

Kocaeli'nde son yedi yılda saptanan 250 meme karsinomunun histopatolojik özellikleri (1998 – 2004)

Histopathological features of 250 breast carcinomas diagnosed in Kocaeli within the last seven years (1998-2004)

Gupse Turan

Sevgiye Kaçar Özkara

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Kocaeli

Özet

Amaç: Bu çalışmada, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'nda tanı alan malign meme tümörlerinin dökümünü yaparak, bunların histopatolojik ve prognostik özelliklerini sınıflamaktır.

Gereç ve yöntem: Toplam 250 meme kanseri olgusu yaş, tümörün yerleşim yeri, boyutu, histopatolojik tipi, diferansiyasyon derecesi, lenf düğümü tutulumu, perinodal, lenfovasküler ve perinöral invazyon durumu, in-situ karsinom ile birlikteliği, hormon reseptör ve c-erb-B2 sonuçları çıkarılarak dökümante edildi, evrelendirildi. Histopatolojik veriler istatistiksel olarak değerlendirildi.

Bulgular: Bölümümüzde son yedi yılda 250 yeni hasta meme karsinomu tanısı almıştır. Olgularımız daha çok 50 yaşın üzerinde olup, en sık sol meme üst dış kadranda tümör saptanmıştır. Tümör boyutu, çoğunlukla 2 cm'nin üzerinde olup, en sık görülen histopatolojik tip invaziv duktal karsinomdur. Tümörlerin büyük bölümü orta ve az diferansiye gruplardadır ve olguların %64.7' sinde lenf düğümü tutulumu saptanmıştır. Tümörlerin büyük bir bölümü ileri evrelerde tanı almıştır. En önemli prognostik parametre olarak kabul edilen lenf düğümü tutulumu ile tümörün boyutu ve diferansiyasyon derecesi, metastatik lenf düğümlerinin boyutu, perinodal yumuşak doku invazyonu, lenfovasküler ve perinöral invazyon ve evre arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı ($p < 0.05$).

Sonuç: Meme kanseri sıklığı, kadın nüfusu içerisinde ilk sıradadır. Kendi olgularımıza ait histopatolojik ve prognostik özelliklerin bilinmesi, kendi bölgemize ve ülkemize ait varsa farklılıkların ortaya çıkarılmasına yardımcı olacaktır. Meme kanserlerinin, erken evrede tanı almasını sağlamak için ulusal tarama programı oluşturulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Kanser, karsinom, meme, prognoz

Bu çalışmanın bir bölümü, XVII. Ulusal Patoloji Sempozyumu'nda (Gaziantep, 1-6 Ekim 2004) sunulmuştur.

Summary

Aim: In this study, we aimed to document breast carcinoma cases that were diagnosed in the Pathology Department of Kocaeli University Medical School, in order to classify the histopathological and prognostic features of these tumors.

Materials and methods: Histopathological findings of 250 breast carcinoma cases were analyzed statistically. The cases were documented in terms of age, localization of tumor, size, histopathological type, grade, nodal involvement, perinodal soft tissue invasion, lymphovascular and perineural invasion, concurrence of carcinoma in-situ, hormon receptor and c-erb-B2 status; and staged. Histopathological parameters were analyzed statistically.

Results: 250 new patients were diagnosed to have breast cancer in our department within the last seven years. There were more patients over 50 years of age. The tumors were more often located within the left upper lateral quadrant. Tumor size was usually more than 2 cm. and invasive ductal carcinoma was more frequently seen. Majority of the tumors were moderately or poorly differentiated. Lymph node involvement were present in 64.7 % of the cases. A large proportion of our cases were diagnosed within late stages. There was a statistically significant association between the nodal involvement - which is accepted as the most important prognostic parameter - and tumor size, degree of differentiation, size of the metastatic lymph nodes, perinodal soft tissue invasion, lymphovascular and perineural invasion and stage ($p < 0.05$).

