

Nörolojik Defisit İle Başvuran Gebe Meme Kanseri Ölgüsü

Cengiz Karacaer¹, Meltem Baykara², Ceyhun Varım¹, Aysel Gürkan Toçoğlu¹, Hasan Ergenç¹, Ali Tamer¹

¹ Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları A.D.

² Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji A.D.

Özet

Gebelikte meme kanseri oldukça nadir olmasına rağmen, gebelik sırasında oluşan kanser türleri içinde serviks kanserinden sonra en sık görülen 2. kanserdir. Gebelikte meme kanseri görülme sıklığının artması önemli bir problemdir. Gebelikte ve laktasyon dönemindeki fizyolojik değişiklikler nedeniyle memede meydana gelebilecek patolojilerin tanınması ve tedavisi zorluk göstermektedir. Gebelik ve laktasyon döneminde bir çok benign patoloji oluşabileceği gibi meme kanseri de görülebilir. Bu nedenle gebelikte görülen her kitlenin araştırılması gerekir.

Gebelikte saptanan meme kanserinin tedavisi planlanırken hem annenin hem de bebeğin her ikisinin de yaşamını tehdit eden durumlar dikkate alınmalıdır. Tanının gecikmesi nedeniyle prognoz daha kötüdür. Biz bu olgu sunumunda gebelikte meme kanseri metastazına bağlı gelişen nörolojik defisit nedeniyle acil servisimize başvuran hastayı sunmayı ve bu vaka üzerinden literatürü gözden geçirmeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: meme kanseri, gebelik, metastaz, nörolojik defisit

Abstract

Breast cancer is rare in pregnancy, cervical cancer is the most common cancer following 2 types of cancer that occur during pregnancy. The increase of breast cancer incidence in pregnancy is a major problem. Diagnosis and treatment of breast pathology due to physiological changes during pregnancy and lactation illustrates the difficulties that may occur. Pregnancy and lactation may occur can be seen as a benign pathology of breast cancer. Therefore, each group should be studied in pregnancy.

Mother and when planning treatment of breast cancer diagnosed during pregnancy as the baby's life -threatening situations both should be considered. The prognosis is worse because of the delay in diagnosis. In this case report, We present a pregnancy women with breast cancer admitted to our emergency department because of neurological deficits due to metastases and we aimed to review the literature through this case.

Keywords: breast cancer, pregnancy, metastasis, neurological deficits

Giriş

Gebelikte meme kanseri oldukça nadir olmasına rağmen, gebelik sırasında oluşan kanser türleri içinde serviks kanserinden sonra en sık görülen 2. Kanserdir. Gebelikte meme kanseri görülme sıklığının artması önemli bir problemdir. Bu nedenle gebelikte görülen her kitlenin araştırılması gerekir. Tanının gecikmesi nedeniyle prognoz daha kötüdür.

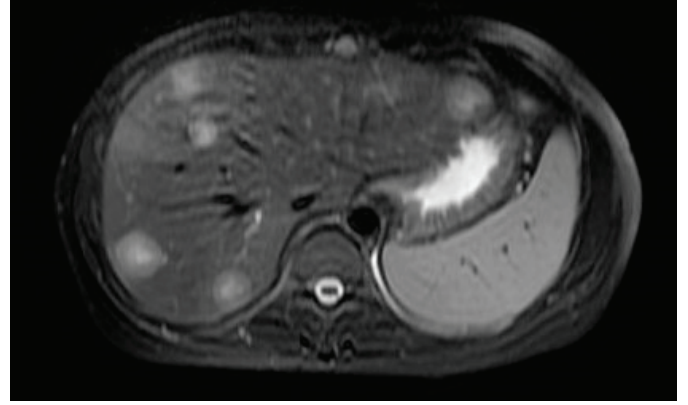
Biz bu olgu sunumunda gebelikte meme kanseri metastazına bağlı gelişen nörolojik defisit nedeniyle acil servisimize başvuran hastayı sunmayı ve bu vaka üzerinden literatürü gözden geçirmeyi amaçladık.

