

Ülsere Dev Meme Kanseri Olgu Sunumu

Hamdi Özşahin¹, Gürkan Yetkin¹, Zeynep Kamuran Sevim², Bülent Çitgez¹, Mehmet Uludağ¹, Mehmet Mihmanlı¹

ÖZET:

Ülsere dev meme kanseri olgu sunumu

Amaç: Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanserdir. Multidisipliner yaklaşımla hastalarda prognoz iyi olmakta ve iyi kozmetik sonuçlar alınabilmektedir. Uygun şekilde tedavi edilmeyen ya da hastanın tedaviyi red ettiği durumlarda dramatik tablolar karşımıza çıkmaktadır.

Olgu: 31 yaşında bayan hasta sağ memeye yabancı cisim batması sonucunda hastaneye başvurdu, yapılan meme ultrasonografisinde (USG) rastlantısal olarak sağ meme üst dış kadranda 3x3 cm kitle saptanması üzerine yapılan incelemelerde sağ memede invaziv duktal karsinom olduğu tespit edildi. Başka bir merkezde 2006 yılında modifiye radikal mastektomi ve 2010 yılında tram fleple onarım yapılan hasta 5 yıl tümörsüz yaşamını sürdürdü. 2011 yılında sol memesine simetrizasyon amacıyla küçültme mamoplasti yapıldı ancak patolojisi selim gelen hastada ameliyattan yaklaşık 10 ay sonra sol meme alt dış kadranda kitle ve aksillada 3-4 adet lenf nodu saptandı ve patolojik inceleme invaziv duktal karsinom geldi. 2 yıl boyunca takipsiz kalan hasta sol memede ağrılı 10x10 cm boyutlarında ülsere akıntılı kitle ve sol aksillada konglomere sert fikse lenfadenopati rastlandı ve hastalık sistemik kabul edilip kemoterapi uygulandı. Kemoterapinin 2. kür tedavisinde kitlenin cilde ülsere olması nedeniyle hastaya mastektomi ardından kısmi kalınlıkta deri grefti 2. seansta yapıldı.

Sonuç: Bu olgu sunumunda meme kanseri tanısı almış ve tedavisi gecikmiş bir hastada multidisipliner yaklaşımla elde edilen sonuç irdelenmiştir.

Anahtar kelimeler: Kanseri, meme, metastaz, nekroz, ülsereasyon

ABSTRACT:

Ulcerated giant breast cancer

Objective: Breast cancer is the most common cancer of women. Currently, favorable prognosis and cosmetic results are achieved through multidisciplinary approach. In situations where the patient refuses treatment or if the tumor is not treated appropriately breast tumor may reach large sizes or cause large ulcers and necrosis of the skin.

Case: Thirty one year old patient presented with a foreign body puncture of her right breast; the breast ultrasound revealed an incidental 3x3 cm mass, which was later detected to be invasive ductal carcinoma. Modified radical mastectomy was performed in 2006 and reconstruction with Tram flap was performed in 2010. In order to obtain symmetry, reduction mammoplasty was performed in 2011 where pathological examination was negative for malignancy. Ten months later, the patient presented with a mass and 3-4 lymphadenopathies in the axilla. Without follow-up, the patient presented 2 years later with gross ulcerative painful lesion of 10x10 cm in size. Chemotherapy was initiated, however after 2 cures, the mass fistulized to the skin and mastectomy was performed, followed by split thickness skin grafting in another session.

Conclusion: In this case report, we present the results of a patient with breast cancer diagnosis, through multidisciplinary approach and who ended up with good results.

Key words: Breast, cancer, metastasis, necrosis, ulceration

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2016;50(2):155-8



¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul - Türkiye

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul - Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Hamdi Özşahin, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul - Türkiye

E-posta / E-mail: hamdiozsahin@yahoo.co.uk

Geliş tarihi / Date of receipt: 18 Haziran 2015 / June 18, 2015

Kabul tarihi / Date of acceptance: 12 Ağustos 2015 / August 12, 2015

GİRİŞ

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanserdir. Günümüzde multidisipliner yaklaşımla tedavisi planlanan hastalarda iyi prognoz ve iyi kozmetik sonuçlar alınabilmektedir. Uygun şekilde tedavi edil-

mediğinde ya da hastanın tedaviyi red ettiği hallerde memedeki tümör, çok büyüyebilir, göğüs duvarına penetre olabilir, cildi tutarak geniş ülsere ve nekroza neden olabilir (1-4). Olgumuzda meme kanserinin multidisipliner yaklaşımla çok iyi kontrol altına alınabileceği, ancak tedavi edilmezse çok dra-

matik sonuçlara yol açabileceği, aynı kişideki gelişimi ile sunulmuştur.