Discussion: Breast cancer is the leading cancer among women. It would be helpful to document the histopathological and prognostic features of our own cases to clarify if different characteristics belonging to our region as well as to our country is present. A national screening programme should be established and carried out in order to diagnose breast cancer at an early stage.

Key words: Cancer, carcinoma, breast, prognosis

This study was partly presented as in XVII. National Pathology Symposium (Gaziantep, 1-6th November, 2004)

Ülkemizde de meme kanseri, tüm dünyada olduğu gibi, Sağlık Bakanlığı Kanser Daire Başkanlığı'nın 1999 yılı verilerine göre, kadın nüfusu içerisinde %24.1 oranı ile birinci sıklıkta görülmektedir (1). Türkiye'de 1999 yılında 2400 civarında yeni meme kanseri olgusu tanı almıştır (1).

Dünya'da 2002 yılı kayıtlarına göre 1.15 milyon kadın meme kanserine yakalanmıştır (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2003 yılı kayıtlarına göre ise meme kanseri %22 ile kendinden sonra ikinci sırada gelen organ kanserinin iki katından fazla oranda görülmektedir. Kuzey Amerika, Avrupa ve Avustralya meme kanseri için yüksek riskli coğrafi bölgelerdir (3).

Kuzey Amerika'da meme kanseri insidansı %31.3, Avrupa'da %27.3'tür. Yine bu ülkelerde meme kanseri hastalarının yaşam beklentileri daha iyi düzeyde olup; hem insidans hem de survey farklılığı büyük ölçüde tarama programlarının etkisine bağlanmaktadır. İnsidansın çoğu ülkede arttığı ve bu artışın da düşük insidans gösteren bölgelerde daha yüksek oranda olduğu rapor edilmektedir (2).

Bu çalışmada amacımız, bölgemizdeki meme kanserlerinin insidansını ve histopatolojik özelliklerini belirlemektir.. Bunun için tüm biyopsi materyalimiz içerisindeki, meme kanseri olgularımız ile ilgili ayrıntılı histopatolojik döküm yapılarak, bölgesel özellikler ortaya çıkarılmaya çalışılmış ve bu konudaki güncel durum belirlenmiştir. Ayrıca daha ileri çalışmalara zemin oluşturmak amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'nda, son 7 yılda (Ocak. 1998 – Haziran. 2004) incelenen biyopsi materyalimizin bilgisayar rapor kayıtları taranarak; "meme karsinomu" tanısı alan tüm olguların dökümü çıkarıldı.

Olguların yaşları, tümörün yerleştiği meme (sağ/ sol), kadran, tümörün boyutu, histopatolojik tipi, çıkarılan lenf düğümü sayısı, metastatik lenf düğümü sayısı ve boyutu, perinodal yumuşak doku invazyonu, lenfovasküler ve perinöral invazyon, eşlik eden in-situ karsinom varlığı/ yokluğu, cerrahi sınırların durumu, östrojen ve progesteron reseptörü ve c-erb-B2 sonuçları kaydedildi.

Dizideki olgular, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO)'nın meme karsinomları sınıflaması esas alınarak histopatolojik tiplerine göre gruplandırıldı (3). Bloom-Richardson sisteminin Nottingham modifikasyonu kullanılarak derecelendirildi (4) ve TNM sistemine göre evrelendirildi.

Tüm değişkenler meme karsinomlarının TNM evrelemede kullanılan ölçütlere göre gruplandırıldı (3). Tümör

boyutu, 2 cm ve altı (T1), 2-5 cm arası (T2) ve 5 cm'nin üzeri (T3) olmak üzere üç grupta değerlendirildi.

Metastatik lenf düğümlerinin sayısı, 0 (N0), 3 ve daha az (N1), 4 ile 9 arası (N2), 10 ve daha çok (N3) olarak gruplandırıldı. Metastatik lenf düğümlerinin boyutu 2 cm'nin altı ve üstü olmak üzere ayrıldı. Steroid hormon reseptör ve c-erb-B2 sonuçları pozitif ve negatif olarak gruplandırıldı.

