

## 105 MEME KANSERİ VAKASININ ANALİZİ

Dr. Asım DUMAN (1)  
Dr. Cemil CEVİZ (2)  
Dr. Fuat İPEKÇİ (3)  
Dr. Nuri ILDIZ (4)  
Dr. Selâhattin AYDINALP (5)

### Ö Z E T

Ağustos 1969 - Ağustos 1981 yılları arasında D.Ü.T.F. Genel Cerrahi Biriminde 98 i kadın, 7 si erkek olmak üzere ameliyat edilen 105 meme kanserli hastanın dosyası incelenmiştir. Bu hastaların 12 sinde basit mastektomi, 93 ünde radikal mastektomi yapılmıştır. 105 meme kanserli hastanın 1 i ameliyat esnasında ve 2 si postoperatif devrede kaybedilmiş olup mortalite oranı % 2,8 bulunmuştur.

### S U M M A R Y

#### *Analysis of 105 Cases of Breast Carcinoma.*

Between August 1969 and August 1981 105 patients with breast carcinoma were operated on at the General Surgery Department of Medical Faculty of Diyarbakır University. We studied the case notes of these patients. There were 98 female and 7 male patients. Radical mastectomy was performed on 93 patients, and simple mastectomy on 12 cases. During the postoperative period, there were 3 deaths in 105 patients with breast carcinoma. The mortality rate was 2.8 percent.

- (1) S.Ü.T.F. Dekanı ve Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı.
- (2) D.Ü.T.F. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Uzman Asistanı.
- (3) Diyarbakır Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Uzmanı.
- (4) D.Ü.T.F. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Uzman Asistanı.
- (5) D.Ü.T.F. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi.

## G İ R İ Ő

Kadınlarda rastlanan neoplazik hastalıkların başında meme kanseri gelmektedir. Meme kanseri bu cinste görülen malign hastalıkların % 19-30 unu teşkil etmektedir. Erkeklerde ise bu oran % 1 olarak bildirilmektedir. Bu durum hastalığın etyolojisinde hormonal faktörlerin önemli rol oynadığını göstermektedir.

Diğer kanser tiplerinde olduğu gibi meme kanserlerinde de tedavinin esasını erken tanı ve yeterli cerrahi diseksiyonla tümör dokusunun iyi bir şekilde çıkarılması teşkil eder. Ayrıca steroid hormon reseptör tayini, radyoterapi ve kemoterapi ile de tedavi planlanabilmektedir.

Yöremizin eğitim ve bilinç seviyesine bağlı olarak brimimize baş vuran meme kanserlilerin tümörün sıklıkla aksılar nodüllere metastaz yaptıktan sonra yakalanabildikleri dikkati çekmektedir. Kliniğimizde son 12 yıllık dönemde ameliyat edilen 105 meme kanserli hastanın dosyaları incelenerek alınan sonuçlar değerlendirilmeye çalışıldı.

## MATERİYEL ve METOD

Materyelimizi Ağustos 1969 ile Ağustos 1981 yılları arasında D.Ü.T.F. Genel Cerrahi Biriminde cerrahi tedavi gören 105 meme kanserli hasta oluşturmaktadır.

Hastalarımızda yaş, cins, tümörün lokalizasyonu, klinik ve laboratuvar bulguları, klinik ve histopatolojik sınıflandırma, uygulanan ameliyat yöntemleri, postoperatif morbidite ve mortalite incelenmiştir.

## BULGULAR

Ameliyat edilen 105 meme kanserli hasta 17 ile 78 yaşları arasında olup; yaş ortalaması 46,2 dir.

1. Tablo : 105 Meme Kanserli Hastada Yaş ve Cins Dağılımı.

YAŞ	ERKEK	KADIN	TOPLAM YÜZDE	
0-20	—	1	1	0,9
21-30	—	3	3	2,8
31-40	1	28	29	27,6
41-50	2	38	40	38,2
51-60	—	22	22	21,0
61 ve Üstü	4	6	10	9,5
TOPLAM	7	98	105	100,0

Vakaların % 65,8 i 31-50 yaşları arasında yoğunlaşmıştır. Erkek hastalarda ise 4 hasta 61-Üstü yaş grubunda saptanmıştır.

