

327 Meme Kanserli Hastanın Retrospektif Analizi

Retrospectif Analysis Of 327 Breast Cancer Patients

Didem KARAÇETİN, Ahmet UYANOĞLU, Alpaslan MAYADAĞLI,
Özlem MARAL, Oktay İNCEKARA

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Kliniği

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada meme kanserinde tedavi metodlarını ve sonuçlarını büyük ölçüde etkileyen prognostik faktörler değerlendirildi.

Materyal ve Metod: 1987-1995 yılları arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Kliniğine meme Ca tanısı alarak başvuran, tedavi uygulanan ve bir yıldan uzun takibi olan 327 hasta yaş dağılımlarına, histolojik tiplerine, evrelerine, yerleşim yerlerine, aksiller lenf nodu tutulumuna, tümör büyüklüğüne göre incelenmiştir.

Bulgular: Hastaların yaş gruplarına göre dağılımında en sık 35-50 yaş grubu (%44) ve sonra 51-65 yaş grubu (%36) gözlenmiştir. Menopoz durumlarına göre %52.3'ü postmenopozedir. Histolojik sınıflandırmada en sık invaziv duktal Ca'ya (%64.8) rastlanmıştır. Evrelere göre dağılımda evre 1 15 hasta, evre 2 188 hasta, evre 3 111 hasta, evre 4 9 hasta olarak saptanmıştır.

Sonuç: Meme kanserinde prognostik faktörler tedavi metodlarını saptamada önemlidir. En önemli prognostik faktörler arasında; aksiller lenf nodu tutulumu, tümör büyüklüğü, histolojik tip, hasta yaşı, steroid reseptör durumları sayılabilir.

Anahtar Kelimeler: Meme Ca, Prognostik faktörler

SUMMARY

Objective: In this study we have evaluated prognostic factors which is the most important to choose treatment methods, survival.

Study Design: The period of 1987-1995, 327 breast cancer patients, who followed up more than 1 years in Şişli Etfal Hospital Radiation Oncology clinic have been evaluated for their age group, histologic status, tumor size, tumor site and axillar lymph node status.

Result: For their age groups; 44% of patients in 35-50 age groups, 36% of patients in 51-65 age groups. Invaziv ductal carcinoma is the most common histologic type (64.8%). Stage 1;15 patients, stage 2;188 patients, stage 3;111 patients and stage 4;9 patients have been followed up.

Conclusion: Prognostic factors are important to determine treatment methods. The most important prognostic factors are axillar lymphnode status, histologic type, patients age, tumor size and site and steroid receptor status.

Key Words: Breast Cancer, Prognostic Factors

GİRİŞ

Meme Kanseri dünyada kadınlar arasında en sık görülen malign tümördür. Klinik davranışı uzun bir doğal seyir gösterir. Tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesindeki sorun prognozu etkileyen diğer faktörlerin varlığıdır. Bunlar; tümörün biyolojik davranışı, aksiller lenf ganglion tutulumu, tümörün çapı, yerleşim yeri, invazivliği, histolojik tipi, histolojik ve nükleer grading'i,

hormon reseptörlerinin varlığı, vasküler ve lenfatik invazyonun derecesi ve primer tedavi şeklidir. Son 30 yıl içindeki en önemli ilerlemeler bu kanserin biyolojik davranışı, risk faktörleri ve prognostik faktörlerin daha iyi karakterize edilmesidir.

MATERYAL ve METOD

1987-1995 yılları arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Kliniğine başvuran ve bir yıldan uzun takibi olan 327 hasta retrospektif olarak incelendi.