Olgu

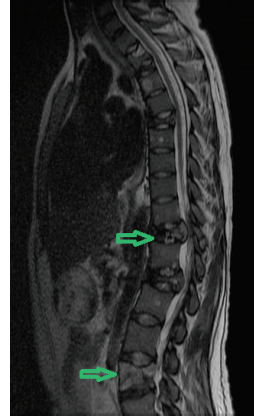
33 yaşında 21 haftalık gebe olduğu bilinen hasta acil servisimize bel ve sağ hipokondriumda ağrı ile başvurdu. Hastadan alınan anamnezde özgeçmiş ve soygeçmişte özellik yoktu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde nabız 98/dk, solunum sayısı 22/dk ve tansiyon arteriyel 100/70 mmHg olarak saptandı. Akciğer ve batin muayenesinde patoloji saptanmadı. Kardiyovasküler sistemde 2/6 sistolik üfürüm saptanıyor. Sağ alt ekstremitte hareketleri fleksiyon ve ekstensiyonda kısıtlı ve ağrılıydı. Sol meme alt dış kadranda 2 cm çapında ele gelen kitle mevcuttu. Yapılan ultrasonografide karaciğerde metastatik lezyonlar saptandı. İleri tetkik ve tedavi amacı ile İç Hastalıkları Kliniğine yatırıldı.

Hastadan ileri inceleme için bilateral meme USG ve tümör markerleri istendi. Meme USG'de sol meme alt dış kadranda 17x13 mm boyutlu düzensiz kontürlü hipoekoik lezyon, medialinde 6x7 mm boyutlu ikinci bir lezyon (satellit lezyon?), sol aksillada en büyüğü 13x11 mm boyutunda patolojik görünümde bir kaç adet lenfadenopati saptandı. Sağ memede herhangi bir patolojiye rastlanmadı. CA-15-3:1873 U/ml olarak geldi. Hasta Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümü ile konsülte edildi ve fetus gelişimi normal olarak değerlendirildi. Memedeki lezyondan tru-cut biyopsi yapıldı ve sonucu invaziv duktal karsinom olarak geldi. İmmünohistokimyasal boyamada tümör hücrelerinde PR ile %15 orta derecede %15 zayıf pozitif boyanma izlendi. ER ile boyanma görülmedi. Cerb-B2 ile tümör hücrelerinin %15'inde komplet boyanma ve Cerb-B2 skor:2 olarak geldi.

Hastanın evrelemesi için yapılan servikal-torakal ve lomber MRI'da ve abdominopelvik MRI'da yaygın vertebra ve pelvik kemik metastazları(Resim-1, Resim-2) ve karaciğerde en büyüğü 6 cm'yi bulan çok sayıda metastatik lezyon saptandı.



Resim 1: Aksiyel planda yağ baskılı T2 ağırlıklı kontrastsız MR kesitinde karaciğerde santralleri sıvı intansitesinde nekrotik periferik kısımları hiperintens metastatik lezyonlar izleniyor.



Resim 2: Sagittal planda T2 ağırlıklı kontrastsız MR kesitinde torakal ve lomber vertebra korpuslarında izo-hiperintens metastatik lezyonlara bağlı kompresyon fraktürleri, vertebra yükseklik kayıpları ve spinal kanal yönünde korda baskı oluşturan vertebra posterior kesimlerinde bombeleşmeler izleniyor (yeşil açık oklar).

Beyin MR'da kranial metastaz saptanmadı. Hastada başka solid organ metastazı saptanmadı. Sağ sakroiliak eklem metastazına bağlı sağ kalça ve sağ bacak hareketleri kısıtlıydı. Ağrı palasyonu ihtiyacı için narkotik analjezikler uygulandı(Tramadol 200 mg/gün ve Fentanil 25 mcg/ 3 gün, parasetamol 3x500 mg). Hasta Tıbbi Onkoloji Kliniğine konsülte edildi ve siklofosfamid ve adriamisin protokolü planlandı. Üç kür siklofosfamid ve adriamisin kemoterapisi verildi. Yanıt değerlendirmesinde hastanın karaciğer metastazlarında progresyonu vardı. Üçüncü kür kemoterapisi tamamlandığında bebek 33 haftalık olmuştu ve yapılan fetal değerlendirmelerde gelişimi normal bulundu

ve annenin verilen kemoterapiye cevabı olmaması nedeniyle 33. gebelik haftasında bebek sağ ve sağlıklı olarak sezeryan ile doğurtuldu. Bebek ve annede postoperatif komplikasyon gelişmedi.