Hastaların 98 i (% 93,4) kadın, 7 si (% 6,6) erkek olup erkek hastaların bu oranı rolatif bir yükselme göstermektedir.

Vakalarımızın kliniğe en büyük başvurma nedeni memede şişlik ve bu şişliğin kanser olabileceği korkusu idi.

Hastalarımızda tümörün sağ ve sol memedeki lokalizasyonu 2. tabloda gösterilmiştir.

2. Tablo : 105 Meme Kanseri Olgusunda Tümörün Sağ ve Sol Memedeki Lokalizasyonu

Lokalizasyon	Sağ Meme	Sol Meme	Toplam	Yüzde
Üst dış kadrant	22	26	48	45,7
» iç »	6	7	13	12,4
Alt dış »	5	9	14	13,4
» iç »	3	5	8	7,6
Meme başı ve çevresi	11	7	18	17,1
Birden fazla veya tüm kadr.	1	3	4	3,8
<b>TOPLAM</b>	<b>48</b>	<b>57</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>

Lezyon 48 olguda (% 45,7) üst dış kadranda, 18 hastada (% 17,1) meme başı ve çevresinde yerleşmiştir. Diğer kadrantlarda ise daha az oranlarda saptanmıştır. Ayrıca kanser 4 hastada birkaç veya tüm kadrantları enfiltre etmiştir.

Olgularımızda aksillar lenf nodülü metastazı aranmıştır.

Vakalarımızı oluşturan kadın hastaların 82 sinin medeni halleri, doğurdukları çocuk sayısı, seksüel yaşamları, evlenme yaşları ve ilk doğurma yaşları ile menapoz durumu ve beslenme özellikleri incelenmiştir. Buna göre 82 kadın hastanın % 12,2 si hiç evlenmemiş, % 18,2 si dul, % 69,6 si evli olarak tespit edilmiştir. Bu hastaların % 21,9 unun hiç doğurmamış, % 12,2 sinin doğum yapmış (% 65,9 u iki ve daha fazla doğurmuş) olduğu saptandı. İlk menstruasyon zamanının 82 hastanın % 63,3 ünde 10 ile 20 yaşları arasında, % 36,7 sinin 20 yaşından sonra olduğu anlaşılmıştır. 82 hastanın % 39,2 si 21-30 yaşlarında % 29,2 si 16-20 yaşlarında, % 21,9 u 10-15 yaşlarında ve % 9,7 si ise 31 ve üstü yaşlarda evlenmişlerdir. 82 vakanın 38 inin (% 46,4) menopozda, 44 ünün (% 53,6) premenopoz veya normal siklusta bulunduğu tespit edilmiştir.

Vakalarımızda gerekli radyolojik incelemeler yapılmış, 40 hastada mamografi, 10 vakada lenfanjiografi elde edilmiş lezyonun operabilite ve tanı kriterleri araştırılmıştır.

Hastalarımızda ameliyat öncesi devrede biopsi yapılarak meme kanseri teşhisi doğrulanmıştır. Ameliyat edilen materyel tekrar histopatolojik incelemeye tabi tutularak 49 vakada aksillar lenf metastazı tespit edilmiştir. Bu araştırma sonuçları postoperatif radyoterapi içinde kullanılmıştır.

Vakalarımız histopatolojik olarak sınıflandırmaya tabi tutularak 3. Tabloda gösterilmiştir.

3. Tablo : 105 Meme Kanserinin Histopatolojik Olarak Sınıflandırılması

HISTOPATOLOJİK TANI	ERKEK	KADIN	TOPLAM	YÜZDE
Meme başı paget hastalığı	—	2	2	1,9
Meme kanalları kanseri	7	92	99	94,4
Noninfiltratif	—	3	3	
Papiller	—	2	2	
Komedo	—	1	1	
İnfiltratif	7	89	96	
Papiller	1	9	10	
Komedo	—	5	5	
Skirö	6	70	76	
Merüller	—	5	5	
Lobüller karsinoma Noninfiltratif	—	1	1	0,9
İnflamatuvar karsinoma	—	3	3	2,8
<b>T O P L A M</b>	<b>7</b>	<b>98</b>	<b>105</b>	<b>100,0</b>

Vakalarımızın 99 unu (% 94,4) meme kanallarından menşey almış kanserler oluşturmakta ve bu kanserlerin 76 sını (% 72,5) skirö duktal adenokarsinoma teşkil etmektedir.