Olgulara ait tüm veriler SPSS programı yardımıyla istatistiksel olarak değerlendirildi. Değişkenler arasındaki ilişkiler ki-kare ve Fisher'in kesin ki-kare testleri ile değerlendirildi. P değeri 0,05 den küçük bulunduğu, değişkenler arasındaki ilişki anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Anabilim Dalı'mızda son 7 yılda değerlendirilen toplam 32 196 biyopsi materyalinin %3.19'unu (1030'u) meme biyopsileri oluşturmaktaydı. Bunların 319'u (%30.97) "meme karsinomu" tanısı almış olup, bunun da toplam 250 hastaya ait olduğu saptandı. Dizideki olguların klinikopatolojik ve histopatolojik özellikleri belirlendi (Tablo I, II).

Tablo I. Olguların değerlendirilen klinikopatolojik özellikleri (Toplam olgu sayısı N =250).

Özellikler	Olgu sayısı		
	(n)	Yüzde (%)	
Materyal türü	İnsizyonel biyopsi	10	4.0
	Eksizyonel biyopsi	49	19.6
	Mastektomi	155	62.0
	Blok/lam konsültasyonu	36	14.4
Yaş	≤ 35	18	7.2
	36 - 50	109	43.6
	> 50	123	49.2
Yerleşim	Sağ meme	90	36.0
	Sol meme	113	45.2
	Bilateral	3	1.2
	Bilinmeyen	44	17.6
Kadran	Üst dış	70	28.0
	Üst iç	24	9.6
	Alt dış	12	4.8
	Alt iç	15	6.0
	Santral	18	7.2
	Multipl	13	5.2
	Bilinmeyen	98	39.2

Tablo II. Dizideki olguların histopatolojik özelliklerine göre dağılımı (N=250).

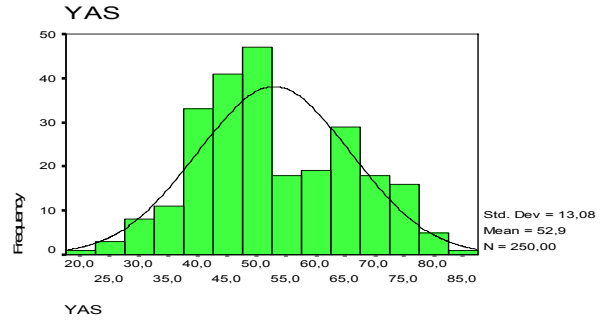
Özellikler	Olgu sayısı (n)	Yüzde (%)
Tümör boyutu	≤ 2 cm (pT1)	47 18.8
	2.1 - 5 cm (pT2)	93 37.2
	> 5 cm (pT3), (pT4)	40 16.0
	Bilinmeyen (pTx)	70 28.0
Histopatolojik tip	İn-situ duktal karsinom	12 4.8
	İnvaziv duktal karsinom (ID)	183 73.2
	İnvaziv lobüler karsinom (IL)	13 5.2
	Mikst (ID+IL)	15 6.0
	Medüller karsinom	4 1.6
	Müsinöz karsinom	11 4.4
	Papiller karsinom	4 1.6
	Adenoid kistik karsinom	2 0.8
	Metaplastik karsinom	2 0.8
İnflamatuvar karsinom	4 1.6	
Tümörün diferansiyasyon derecesi (Grade)	İyi diferansiye (I)	15 6.0
	Orta diferansiye (II)	93 37.2
	Az diferansiye (III)	53 21.2
	Değerlendirilmeyen	89 35.6
Lenf düğümü tutulumu (N) (n=150)	Yok (N 0)	53 35.3
	≤ 3 LN(+) (N 1)	49 32.7
	4 - 9 LN(+) (N 2)	22 14.7
	≥ 10 LN(+) (N 3)	26 17.3
Perinodal y. d. invazyonu (n=150)	Yok	89 59.3
	Var	61 40.7
Lenfovasküler invazyon	Yok	185 74.0
	Var	65 26.0
Perinöral invazyon	Yok	228 91.2
	Var	22 8.8
İn-situ karsinom ile birliktelik	Yok	171 68.4
	Var	79 31.6
Evre (n=144)	I	16 11.1
	II	73 50.7
	III	55 38.2
	IV	0 0.0
	Evrelenemeyen	106 44.4

