

KARDİYOVASKÜLER CERRAHİ MEME KANSERİNİN REJYONEL YAYILIMINA SEBEP OLABİLİR Mİ?

DOES CARDIOVASCULAR SURGERY CAN CAUSE THE REGIONAL SPREAD OF BREAST CANCER?

Haluk Ulucanlar^a
Ahmet Ay^b
Aybala Ağaç^a
Suat Kutun^a
Eda Yılmaz Akçay^d
Adnan Hasanoglu^c
Abdullah Çetin^a

ÖZET: Göğüs duvarı tümörleri cerrahlar açısından zorlu bir antite olagelmiştir. Bizler 11 ay önce koroner by-pass operasyonu geçirmiş ve sternotomi insizyon hattı ve sutur materyali geçiş lokalizasyonunda serbest tümör nodülleri bulunan meme kanserli bir olguu sunuyoruz. Hastanın kardiyopulmoner instabilitesi nedeniyle toraks duvarına yönelik geniş eksizyon uygulanamamıştır. Olgumuz ışığında kardiyovasküler girişim öncesi meme muayenesinin operasyon ve enstrumantasyon aşamasında olası meme tümörlerinin lokal yayılımını engellemede önemli olduğu görülmüştür. Zira olası bir lokal yayılım durumunda toraks duvarına yönelik geniş rezeksiyon uygulama seçeneği kardiyopulmoner komplikasyon sıklığının artması dolayısıyla kısıtlanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Meme Kanseri, Kardiyovasküler Cerrahi, Lokal Yayılım

ABSTRACT: Chest wall tumors have long presented challenging clinical entities for surgeons. We report a case with breast carcinoma with free tumor nodules on midline sternotomy incision that underwent coronary by-pass operation 11 months ago. Sternal resection couldn't be performed due to the cardiopulmonary instability of the patient. Because of our case we think that it is very important to examine patients' breast before cardiovascular surgery for the prevention of regional implantation and transportation of tumour cells while instrumentation. When this condition occurred it is difficult to perform wide resection of the chest wall due to the frequency of intra- and postoperative cardiovascular complications.

Key words: Breast cancer, cardiovascular surgery, Regional Spread

Turkish Medical Journal 2009;3(2):86-91

^a Onkoloji Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,

1. Genel Cerrahi Kliniği,
Demetevler, Ankara

^b Eğitim ve Araştırma Hastanesi

5. Genel Cerrahi Kliniği,
Cebeci, Ankara

^c Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi 1.

Genel Cerrahi Kliniği,
Cebeci, Ankara

^d Ankara Onkoloji Eğitim ve

Araştırma Hastanesi

ANKARA

Yazışma Adresi / Correspondence:

Ahmet AY

Ankara Eğitim ve

Araştırma Hastanesi

5. Genel Cerrahi Kliniği,

Cebeci, 06340 Ankara

e-posta: dr.ahmetay@gmail.com

Gsm: 0.531.468-7381

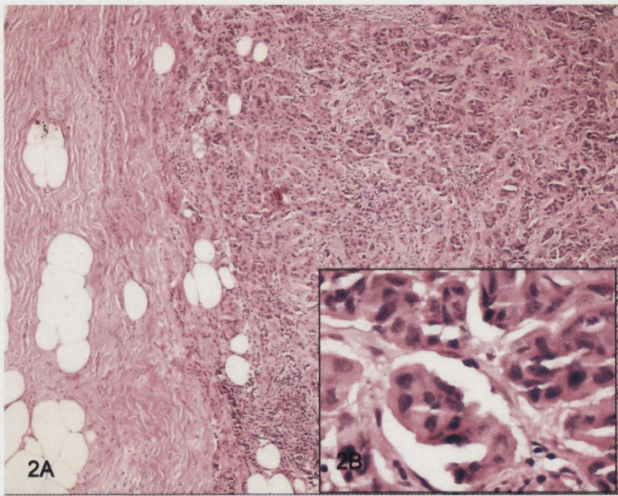
İş Telefonu: 312.595-3000

Toraks duvarı tümörleri cerrahlar için zorlu bir klinik antite olmaya devam etmektedir. Günümüzde de hala yanlış tanı konması, inkomplet rezeksiyon veya geniş toraks duvarı defektlerinde optimum rezeksiyon yapılamaması sebebiyle post ve perioperatif mortalite ve morbidite oranları oldukça yüksektir. Biz koroner by-pass operasyonu sonrası orta hat sternotomi insizyonu ve sütür traktında serbest tümör nodülleri bulunan meme kanserli bir olgu sunmaktayız.