Daha sonraki takiplerinde hasta kemik metastazları için ayda bir zoledronik asit 4 mg, vertebra, pelvis, bilateral femura metastazlarına yönelik palyatif radyoterapi(RT) planlandı. Cerb-B2 FISH sonucu pozitif gelmesi üzerine trastuzumab ve taxotere verilmesi planlandı. Bu tedavilerle hasta tanı sonrası 20 aydır remisyonunda izlenmektedir.

Tartışma

Gebelikte gelişen meme kanserlerinde erken yaşta gelişmeleri nedeniyle genetik yatkınlık varlığı açısından BRCA gen mutasyonları araştırılmalıdır. BRCA2 mutasyon geçişli kadınlarda çoğul gebeliklerin koruyucu etkisiyle meme kanseri riskinde azalma olabildiği bildirilmektedir. Teşhiste gecikme mortalite ve morbiditenin artmasına neden olmaktadır. Bu yüzden erken teşhis önem taşımaktadır. Eğer USG ile solid kitle tespit edilirse biyopsi yapılmalıdır. Gebelerde meme biyopsi endikasyonu gebe olmayan hastalarla aynı endikasyona sahiptir. Biyopsi sonucu malign ise mamografi çekilmelidir. Gebelikte gerekli ise güvenle mammografi çekilebilir. Gebelikte mammografinin doğruluk oranı %80 dir.

Gebelikte meme kanseri klinik bulgular ile evrenir. Evrelemede fetusun maruz kalacağı radyasyon en aza indirgenmeye çalışılmalıdır. Klinik T1-T2 tümörlerde akciğer grafisi, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, hemogram çalışılmalıdır. Klinik nod-pozitif ya da T3-T4 tümörlerde karaciğer metastazları açısından abdominal USG, kemik metastazları açısından kontrastlı MRI ile değerlendirme yapılmalıdır. MR gebelikte ilk trimestir dışında kullanılabilir .

Bizim olgumuz bel ve sağ hipokondrium ağrısı şikayetiyle interne edildi. Bakılan abdominal USG'de karaciğerde metastatik lezyonlar olması, fizik muayenede sol memede kitle saptanması, Ca 15-3'ün yüksek olması üzerine yapılan meme USG'de sol meme alt dış kadranda 17x13 mm boyutlu düzensiz kontürlü hipoekoik lezyon medialinde 6x7 mm boyutlu ikinci bir lezyon (satellit lezyon?), sol aksillada en büyüğü 13x11 mm boyutunda patolojik görünümde bir kaç adet len-

fadenopati saptandı. Memedeki lezyondan tru-cut biyopsi yapıldı ve sonucu invaziv duktal karsinom olarak geldi.

Gebede meme kanseri tedavisinde, fetüsü de korumayı hedefleyerek gebe olmayan hastalarla aynı yol izlenir. Ancak küratif tedavi amacıyla yaklaşılmalıdır. Gebe olmayan hastalarda olduğu gibi gebelikte görülen meme kanserinde cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Gebelikte görülen meme kanserinde en yaygın uygulanan cerrahi modifiye radikal mastektomidir. Ancak radyoterapi postpartum döneme ertelenebilecekse meme koruyucu cerrahi de yapılabilir. Gebeliğin her 3 trimestirinde meme ve aksiller lenf nodu cerrahisinin fetüs için minimal risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Gebede meme kanseri tedavisi gereksiz yere gebelik nedeniyle geciktirilmemelidir. Sistemik kemoterapi endikasyonları gebe olmayan meme kanserli hastalarla aynıdır. Ancak fetal malformasyon gelişme riskinin yüksek olması nedeniyle için 1. trimesterde kemoterapi verilmemelidir. İkinci ve üçüncü trimesterde ise kemoterapiye bağlı fetal malformasyon riski %1.3 olup normal gebelerle aynıdır.