Meme karsinomu olgularının yaşları 21 ile 86 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 52.9 (standart deviasyon=13.08); ortanca yaş 50.0 idi (Grafik 1).

Tümör boyutu 0.5 ile 20 cm arasında değişmekteydi.

Olguların 150'sine aksiller lenf düğümü disseksiyonu yapılmıştı.

Değerlendirilen lenf düğümü sayısı 1 ile 39 arasında değişmekteydi.



Grafik 1. Olguların yaş dağılımı eğrisi.

İstatistiksel değerlendirme sonucunda aşağıdaki sonuçlar elde edildi:

Tümörün boyutu ile diferansiyasyon derecesi (p=0.000), metastatik lenf düğümlerinin sayısı (p=0.001) ve boyutu (p=0.000), lenfovasküler invazyon (p=0.000), evre (p=0.000) ve eşlik eden in-situ duktal karsinom varlığı (p=0.002) arasında;

Tümörün diferansiyasyon derecesi ile tümörün boyutu (p=0.000), metastatik lenf düğümlerinin sayısı (p=0.005) ve boyutu (p=0.000), lenfovasküler (p=0.000) ve perinöral invazyon (p=0.002) arasında;

Metastatik lenf düğümlerinin sayısı ile tümörün boyutu (p=0.001) ve diferansiyasyon derecesi (p=0.005), metastatik lenf düğümlerinin boyutu (p=0.000), perinodal yumuşak doku invazyonu (p=0.000), lenfovasküler (p=0.003) ve perinöral invazyon (p=0.013) arasında;

Perinodal yumuşak doku invazyonu ile metastatik lenf düğümlerinin sayısı (p=0.000) ve boyutu (p=0.000), lenfovasküler invazyon (p=0.048) ve evre (p=0.000) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu.

Lenfovasküler invazyon ile tümörün boyutu (p=0.000), histopatolojik tipi (p=0.006) ve derecesi (p=0.000), metastatik lenf düğümlerinin sayısı (p=0.003), perinodal yumuşak doku (p=0.048) ve perinöral invazyon (p=0.000), evre (p=0.010) ve progesteron reseptörü immunoreaktivitesi (p=0.002) arasında;

Perinöral invazyon ile tümörün diferansiyasyon derecesi (p=0.002), metastatik lenf düğümlerinin sayısı (p=0.013), lenfovasküler invazyon (p=0.000) ve progesteron reseptörü immunoreaktivitesi (p=0.010) arasında (Tablo III);

Östrojen reseptörü immunoreaktivitesi ile progesteron reseptörü (p=0.000), tümörün histopatolojik tipi (p=0.048) ve metastatik lenf düğümlerinin boyutu (p=0.031) arasında;

Tablo III. Dizideki lenf düğümü tutulumu ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanan özellikleri (n=150).