OLGU

66 yaşında kadın hasta kliniğimize sağ memede kitle yakınmasıyla başvurdu. Fizik muayenede sağ meme üst iç kadranda 5×5 cm lik sert kitle palpe edildi, her iki aksillada da palpabl lenf nodu bulunmamakta idi. Özgeçmişinden 11 ay kadar önce koroner by-pass operasyonu geçirmiş olduğu öğrenilen hastanın bilateral mammografi ve meme ultrasonografisi sağ meme üst iç kadranda öncelikle malign olduğu düşünülen 5×5 cm lik kitle lezyonu olarak rapor edildi. Yapılan insizyonel biyopsi invaziv duktal karsinoma şeklinde raporlanan hastaya genel anestezi altında modifiye radikal mastektomi planlandı. Fizik muayene ve görüntüleme uzak metastaz yönünde bulgusu olmayan has-

tanın tüm vücut kemik sintigrafisinde sternotomi insizyon hattı ve sternuma ait sütür traktuslarında aktivite artışı tesbit edilerek postoperatif granülasyon dokusu yönünde değerlendirildi. PA Akciğer grafisinde akciğer metastazı bulunmayan hastanın toraks tomografisinde de yine sternotomi insizyon hattı ve sternuma ait sütür traktuslarında granülasyon dokusuyla uyumlu değerlendirilen doku dansiteleri mevcuttu. Hastaya genel anestezi altında sağ modifiye radikal mastektomi planlandı ve Stewart transvers kesisi kullanılarak operasyona başlandı. Cilt flepleri hazırlanırken sternotomi insizyon hattı ve sternuma ait sütür traktuslarında öncelikle granülasyon dokusu yada sütür granülomu olduğu düşünülen serbest yumuşak doku nodülleri gözlemlendi. Gözlenen nodüler doku ile üst iç kadrandaki tümöral oluşum arasında makroskopik olarak normal görünümlü ve postoperatif olarak yapılan histopatolojik incelemede de normal meme dokusu olarak raporlanan yaklaşık 7 cm lik sağlam doku sahası mevcuttu. Nodüler lezyonlardan multipl biyopsiler alınarak frozen incelenmesi istendi. Hem sternumdaki insizyon hattı ve hem de sütür traktusundan örneklenen dokulara ait frozen raporunun malign tümör invazyonu olarak rapor edilmesini takiben radikal mastektomi ve geniş toraks duvarı eksizyonuna karar verildi fakat radikal mastektomiye takiben gelişen kardiyak instabilite sebebiyle gerçekleştirilemedi. Cerrahi spesimenin histopatolojik incelemesinde memede lokalize olmuş tümöral doku ve frozen incelenmesine gönderilen malign nodüler lezyonların aynı histopatolojik özelliklere sahip olduğu görüldü ve memedeki lezyon invaziv duktal karsinom grade 3, sternum üze-



Resim 1. Toraks duvarına invaziv duktal karsinom invazyonu. a;x10 b;x40

rinden alınan örnekler ise invaziv duktal karsinom invazyonu olarak raporlandı (Resim 1a-b). Postoperatif komplikasyon geliştirmeyen hasta 11 günde taburcu edildi. Genel durumu hızla kötüleşen hastanın kontrol muayenesinde masif plevral effüzyonu bulunmaktaydı. Hastada plevral metastaz ve malign plevral effüzyon tesbit edilerek dispne açısından palyasyon amaçlı plöredezis uygulandı. Hasta operasyon sonrası 17. ayda ex oldu.

TARTIŞMA

Toraks duvarı tümörleri cerrahlar için zorlu bir klinik antite olmaya devam etmektedir. Günümüzde de hala yanlış tanı konması, inkomplet rezeksiyon veya geniş toraks duvarı defektlerinde optimum rezeksiyon yapılamaması sebebiyle post ve perioperatif mortalite ve morbidite oranları oldukça yüksektir⁽¹⁾.

