE, Guit GL, Hendriks JH, Zaat JO, Mali WP. Value of breast imaging in women with painful breasts: observational follow up study. *BMJ* 1998;317:1492-5
18. Doğan R, Söğütlü G, Kutlu R, Gürses İ, Çakır İ, Borut B, Deniz S. Başlangıçta negatif bulgulu veya palpe edilmeyen benign meme lezyonlu kadınlarda yaş gruplarına göre takip protokolü *Meme Sağlığı Dergisi* 2007;3:58-62.
19. Celalettin Eroğlu, Mehmet Ali Eryılmaz, Seher Cıvık, Zuhra Gurbuz. Meme Kanseri Risk Değerlendirmesi: 5000 Olgu. *Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi* 2010;1:027-033.