Özellikler		Lenf düğümü tutulumu					P değeri
		N0 (%)	N1 (%)	N2 (%)	N3 (%)	Toplam (%)	
Tümör boyutu	T 1	16 (50.0)	12 (37.5)	3 (9.4)	1 (3.1)	32 (100.0)	0.001
	T 2	26 (34.7)	27 (36.0)	14 (18.7)	8 (10.7)	75 (100.0)	
	T 3	8 (24.2)	6 (18.2)	4 (12.1)	15 (45.5)	33 (100.0)	
	Bilinmeyen	3 (30.0)	4 (40.0)	1 (10.0)	2 (20.0)	10 (100.0)	
Derece	I	7 (53.8)	3 (23.1)	2 (15.4)	1 (7.7)	13 (100.0)	0.005
	II	18 (28.1)	30 (46.9)	7 (10.9)	9 (14.1)	64 (100.0)	
	III	13 (30.2)	7 (16.3)	12 (27.9)	11 (25.6)	43 (100.0)	
	Değerlendirilmeyen	15 (50.0)	9 (30.0)	1 (3.3)	5 (16.7)	30 (100.0)	
Perinodal yumuşak doku invazyonu	Yok	53 (59.6)	27 (30.3)	5 (5.6)	4 (4.5)	89 (100.0)	0.000
	Var	0 (0.0)	22 (36.1)	17 (27.9)	22 (36.1)	61 (100.0)	
Lenfovasküler invazyon	Yok	44 (43.6)	31 (30.7)	15 (14.9)	11 (10.9)	101 (100.0)	0.003
	Var	9 (18.4)	18 (36.7)	7 (14.3)	14 (30.6)	49 (100.0)	
Perinöral invazyon	Yok	50 (38.5)	42 (32.3)	19 (14.6)	19 (14.6)	130 (100.0)	0.013
	Var	3 (15.0)	7 (35.0)	3 (15.0)	7 (35.0)	20 (100.0)	

Tablo IV. Olguların değerlendirilen immün dokü kimyasal bulgularına göre dağılımı (N=250).

İmmün dokü kimyasal bulgu		Olgu sayısı (n)	Yüzde (%)
Östrojen reseptörü (n=163)	Pozitif	105	64.4
	Negatif	58	35.6
	Test edilmeyen	87	34.8
Progesteron reseptörü (n=163)	Pozitif	101	62.0
	Negatif	62	38.0
	Test edilmeyen	87	34.8
c-erb-B2 (n=79)	Pozitif	37	46.8
	Negatif	42	53.2
	Test edilmeyen	171	68.4

Progesteron reseptörü immunoreaktivitesi ile östrojen reseptörü (p=0.000), lenfovasküler (p=0.002) ve perinöral invazyon (p=0.010) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.

İnvaziv duktal karsinomların %63.8'inde östrojen reseptörü pozitif iken; invaziv lobüler karsinomların %88.9'unda, müsinöz karsinomların ise %100'ünde östrojen reseptörü pozitif bulundu. Medüller karsinomların tümünde ise östrojen reseptörü negatif (Tablo IV).

Tartışma

T.C. Sağlık Bakanlığı'nın en son 1999 yılında yayınlanan verilerinde, meme karsinomu ülkemiz genelinde kadın nüfusu içerisinde %24.1 oranı ile ilk sırayı almaktadır (1). Kocaeli ili, Türkiye genelinde kanser insidansının en yüksek olduğu Marmara bölgesi (1) içerisinde yer almaktadır ve Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, bu bölgenin büyük bir bölümüne 9 yıldır hizmet vermektedir. Bu ön çalışmada, Patoloji Anabilim Dalımızda bilgisayar rapor kayıtlarının bulunduğu son 7 yıla ait meme karsinomlarının dökümü yapılarak, kendi olgularımıza ait istatistik veriler oluşturulmuştur. Ayrıca, çalışmamızda

konvansiyonel histopatolojik ve immün doküimyasal prognostik parametrelerin tümü dökümante edilmiştir.

Ülkemizde tıbbın tüm dallarında olduğu gibi, patoloji uzmanlık alanında da, varolan ulusal istatistik verilerimiz, hem bilimsel çalışmalarımız, hem de eğitim etkinliklerimiz sırasında, bize sıkça sıkıntı yaşatmaktadır. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'nda yürütülen genel kanser istatistiklerinin oluşturulması çabalarına bu konuda yapılan bölgesel bilimsel çalışmalar da eklenmekte (5,6) ve gittikçe kendi verilerimizi de sunabilme ve tartışabilme olanağı bulmaktayız.