OLGU

31 yaşında kadın hasta Aralık 2006'da sağ memeye yabancı cisim batması sonucunda hastaneye başvurmuş, yapılan meme ultrasonografisinde (USG) rastlantısal olarak sağ meme üst dış kadranda 3x3 cm boyutlarında hafif lobulasyon gösteren hiperdens kitle tespit edilmiş ancak her iki aksillada lenfadenopati saptanmamış. Kesici iğne biopsisi sonrası yapılan histopatolojik incelemede invaziv duktal karsinom saptanmış ve Ocak 2007'de modifiye radikal mastektomi operasyonu yapılmış. Ameliyat spesmeninin incelenmesinde, aksiller 21 adet lenf nodu çıkarılmış ve bunların 3 tanesinde karsinom metastazı saptanmış. Tümörün östrojen ve progesteron reseptörleri negatif, c-erb-B2 zayıf yoğunlukta boyanma saptanmış. Postoperatif dönemde kemoterapi ve radyoterapi uygulanan hastanın takiplerinde nüks olmamış. Hastayı takip eden onkoloğun yönlendirmesi ile 2010 yılında sağ meme rekonstrüksiyonu amacıyla transvers rektus abdominis myokutanöz (TRAM) flep operasyonu yapılmış. Temmuz 2011 tarihinde sol memeye redüksiyon mamoplastisi uygulanmış. Mamoplasti sırasında rezeke edilen sol meme ameliyat spesmenlerinin histopatolojik incelemesinde malignite saptanmamış.

2012 Mayıs ayında sol memede ağrı şikayeti olan hastaya yapılan mamografide sol meme alt dış kadranda yaklaşık 29x24 mm boyutlu fokal düzensizlikler gösteren nodüler oluşum ve sol aksillada en büyüğü 23x17 mm çapında 3-4 adet lenf nodu saptanmış. Sol meme USG'de de aynı bulgular teyid edilmiş ve USG eşliğinde kesici iğne biopsisi yapılarak invaziv duktal karsinom saptanmış. Östrojen ve progesteron reseptörleri negatif, c-erb-B2 ile boyanma izlenmiş. Hastaya yapılan pozitron emisyon bilgisayarlı tomografi (PET-BT) de daha önce mastektomi ve TRAM flep rekonstrüksiyon yapılan sağ meme alanında nüks lehine değerlendirilecek hipermetabolik odak izlenmemiş. Sol meme alt dış kadranda histopatolojik tanısı olan malign meme tümörü gözlenmiş, sol aksiler alanda ve vücudun diğer bölgelerinde metastaz lehine değerlendirilecek hipermeta-

bolik odak saptanmamış. Hastaya operasyon önerilmiş fakat hasta operasyonu kabul etmemiş. Yaklaşık 2 yıl süre ile doktora başvurmayan ve alternatif tıp benzeri tedaviler alan hasta sol memede büyüme ve ağrı şikayetleri ile Eylül 2014 de hastanemize başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde sol memeyi tamamen kaplayan 10x10 cm boyutlarında sert tümöral kitle ve sol aksillada konglomere tarzında büyümüş, sert ve fiske lenfadenomegali saptandı. Hastaya yapılan PET-BT sonucunda sol meme de çoğunluğu alt dış kadranı dolduran 75x60 mm boyutlarında meme cildini de içerisine alan SUV max değeri 10.6 olan düzensiz sınırlı kitle, sol aksillada en büyüğü 39x43 mm boyutlarında SUV max değeri 7.1 olan multipl metastatik lenfadenopatiler ayrıca sol servikal zincir boyunca, sol supraklaviküller ve infraklavikular alanlarda ve sol internal mammarian zincirde metastatik lenf nodları saptandı. Sol hemitoraks 2. Kot anteriorda lineer tarzda metastaz lehine hipermetabolik tutulum izlendi. Hasta kemoterapi amacıyla medikal onkolojiye yönlendirildi. Kemoterapinin 2. kürünü alırken memedeki kitlenin cilde ülsere olması ve ülseröz lezyondan enfekte nekrotik akıntının gelmesi üzerine onkoloji tarafından tekrar kliniğimize yönlendirildi. Kliniğimizde önce yara kültürü yapıldı, ardından ampirik antibiyotik ve vacuum-assisted closure (V.A.C) tedavisi başlandı (Resim 1). Supraklavikular ve servikal lenfadenopatiler nedeniyle boynunun sol tarafı ileri derecede ödemli olan hastada yatışının 2. gününde