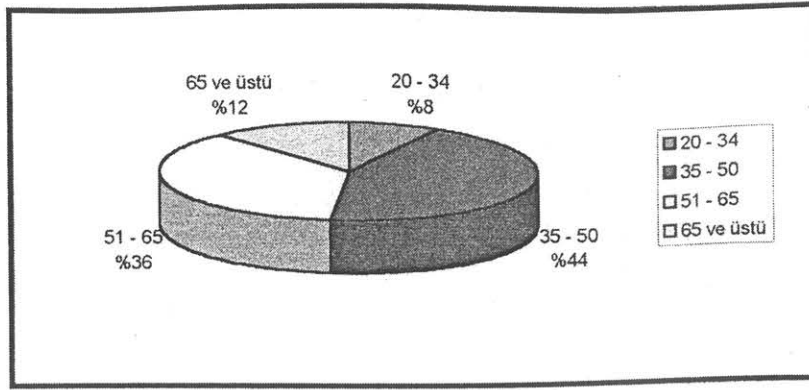
BULGULAR

Çalışma grubumuzda en genç olgu 20, en yaşlı olgu 84 yaşında olup ortalama yaş 54.5, median yaş 50.72'dir. Dekatlara göre yaş dağılımı aşağıdaki gibidir:

Yazışma Adresi:

Didem KARAÇETİN Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Kliniği-İstanbul
Tel:0212 231 22 09/1329

* 1999 V. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresinde Poster olarak sunuldu.



Yaş Grubu	Sayı	%
20-34	25	7.6
35-50	144	44.0
51-65	119	36.4
65 ve üstü	39	11.9

Olgular menopozal durumlarına göre değerlendirildiklerinde; % 37.3'ü premenopoz,

%10.4'ü perimenopoz, % 52.3'ü postmenopozdur.

Menopozal Status	Sayı	%
Premenopozal	122	37.3
Perimenopozal	34	10.4
Postmenopozal	171	52.3

Tümör lokalizasyonuna göre dağılımı; 161 hastada sağ meme, 164 hastada sol meme, 2 hastada bilateraldir.

En sık üst dış kadran yerleşimi mevcuttur. Kadranlara göre lokalizasyonu:

SAĞ MEME	Olgu sayısı	%
Lokalizasyon	99	61.5
üst	28	17.4
alt dış	13	8.1
alt iç	12	7.5
santral	9	5.6

SOL MEME	Olgu sayısı	%
üst dış	108	65.9
alt dış	3	18.3
üst iç	13	7.9
santral	7	4.3
alt iç	5	3.0
tüm kadranlar	1	0.6

Olguların uygulanan cerrahi yöntemlere göre dağılımı:

Cerrahi Tipi	Olgu sayısı	%
MRM	204	62.4
SM	81	24.8
Meme Koruyucu Cerrahi	20	6.1
RM	17	5.2
Biopsi	5	1.5

Olguların histopatolojik gruplandırılmasında en sık invaziv duktal karsinoma'ya rastlanmıştır. Histolojik dağılım şöyledir.

Histoloji	Olgu sayısı	%	Histoloji	Olgu sayısı	%
İnvaziv duktal	212	64.8	Tubuler	4	1.2
İntraduktal	68	20.8	Meduller	3	0.9
Lobüler	11	3.4	Papiller	3	0.9
Skiro	11	3.4	Mikst	3	0.6
Müsinöz	9	2.8			
Komodo	4	1.2			

Olgular primer tümör çapına göre değerlendirildiklerinde % 10.1'i < 2 cm, %71.3'ü >2 cm-<5 cm., %18.7'si > 5 cm olarak saptanmıştır.

Primer Tümör Çapı (cm)	Olgu sayısı	%
< 2 cm	33	10.1
> 2 cm - < 5 cm	233	71.3
< 5 cm	61	18.7

Hastaların 318'ine aksiller küraj uygulanmıştır, 9 hastada aksiller küraj yapılmamıştır. Aksiller küretaj yapılan hastaların hepsinde çıkarılan lenf nodu sayısı ve perinodal tutulum hakkındaki bilgiler yeterli değildir. Değerlendirmede bu durum dikkate alınmıştır.