Olası hematolojik komplikasyonlar nedeniyle 35.gebelik haftasından sonra ya da planlanan doğum tarihinden 3 hafta öncesi kemoterapi verilmemelidir. Gebelikte hormonoterapi ve radyoterapi kontrendikedir. Eğer endike ise postpartum döneme kadar ertelenmelidir.

Teşhis yöntemlerinde ve tedavi modalitelerindeki gelişmeler ile mortalite oranında azalma gözlenmesine rağmen, meme kanseri hala kırklı yaşlarda kadın ölümlerinin yaygın nedenidir. Bir çalışmada gebelik boyunca meme kanserli 300 kadın ile gebe olmayan 870 meme kanserli kadın karşılaştırıldığında, ikisi arasında prognoz açısından önemli farklılık saptanmamıştır.

Amerikan Kanser Derneği'nin (ACS) meme kanseri tanısı alan kadınlarda sağkalım oranlarına ilişkin en son verilerine göre; tanıdan sonra beş yıllık sağkalım oranı %89, 10 yıl sonra %82, 15 yıl sonra %77'dir. Gebelikle ilişkili meme kanseri ve pozitif lenf bezleri olan hastaların beş yıllık sağ kalım oranı %47 olarak açıklanmıştır. Bu nedenle meme kanserinin gebelik döneminde erken tanısı ve tedavisi oldukça önemlidir.

Gebelik ilişkili meme kanseri genellikle ileri evrede tanı alır.

Metastatik hastalığın çoğu lenf nodu, akciğer, karaciğer ve kemik metastazları görülür.

Sonuç

Gebelik sırasında meme kanserinin erken tanısı oldukça önemlidir. Ancak gebeliğin getirdiği fizyolojik değişiklikler, malignitenin akla gelmemesi tanıda gecikmelere neden olabilmektedir. Bu nedenle iyi bir fizik muayene ve ultrasonografi oldukça önemlidir. Erken evrelerde cerrahi tedavi gebe olmayan meme kanserli hastalarla aynıdır. Kemoterapotikler ilk trimesterde teratojen etkileri nedeniyle kullanılmamalıdır ve nötropeninin komplikasyonlarından korunmak için doğumdan üç hafta önce kesilmelidir. Endikasyonu varsa radyoterapi fetal malformasyona neden olacağı için doğum sonrasına bırakılmalıdır.



Kaynaklar

1. Antonelli NM, Dotters DJ, Katz VL, Kuller JA. Cancer in pregnancy: a review of the literature. Part I. *Obstet Gynecol Surv* 1996; 51:125
2. Smith LH, Danielsen B, Allen ME, Cress R. Cancer associated with obstetric delivery: results of linkage with the California cancer registry. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:1128.
3. Yang WT, Dryden MJ, Gwyn K, et al. Imaging of breast cancer diagnosed and treated with chemotherapy during pregnancy. *Radiology* 2006; 239:52-60.
4. NCCN guideline version 2015
5. Kuerer HM, Gwyn K, Ames FC, Theriault RL. Conservative surgery and chemotherapy for breast carcinoma during pregnancy. *Surgery* 2002; 131:108-110.
6. Woo JC, Yu T, Hurd TC. Breast cancer in pregnancy: a literature review. *Arch Surg* 2003; 138:91.
7. NCCN Guideline 2015
8. Amant F, von Minckwitz G, Han SN, et al. Prognosis of women with primary breast cancer diagnosed during pregnancy: results from an international collaborative study. *J Clin Oncol* 2013; 31:2532.
9. Breast Cancer Facts & Figures 2011-2012. In: American Cancer Society. (cited 2013 January 15)