Meme kanserli 98 kadın hastada klinik bulgular dikkate alınarak Colombia sınıflandırılması yapılmıştır. (4. Tablo)

4. Tablo : 98 Meme Kanserli Kadın Hastada Colombia Sınıflandırması

SAFHALAR	HASTA SAYISI	YÜZDE
A	27	27,5
B	49	50,0
C	15	15,3
D	7	7,2
<b>T O P L A M</b>	<b>98</b>	<b>100,0</b>

98 Vakanın 49 u (% 50) B safhasında bulunmaktadır. A safhasında 27 hasta (% 27,5), C safhasında 15 hasta (% 15,3) ve D safhasında 7 vaka (% 7,2) bulunduğu anlaşılmıştır.

Kliniğimizde ameliyat edilen 105 meme kanserli hastanın 93 ünde (% 98,6) radikal mastektomi, 12 sinde (% 11,4) basit mastektomi uygulanmıştır. Radikal ve basit mastektomi uygulanan ve yaşayan hastalarımızın bir kısmında radyoterapi tatbik edilmiştir.

105 Meme kanserli hastanın 1 i hemorajik diateze bağlı hypovolemik sok, 2 si myokard enfarktüsü nedeniyle kaybedilmiş olup mortalite oranı % 2,8 bulunmuştur.

Yaşayan hastalarda görülen komplikasyonlar için tıbbi ve cerrahi tedir. (5. Tablo)

5. Tablo : Ameliyat Edilen ve Yaşayan 102 Hastanın 38 inde Meydana gelen Komplikasyonlar

KOMPLİKASYON	KOMPLİKASYON SAYISI
Yarada süpürasyon ve açılma	19
Yarada süpürasyon	14
Akciğer komplikasyonu	8
Kolda ödem	5
Diğerleri	3
<b>TOPLAM</b>	<b>49</b>

Yaşayan hastalarda görülen komplikasyonlar için tıbbi ve cerrahi tedavi yapılmıştır.

Şehrimizi oluşturan hastalardan 1969 - 1974 yılları arasında ameliyat edilen 42 vaka izlenmiş ve 5 yıllık survileri incelenmiştir.

6. Tablo : 42 Meme Kanserli Hastada 5 Yıllık Survi

Safha	Toplam Vaka	Yaşayan Vaka	5 Yıllık Yaşama Yüzdesi
A	16	10	62,5
B	18	8	44,4
C	6	2	33,3
D	2	—	—
<b>TOPLAM</b>	<b>42</b>	<b>20</b>	<b>47,6</b>

A safhasında bulunan 16 hastanın 10 (% 62,5) 5 yıl yaşamıştır.

## T A R T I Ş M A

Kadın kanserleri arasında sıklık sırasına göre en fazla meme kanserine rastlanmaktadır. Tüm kadın kanserlerinin % 19,8 - 27'sini meme kanseri meydana getirmektedir. Her 100 kadından 6'sında yaşamları boyunca bu hastalığa yakalanma ihtimali vardır. (4, 9, 23) 100 meme kanserinden 1'i erkeklerde ortaya çıkar. Serimizde bu oran % 6,6 bulunmuş olup, bölgemizde meme kanserlerine az oranda rastlanmasına bağlı olarak izafi bir yükselme göstermektedir.

Gelişmiş ülkelerde meme kanserine daha sık rastlanmaktadır. (4) Bunun sebebi 20 yaşından önce gebe kalanların az olması, genellikle üç çocuktan az doğum yapılması, kısa süre emzirme ve diet gibi faktörlerdir.