Resim-1: Meme kanserinin greftlenmiş hali



Resim-2: Fistülize meme kanserine VAC uygulanması

ses kısıklığı meydana geldi. Yapılan vokal kord muayenesinde sol vokal kord paralizisi saptandı. Boyun USG ve bilgisayarlı tomografi (BT) incelemelerinde lenfadenopati dışında patoloji saptanmadı. Vokal kord paralizisinin, sol nervus larengeus inferior'a bası yapan servikal lenfadenopatiler nedeniyle geliştiği düşünüldü. Hastanın yatışının 11. gününde memedeki ülseröz yarada enfeksiyon kontrol altına alındı. Hasta tuvalet mastektomi amacıyla operasyona alındı. Mastektomi sonrası yara fleplerinin kapanması mümkün olmadığından yara kenarları intrafleksiyon yapılarak yara loju daraltıldı (Resim 2). Hastanın greftleme işleminin mevcut enfeksiyonun gerilemesinden sonra 2.seansta yapılmasına karar verildi. Postoperatif dönemde V.A.C tedavisine devam edilen hastanın servikal ve supraklaviküler lenfadenopatileri geriledi. Bununla birlikte ses kısıklığı gerileyen hastanın yapılan laringoskopisinde vokal kordlar bilateral hareketli olarak izlendi. Postoperatif 9. günde enfeksiyonu tamamen gerileyen hastanın mastektomi alanı sol femoral bölgeden alınan deri ile greftlendi. Postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Yara iyileşmesi tamamlanan hasta onkoloji kliniğine yönlendirilerek kemoterapi seanslarına başlandı.

TARTIŞMA

Meme kanseri tanısında ve tedavisinde geç kalınması dramatik tablolara yol açabileceği gibi, iyi yöne-

tilmiş meme kanseri vakalarında son derece yüz güldürücü sonuçlar elde edilebilir (5). İleri meme kanseri klinik tablolarının, daha çok gelişmekte olan ülkelerde, düşük sosyokültürel durum, meme kanseri bilincinin yeterince gelişmemesi, halk arasındaki yanlış inanışların varlığı, finansal nedenler gibi çeşitli faktörlere bağlı görüldüğü bildirilmektedir (4,6,7). İleri meme kanserli hastaların 70 yaş üzerinde olanlarının %50'sinde cilde ülserasyon, toraks duvarına fiksasyon gibi klinik tablolar öne çıkmaktadır (7,8). Bizim sunduğumuz olguda ise hasta oldukça genç yaşta. Meme kanseri bilincinin tam algılanmaması ve toplum içindeki yanlış inanışların bu klinik tabloda geç kalınma nedenleri olduğu kanaatindeyiz.

Metastatik meme kanserli hastalar düşük riskli ve yüksek riskli olmak üzere 2 grupta incelenmektedir. Düşük risk grubundaki hastalar genellikle asemptomatik, kemik/yumuşak doku ile sınırlı metastazı olan ileri yaş grubunda, hormon reseptörleri pozitif olan hastalardır. Bu hastalarda klinik tabloda progresyon ve visseral metastaz olmadıkça hormonal tedavi uygulanması önerilmektedir. Yüksek risk grubundaki hastalar ise, hormon reseptörleri negatif, hızlı klinik seyir gösteren yaygın metastazı olan hastalardır. Bu hastalarda kemoterapi seçilecek tedavi yöntemidir (9,10). Olgumuz; genç, hormon reseptörleri negatif, kemik ve yaygın lenf nodu metastazı olduğundan yüksek riskli gruptaydı ve tedavide kemoterapi uygulanması planlandı. Kemoterapinin 2. kürünü alırken memedeki kitlenin cilde ülser olması ve ülseröz lezyondan infekte nekrotik akıntının gelmesi üzerine hastada kemoterapi prosedürü durdurularak tümör nekrozuna bağlı gelişen enfeksiyonla mücadele edildi. Enfeksiyonun gerilemesi üzerine önce mastektomi yapıldı. Mastektomi lojunda enfeksiyon olmadığı gözlemlendikten sonra 2. seansta mastektomi defekti greftlendi. Bu yöntem genellikle literatürde de önerilmektedir (11,12). Tüm meme kanseri olgularında olduğu gibi gecikmiş olgularda da multidisipliner yaklaşım tedavinin sonucunu ileri derecede etkilemektedir. Olgumuzda önce kemoterapi başlanmış ancak kemoterapinin yeterli yanıt alınmaması ve lezyonun infekte olarak cilde fistülüze olması sonucunda genel cerrahi ve arkasından plastik cerrahi kliniğinin girişimiyle tatminkâr sonuç elde edilebilmiştir.