Dünyada ve Avrupa'da meme kanseri ile ilgili farklı ülkelere ya da çok-uluslu ayrıntılı epidemiyolojik ve klinikopatolojik çalışmalar yayınlanırken; bu konudaki yetersiz dökümantasyon nedeniyle, ülkemiz bu çok-uluslu çalışmalarda da yer alamamaktadır (7). Ülkemizde meme karsinomları hakkında, farklı bölgelerde yapılan ulusal çalışmaların çoğunda, sunulan veriler sınırlı olarak ayrıntılandırılmıştır.

Meme tümörlerinin, farklı toplumlarda ve coğrafi koşullarda değişen klinik, histopatolojik ve prognostik özellikleri olabildiği bilinmektedir (2,8,9). Buna ek olarak, aynı ülke içerisinde bölgesel epidemiyolojik değişiklikler, risk faktörlerinde farklılıklar bulunabilir. Bunların bölgesel ayrıntılı çalışmalarla ortaya konması, risk faktörlerinin belirlenmesi; değiştirilebilir ve iyileştirilebilir etkenlerin saptanmasında önemli basamaklardan birisidir. Meme kanserinde olguların %10 kadarı genetik faktörlere (BRCA 1 ve BRCA 2 genleri) bağlı olarak ortaya çıkarken; olguların büyük bir bölümü çeşitli çevresel faktörlerin etkisiyle gelişmektedir (2).

İnvaziv meme karsinomlarında konvansiyonel prognostik faktörler, lenf düğümlerinin durumu, tümörün boyutu, diferansiyasyon derecesi, histolojik tipi ve lenfovasküler invazyondur (10).

Meme karsinomları, sağ memeye göre sol memede ve diğer kadranslara göre üst dış kadranda daha sıklıkla görülürler. Kendi olgularımızda da aynı sonuca ulaşılmıştır. Retroareolar yerleşimli tümörler ise %50 sistemik nüks riski ve mortalite ile ilişkilendirilmektedir. Olgularımızdan 18'i (%7.2) santral yerleşimlidir. Öte yandan, multisentrik olgularda kötü prognozu savunan yazılar bulunmaktadır (11). Multiple kadranda yerleşim gösteren olgu sayımız da 13 (%5.2)'dür.

Meme karsinomlarının 35 yaş ve altında, 50 yaş ve üstü ile benzer ve hatta daha kötü prognozlu olduğunu savunan çalışmalar bulunmaktadır. Bu durum, genç hasta grubunda tümörlerin daha sıklıkla yüksek dereceli olma-

sına bağlanmaktadır (11,12). Çalışmamızda 35 yaşın altında 18 olgu (%7.2) bulunmaktadır. Bu olguların 2'sinde (%11.1) tümörler yüksek derecelidir.

Primer tümörün boyutunun, özellikle lenf düğümü tutulumu olmayan olgularda, yayılım ve nüksü belirlemede en güçlü belirteç olduğu gösterilmiştir (13). Çalışmamızda lenf düğümlerinde tutulum saptanmayan toplam 53 olgudan 16'sında (%30.2), tümör boyutu 2 cm'nin altında, 34'ünde (%64.2) ise 2 cm'nin üzerindedir (Üçünde tümör boyutu bilinmemektedir).

Meme karsinomlarının histopatolojik alt tiplerinden tubuler, kribriform, medüller, müsinöz, papiller, adenoid kistik ve sekretuar karsinomlar daha iyi prognozlidir. Bu grupta toplam 21 (%8.4) olgumuz bulunmaktadır. Öte yandan skuamöz, metaplastik, nöroendokrin ve özellikle inflamatuvar karsinom, invaziv duktal karsinoma göre daha kötü prognozla ilişkilendirilmektedir (11). Çalışmamızda bu grupta ise toplam 6 (%2.4) olgu yer almaktadır.