İzole sternal metastaz veya malign tümörlerin sternal invazyonu nadir görülmesi ve konvansiyonel radyolojik tekniklerle tesbitinin zor olması sebebiyle oldukça zorlu ve belirsiz bir antite olmayı sürdürmektedir, bununla beraber sternal lezyonların çoğu yüksek oranda maligniteyle ilişkilidirler⁽²⁾.

Sternumun soliter tümörleri nadir olmakla beraber multipl kemik metastazı bulunan meme kanserli olgularda çoğunlukla üst iç kadranda tümörleri ile birlikte görülürler. Akciğer grafileri çoğunlukla yalancı negatiflik gösterirler, kemik sintigrafileri ise multipl kemik metastazlı hastalarda nispeten daha efektif bilgilendirme sağlarlar. Malign sternal lezyonlarda tetkik maliyeti de gözönüne alındığında ilk seçenek sonografi olmakla beraber özellikle mediastinal tutulum yönünden şüpheli olgularda bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans görüntüleme ve pet CT'de ileri tetkik olarak uygulanabilir⁽³⁾.

Uygulanabilir vakalarda malign sternal lezyonlarda geniş cerrahi rezeksiyonun prognoza oldukça önemli katkısı bulunduğu geniş serilerle ortaya konmuştur, zira malign sternal lezyonlarda sağkalım ve hastalısız sağkalım sürelerini uzatmada en önemli parametrelerden birinin yeterli cerrahi sınır sağlamak olduğu bilinmektedir. Sternal rezeksiyon söz konusu olduğunda mortalite ve morbiditeyi belirleyen en önemli parametre hastanın genel performans durumu olmakla beraber uygun vakalarda uygulandığında prognoza katkıda bulunan en seçkin tedavi olarak

değerlendirilmektedir^(1,4,5). Fakat bizim olgumuzda da olduğu gibi genel durumu major operasyon için risk taşıyan olgularda optimal rezeksiyon mümkün olmamaktadır.

Rezeksiyon yapılamadığı durumlarda plevral efüzyon gelişmesi halinde tanısal torakoskopi ve malign plevral efüzyon tesbiti halinde özellikle dispne palyasyonu açısından plöredez en uygun seçenek olarak görülmektedir. Bizim olgumuzda da olduğu gibi plöredez ile dispne palyasyonu hasta konforu açısından son derece faydalı olmaktadır⁽⁶⁾.

Olgumuz ışığında bizim görüşümüz nadir görülmele beraber sternum ve enstrumantasyon yapılan

diğer dokulara tümör ekimini engellemek amacıyla kardiyovasküler cerrahi öncesi ayrıntılı meme muayenesinin oldukça önemli olduğu görüşünderiz. Altta yatan meme kanseri olgularında tanıda gecikilmesi durumunda olgumuzda olduğu gibi mediasten veya etraf dokuya tümör ekimi sözkonusu olduğunda geç dönemde ortaya çıkabilecek kardiyak instabilite ve performans düşüklüğü sebebiyle geniş toraks duvarı cerrahisi planlanamamakta ya da etkili cerrahi tedavi yapılamamaktadır. Bu amaçla kardiyovasküler girişim yapılacak hastalarda meme muayenesi yapılmasının altta yatan meme kanseri varlığında hem meme kanseri ve hem de kardiyak bozuklukların prognozu açısından uygun bir tedavi planlamasına imkân vermesi bakımından önemli olduğu görüşünderiz.

KAYNAKLAR

1. Incarbone M, Pastorino U. Surgical treatment of chest wall tumors. *World J Surg.* 2001;25:218-30
2. Kwai AH, Stomper PC, Kaplan WD. Clinical significance of isolated scintigraphic sternal lesions in patients with breast cancer. *J Nucl Med* 1988;29:324-328
3. Mende U, Huober J, Schmid H, et al.
4. Carbognani P, Vagliasindi A, Costa P, et al. Rusca M. Surgical treatment of primary and metastatic sternal tumors. *J Cardiovasc Surg.* 2001;42:411-4
5. Incarbona M, Nava M, Lequagile C, et al.
6. Sternal resection for primary of secondary tumors. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1997;114:93-9
6. Uschinsky K, Kruger M, Hassler K, et al. Thoracic surgery relevant indications for adjuvant and/or Palliative measures in breast carcinoma. *Zentrabl Chir.* 1998;123 Suppl 5:122