Sonuç olarak ileri meme kanserli hastalarda, başvuruda gecikmenin ana nedeni meme kanseri bilincinin toplumda eksikliği ve geleneksel yanlış inanışların yaygınlığıdır. Olgumuzda; aynı hastada sağ meme kanserinin tedavisinde multidisipliner yaklaşımın uygulanmasıyla 9 yıl boyunca nüksün olmadığı, mükemmel kozmetik sonuç elde edilirken, hastanın sol memesinde, yanlış inanışlar, paramedikal metodların uygulanması sonucu, cilde ülserasyona ve nekroza kadar giden, dramatik bir tablo ortaya çıkmıştır.

KAYNAKLAR

1. Giordano SH. Update on locally advanced breast cancer. *Oncologist* 2003; 8: 521-30. [CrossRef]
2. Swain SM, Sorace RA, Bagley CS, Danforth DN Jr, Bader J, Wesley MN, et al. Neoadjuvant chemotherapy in the combined modality approach of locally advanced nonmetastatic breast cancer. *Cancer Res* 1987; 47: 3889-94.
3. Ozmen V. Breast cancer in the World and Turkey. *J Breast Health* 2008; 4: 6-12.
4. Kebudi A, Manukyan MN, Uludağ M, Erdemir A, Çitgez B, Sevrge U. Aberrant breast cancer. *Breast J* 2007; 13: 532-3. [CrossRef]
5. Yetkin G, Uludağ M, Çitgez B, Kartal A. Nonpalpable meme lezyonlarında stereotaktik eksizyonel biopsinin yeri. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni* 2009; 43: 123-5.
6. Nagadowska M, Kulakowski A. Breast cancer in elderly women: characteristics of the disease. *Eur J Surg Oncol* 1991; 17: 609-14.
7. Piza-Katzer H, Pilz E, Hausmaninger C, Herczeg E. Experience in the surgical treatment of primary advanced breast cancer, wide spread local recurrence and irradiation damage: reflections on patient benefit. *Wien Klin Wochenschr* 1995; 107: 163-8.
8. Scholl SM, Fourquet A, Asselain B, Pierga JY, Vilcoq JR, Durand JC, et al. Neoadjuvant versus adjuvant chemotherapy in premenopausal patients with tumors considered too large for breast conserving surgery preliminary results of a randomized trial: S6 *Eur J Cancer* 1994; 30: 645-52. [CrossRef]
9. von Minckwitz G, Costa SD, Eiermann W, Blohmer JU, Tulusan AH, Jackisch C, et al. Maximized reduction of primary breast tumor size using preoperative chemotherapy with doxorubicin and docetaxel. *J Clin Oncol* 1999; 17: 1999-2005.
10. Fisher B, Brown A, Mamounas E, Wieand S, Robidoux A, Margolese RG, et al. Effect of preoperative chemotherapy on local-regional disease in women with operable breast cancer: findings from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-18. *J Clin Oncol* 1997; 15: 2483-93.
11. Hayashi K, Oshida S, Nemoto K, Habiro T, Sengoku N, Tanino H, et al. Determination of treatment strategies for a 43-year-old single woman with Stage IV breast cancer. *Gan To Kagaku Ryoho* 2014; 41: 1981-4.
12. Martella S, Caliskan M, Brenelli FP, Rossetto F, Aparecida De Oliveira H, De Brito Lima LN, et al. Surgical closure of chestwall in noninflammatory locally advanced breast carcinoma with ulceration of the skin. *Breast J* 2008; 14: 345-52. [CrossRef]