Meme karsinomlarının diferansiyasyon derecesini belirlemede yaygın olarak iki sistem kullanılmaktadır: Bloom-Richardson (14) ve Black sistemleri. İlkinde yapısal özellikler (tubul formasyonu), ikincisinde nükleer atipinin derecesi temel alınmıştır. Bu özelliklerin ikisinin de prognostik önemi bulunduğu gösterilmesinin ardından, bu iki sistem, Bloom-Richardson sisteminin Nottingham modifikasyonu adı altında, mitotik aktivite de eklenerek birleştirilmiştir (4). Bu modifiye sistemin gözlemciler arası yinelenebilirliği de yüksektir (15). Yaygın olarak NOS-invaziv duktal karsinomlar için kullanılmakla birlikte, spesifik tipler ve invaziv lobüler karsinomlar için de kullanılabilirliği bildirilmektedir (4). Bölümümüzde, derecelendirme yalnız invaziv duktal karsinomlar için yapılmıştır.

Meme karsinomlarında aksiller lenf düğümü metastazı, en önemli prognostik parametrelerden biri hatta en önemlisi (10) kabul edilmektedir. Lenf düğümü pozitif olguların, lenf düğümü tutulmamış olgulara kıyasla dramatik olarak düşen yaşam grafikleri vardır. Çalışmamızda lenf düğümü tutulumu olmayan 53 (%35.3) olgu varken, 4 ve üzerinde lenf düğümü tutulumu bulunan toplam 48 hasta (%32.0) belirlendi.

Lenfovasküler invazyon da kötü prognostik parametrelerden birisidir. Lenfatik invazyon, nüks için riski arttırırken; kan damarı invazyonu uzak metastaz olasılığını göstermektedir (11). Olgularımızın %26.0'sında lenfovasküler invazyon saptanmıştır.

Meme karsinomlarında östrojen ve progesteron reseptörü immunoreaktivitesi zayıf prognostik, ancak hormonal

tedaviye olası yanıtı belirlemede güçlü faktörlerdir. Olgularımızdan, immun dokü kimyasal çalışmaları yapılmış olanların %64.4'ünde östrojen, %62.0'sinde progesteron immunoreaktivitesi saptanmıştır.

C-erb-B2 (HER2/neu) onkoproteininin artmış ekspresyonu ise lenf düğümü metastazı pozitif olgularda kötü prognozla ilişkilendirilmektedir (11). Çalışmamızda, lenf düğümü metastazı gösteren olguların (n=97) 14'ünde (%14.4) c-erb-B2 ekspresyonu da saptandı.

Meme kanserinin erken evrelerde tanısında kendi kendine meme bakışının (KKMB) (16), mammografinin ve ince iğne aspirasyon biyopsisinin (İİAB) önemli olduğu kabul edilmektedir. Meme karsinomuna bağlı mortalite oranlarında belirgin azalmanın sağlandığı ülkelerde, tarama programları ile olguların erken evrelerde tanı aldığı dikkati çekmektedir (2,7). Bölgemizde, olgularımızın %11.1'i erken evrede tanı alırken, %88.9'u ileri evrelerde tanı almıştır. Hastanemizde mammografi ve İİAB yaygın olarak kullanılmakta olmasına karşın, bu sonuçlar rutin bir ulusal/bölgesel meme tarama programımızın olması ile açıklanabilir.

Sonuç

Çalışmamızda, olgularımızın klinik izlem sonuçları yer almadığından, verilerimizi prognoz ile ilişkilendiremedik. Ancak, olgularımızın %88.9'unun II. ve III. evrelerde tanı almış olması, ulusal meme kanseri tarama programlarının ne denli önemli bir gereksinim olduğunu ortaya koymaktadır.