Tutulan lenf nodu sayılarına göre dağılımı:

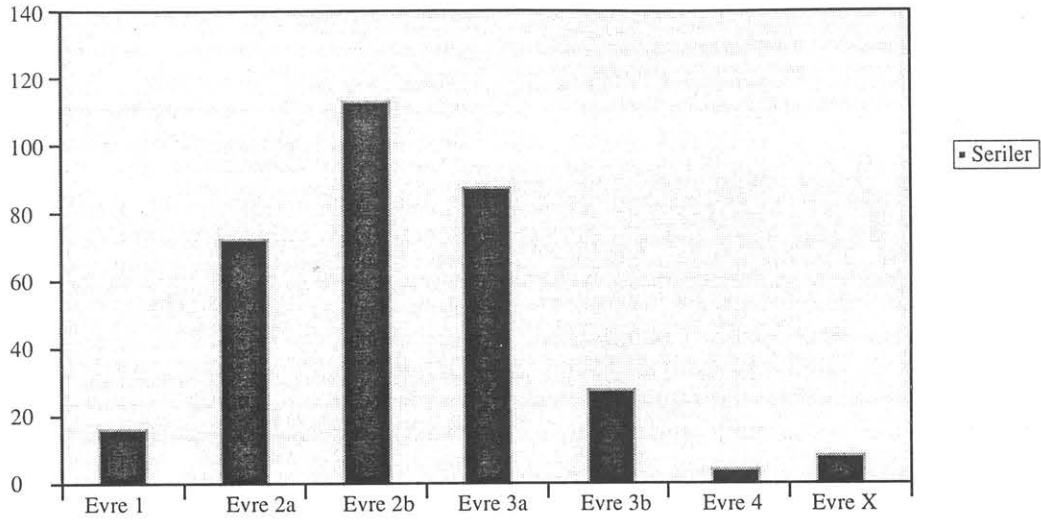
Lenf Nodu Sayısı	Olgu sayısı	%
0	85	25.9
1-3	107	32.7
4-7	77	23.5
8+	49	14.9
bilinmeyen	9	2.8

İncelenen olguların 318'i evrelendirilmiş oyup evrelendirilmeyenler 9'u yeterli aksiller küretaj yapılmadığından lenf nodu hakkında kesin bilgi sahibi olunamayanlardır.

Buna göre evrelere dağılımı şöyledir:

Evre	Sayı	%
Evre 1	15	4.6
Evre 2a	72	22.0
Evre 2b	116	35.5
Evre 3a	87	26.6
Evre 3b	24	7.3
Evre 4	4	1.2
EvreX (bilinmeyen)	9	2.8

Evreler Göre Dağılımı



Hormon reseptörleri olguların sadece 39'unda bakılmış idi. 19 hastada östrojen reseptörü (ER) pozitif, 12 hastada progesteron reseptörü (PR) pozitif bulunmuştu. Oral kontraseptif kullanımı olguların 15'inde (%4.5) var, 86'sında (26) yok, 226'sında (%69.1) bilinmiyordu. Emzirme olguların 171'inde (%52.2) var, 28'inde (%8.5) bilinmiyor, 128'inde (%39.1) yok olarak bulunmuştur.

SONUÇ

Meme Kanseri primer tedaviden uzun yıllar sonra bile metastaz yapabilen bir hastalık olması nedeniyle prognostik faktörlerin önemi büyüktür. Çalışma

grubumuzda hastalığın görülme yaşı, menopozal statusları, yerleşim yeri, aksilla tutulum oranları literatürle uyumludur. Ancak ER/PR gibi klasikleşmiş prognostik faktörler ülkemizde halen tam olarak bildirilmemektedir. Konserve cerrahi oranları da oldukça düşüktür.