1975 Devlet İstatistiklerinde (6) bölgemiz kadınlarının % 85'inin 20 yaşından önce evlendikleri, % 75'inin 5 veya daha çok doğum yaptıkları ve emzirme süresini uzun tuttıkları anlaşılmıştır. Serimizde % 55 hastanın 20 yaşından önce evlendiği, % 47,5'nin 3 veya daha fazla doğum yaptığı saptanmıştır.

Kansere yakalanma oranı önceden meme kanseri geçirmiş kadınlarda, yakın akrabasında kanser olanlarda ve anneleri kansere yakalanmış kız kardeşlerde genel popülasyondan daha fazladır. (5) Uzun süre bebek emziren veya 40 yaşından önce kastrasyon yapılan kadınlarda kansere yakalanma oranı düşük bulunmuştur. (4, 6)

Primer meme kanserinde bir çok tedavi yönteminin bulunması, bunların yetersizliklere sahip olduğunu göstermektedir. (4)

Meme kanserinde ideal ve yerinde tedavi seçimi için preoperatif devrede yapılan biopsi, bu biopsi materyelinde östrojen reseptör tayinleri, kemik metastazı aranmasında radyografi ve sintigrafi, karaciğer metastazı için sintigrafi ve transaminaz tayinleri sıklıkla gerekli görülmektedir. (1, 2, 3, 4, 8, 9, 11, 19, 20, 21)

Meme kanserlerinde radikal mastektomi seçkin cerrahi yöntem olarak uygulanmaktadır.

Haagensen (11) meme derisinde yaygın ödem, meme derisinde satelit nodüller, inflamatuvar karsinoma, parasternal metastaz, supraklavikular metastaz, kolda ödem, uzak metastazlar; lokal olarak ilerlemiş kanserin ciddi belirtilerinden 2 veya daha fazlasının birlikte bulunmasını (meme derisi ülserasyonu, meme derisinin 1/3'ünden az sahada ödem, tümörün göğüs duvarına tespiti, aksillar lenf nodüllerinin 2,5 cm veya daha fazla büyümeleri, aksillar nodüllerin deri veya derin dokulara tespiti) inoperabilite kriterleri olarak kabul etmiştir.

1952 de Urban ve Baker (24) standart radikal mastektomi uygulanırken santral ve medial lokalizasyon gösteren invaziv meme kanserli kadınlarda parasternal nodüllerin birlikte çıkarılmasını önermişler ve bu vakalarda survinin daha uzun, nüksün daha az olduğunu bildirmişlerdir.

1974 te Livingston ve Arlen (15) santral ve medial kadranlarda yerleşmiş tümörlerde parasternal nodüllere metastazın çok kolay olduğunu ve bu vakalarda aksillar lenf metastazına rastlanmayabileceğini belirtmişlerdir. Sugarbaker (21) 5 yıllık survinin genişletilmiş radikal mastektomide % 70, radikal mastektomide ise % 33 olduğunu bildirmiştir. Buna karşılık Fergusson (7) 1960 - 1969 yılları arasında çeşitli ameliyat yöntemleri ile ameliyat edilen 492 hastayı kapsıyan bir seri yayınlamışlar ve radikal mastektomi yapılanlarda 5 yıllık survinin genişletilmiş radikal ve diğer yöntemlerde ndaha fazla olduğunu belirtmişlerdir. Bazı araştırmacılar radikal mastektomide ve modifiye radikal mastektomide 5 yıllık survinin % 70 olduğunu ve 10 yıllık survilerde de fark olmadığını göstermişlerdir. (12, 18)

Bir kısım yazarlar basit veya radikal mastektomiden sonra radyoterapi önermişler, radyoterapinin aksillar metastaz yapmış vakalarda uygulanmasının yerinde olacağını, radikal mastektomi ve radyoterapinin 5 yıllık surviyi uzattığını bildirmişlerdir. (7) Goldenberk (9) ise radikal mastektomiye ilave edilmiş radyoterapinin surviyi azalttığını ileri sürmüştür.