Teşekkür

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Prof. Dr. Nadir Paksoy, Prof. Dr. Zuhal Yumbul, Prof. Dr. Cengiz Elçin, Prof. Dr. Kürşat Yıldız, Doç. Dr. Bahar Müezzinoğlu ve Doç. Dr. Yeşim Gürbüz'e ve ayrıca sekreterimiz Saadet Kral Çelik'e çok değerli katkıları için teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Kanserle Savaş Politikası ve Kanser Verileri (1995-1999). T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Bakanlık Yayın No:618, Ankara, 2002; 140-148.
2. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *Cancer J Clin* 2005; 55: 74-108.
3. Tavassoli FA, Deville P, (eds). World Health Organisation Classification of Tumors. Pathology and Genetics of Tumors of the Breast and Female Genital Organs. IARC (International Agency for Research on Cancer) Press, Lyon, 2003; 9-112.
4. Elston CW, Ellis IO. Pathological prognostic factors in breast cancer. I. The value of histological grade in breast cancer: experience from a large study with long term follow up. *Histopathology* 1991;19: 403-410.
5. Canda MŞ, (ed). Türkiye Ekopatoloji Dergisi 1995; 1(1-2): 1-53; 1999; 5(3-4): 87-148.
6. Kayar R. Türkiye Meme Hastalıkları Bibliyografyası (1997-2000). III Cilt, İzmir: Meme Hastalıkları Derneği Yayın No: 1, İzmir: Duyal Basımevi, 2000; 150.
7. Botha JL, Bray F, Sankila R, Parkin DM. Breast cancer incidence and mortality trends in 16 European countries. *Eur J Cancer* 2003 ;39(12):1718-29.
8. Tavassoli FA. Pathology of the Breast. Second edition, Stanford, Connecticut: Appleton&Lange, 1999.
9. Schnitt SJ, Millis RR, Hanby AM, Oberman HA. Section II. Breast. In: Sternberg's Diagnostic Surgical Pathology, Mills SE, Carter D, Greenson JK, Oberman HA, Reuter V, Stoler MH. (Eds), Fourth edition, Vol. 1, Philadelphia: Lippincott Williams&Willkins, 2004; 323-395
10. Schnitt SJ. Traditional and newer pathologic factors. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 2001; (30): 22-26.
11. Rosai J. In Rosai and Ackerman's Surgical Pathology, Ninth edition, Vol. 2, London: Mosby, 2004; 1763-1876.
12. Berthau P, Steinberg SM, Cowan K, Merino MJ. Breast cancer in young women: clinicopathologic correlation. *Semin Diagn Pathol* 1999; 248-256.
13. Quiet CA, Ferguson DJ, Weichselbaum RR, Hellman S. Natural history of node-negative breast cancer. A study of 826 patients with long term follow up. *J Clin Oncol* 1995; 13: 1144-1151.
14. Bloom HJG, Richardson WW. Histological grading and prognosis in breast cancer. A study of 1409 cases of which 359 have been followed for 15 years. *Br J Cancer* 1957; 11: 359-377.
15. Robbins P, Pinder S, de Klerk N, Dawkins H, Harvey J, Sterrett G, Ellis I, Elston C. Histological grading of breast carcinomas: a study of interobserver agreement. *Hum Pathol* 1995; 26: 873-879.
16. Aslan FE, Gürkan A, Şelimen D, İşsever H. İstanbul'da kadınların meme kanseri tarama programlarına katılımı (Mamografi çekirme, meme muayenesi için hekime gitme ve kendi kendine meme muayenesi yapma durumları). *Çağdaş Cerrahi Dergisi* 2002; 16(2): 86-96.

Yazışma adresi:

Dr. Sevgiye KAÇAR ÖZKARA
Mustafa Paşa Mah. Bağdat Cad.
0712. Sok. No. 19/6
41400 - Gebze / KOCAELİ
Tel : 0 262 303 7057 / 303 7026
Fax : 0 262 642 19 41
E-posta : emrecan1999@yahoo.com