KAYNAKLAR

1. Bonadonna G.& Valagussa P.: Current status of adjuvant chemotherapy for breast cancer. *Semin. Oncol.* 14:8-22, 1987.
2. Boova RS., Bonanni R., Rosato FE.: Patterns of axillary nodal involvement in breast cancer. *Ann. Surg.* 196:642-644, 1982
3. Buzdar AU., McNeese MD., et al.: Is chemotherapy effective in reducing the local failure rate in patients with operable breast cancer. *Cancer* 65:394-399, 1990.
4. Carter CL., Allen C.: Relation of tumor size, lymph node status and survival in 24740 breast cancer cases. *Cancer* 63: 181-187, 1989.
5. Casciato da. & Lowitz BB.: *Manual of Clinical Oncology*. Little, Brown&Co. Chp. 9, 1988.
6. Danforth DN., et al.: Complete axillary lymph node dissection for Stage I-II carcinoma of breast. *J. Clin oncol.* 4: 655-662, 1986.
7. DeVita VT., Hellman S., Rosenberg SA.: *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. J.B. Lippincott Co., Ph., 3rd Ed., Chp. 34, 1989.
8. Donegan WL., Perez-Mesa C. & Watson F.: A biostatistical study of locally recurrent breast carcinoma. *Surg. Gynecol. Obstet.* 122: 529-540, 1966.
9. Fischer B., Bauer M., et al.: The accuracy of clinical nodal staging & of limited axillary dissection as a determinant of histological nodal status in carcinoma of the breast. *Surg Gynecol Obstet* 152:765, 1981.
10. Fischer B., Redmond C., Fischer E., et al.: Ten year results of a randomized clinical trial comparing radical mastectomy and total mastectomy with or without radiation. *N. Eng J Med.* 312: 674, 1985.
11. Fischer B., Bauer M., et al.: Five year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and segmental mastectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *N Eng J Med.* 312:665, 1985
12. Fletcher GH.: Local results of irradiation in the primary management of localized breast cancer. *Cancer* 29: 545-552, 1972.
13. Hutter R.: The role of the Pathologist in breast cancer management. *Cancer* 66:1363-1372, 1990.
14. Langlands AO., Kerr GR.: Long term survival of patients with breast cancer. *Br. Med J.* 2:1247-1251, 1979.
15. National Cancer Institute: Identification of breast cancer patients with high risk of early recurrence after radical mastectomy. *Cancer* 42:2809-2826, 1978.
16. Patanaphan V., Salazar OM.: Prognostic factors in recurrent breast cancer. *Cancer* 54: 228-234, 1984.
17. Perez C., Brady L.: *Principles and Practice of Radiation Oncology*. J.B. Lippincott Co. Ph, Chp. 38, pp. 730-792, 1987.
18. Pigott J., Nicols R., et al.: Metastases to the upper levels of the axillary nodes in carcinoma of the breast and its implications for nodal sampling procedures. *Surg Gynecol Obstet.* 158:255-259, 1984.
19. Silverstein M., Rosen R., et al.: Axillary lymph node dissection for intraductal breast carcinoma is it indicated? *Cancer* 59:1819-1924, 1987.
20. Sunderland MC. And Mc Guire WL.: Prognostic indicators in invasive breast cancer. *The Surg Cl Nor Ame.* Vol. 70:989-1004, 1990.
21. Bloom HJ, Richardson WW: Histological grading and prognosis in breast cancer. *Br J Cancer* 111: 359, 1957.
22. Fisher ER, Redmond C, Fisher B: Histologic grading of breast cancer. *Pathol Ann* 15:239, 1980.
23. Hellman S: The natural history of small breast cancers. David A. Karnofsky Memorial Lecture. *J Clin Oncol* 12:2229, 1994.
24. Romrell LJ, Bland KI: Anatomy of the breast, axilla, chest wall, and related metastatic sites. In: Bland KI, Copeland EM, editors. *The breast. Comprehensive management of benign and malignant diseases*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 17-35, 1991.
25. Tavassoli F: *Pathology of the breast*. Norwalk: Applton and Lange, 1-24, 1992.
26. Beller F: Development and anatomy of the breast. In: Mitchell Jr GW, Bassett LW, editors. *The female breast and its disorders*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1- 12, 1990.