Son zamanlarda meme kanseri hücrelerini kontrol eden faktörlerin araştırılması ve alınan sonuçlar, tedaviye ve prognostik değerlendirmeye yeni yaklaşımlar getirmiştir. (1, 2, 16, 19) Biopsi materyelinde östrojen protein reseptörleri tayin edilerek tümörün hormona bağımlı veya bağımsız olduğu anlaşılmaktadır. (16) Eğer lezyon östrojene bağımlı ve bu reseptörlerin oranı fazla ise antiöstrojen tedaviye o derece iyi cevap alınmaktadır. Antiöstrojen ilaçlar NAFOXİDİN VE TAMOXİFEN gibi prepratlarıdır. (13, 16, 20)

Bilhassa ilerlemiş veya nüks etmiş meme kanserlerinde kemoterapi uygulanmaktadır. İlaç tedavisinden en iyi sonuç CMFVP (Cyclophosphamide, Methatrocsat, 5 Florourasil, Vincristin, Prednison) kombinasyonu ile alınabilmektedir. (3)

Hormonal orijinli ve çok ilerlemiş meme kanserlerinde antiöstrojen tedaviden başka ooforektomi, adenalektomi, hipofizektomi gibi tedavi yöntemleri ileri sürülmüştür. Bu yöntemler antiöstrojen tedavinin direkt veya indirekt olarak östrojenin tümörü geliştirici özelliğini ortadan kaldırmaya yönelik çalışmalardır.

Serimizde ameliyat edilen 105 meme kanserli hastanın 12 sinde basit mastektomi, 93 ünde radikal mastektomi uygulanmıştır. Hastalarımızın bir kısmına radyoterapi tatbik edildi. Takip edilebilen 42 hastanın 16 sı A safhasında, olup 5 yıllık survi % 62,5, 18 i B safhasında bulunup 5 yıllık survi % 44,4, 6 sı C safhasında olup 5 yıllık survi % 33,3 olarak saptanmıştır.

### L İ T E R A T Ü R

1. AHMAN, D. L., O'CONNELL, M. J., HAHN, R. G., et al. : *An evaluation of early or delayed adjuvant chemotherapy premenopausal patients with advanced breast cancer undergoing oophorectomy.* N. Eng. J. Med., 297 : 356, 1977
2. BOCK, G. E., JESNEN, E. V., and POLKEY, T. Z. : *The prediction of hormonal dependency of mammary cancer.* Ann. Surg. 182 : 342, 1975
3. COOPER, R. : *Combination chemotherapy in hormone-resistant breast cancer.* Proc. Am. Assoc. Cancer. Res., 10 : 15, 1969
4. COOPERMAN, A. M., ESSEISTYN, B. C. : *Breast cancer : An overview.* Surg. Clin. North Am., 58 : 659, 1978
5. DAO, T. L. : *The value of adrenalectomy in patients with metastatic breast cancer.* Surg. Clin. North Am., 58 : 801, 1978
6. ESER, S. R., ESER, G. : *Türkiyede meme kanseri.* İ.Ü.T.F. Mec. 29 : 27, 1966
7. FERGUSON, D. J., MEIER, P. : *1960-69 arasında Şikago Üniversitesindeki meme kanseri tedavilerinin sonuçları.* Surg. Clin. North Am. Çeviri : Cerrahi Klinikleri. Ankara, 56 : 99, 1976
8. FISHER, B., SLACK, N. H., CAVANAUGH, P. J., GARDNER, B., and RAVDİN, R. G. : *Postoperative radiotherapy in the treatment of breast cancer : Results of the NSABP clinical trial.* Ann. Surg. 172 : 711, 1970
9. GOLDENBERG, I. S., BAILAR, J. C., HAVES, M. A., LOWERY, R. : *Female breast cancer,* Ann. Surg., 154 : 397, 1961
10. GREENSPAN, E. : *Combination cytotoxic chemotherapy in advanced disseminated breast cancer.* J. Mt. Sinai, Hospital of New-York, 33 : 1966
11. HAAGENSEN, C. D. : *The choice of treatment for operable carcinoma of the breast.* Surgery, 76 : 685, 1974
12. HERMAN, R. E., STEIGER, E. : *Modified radical mastectomy.* Surg. Clin. North Am., 58 : 743, 1978
13. KNIGHT, W. A., LIVINGSTON, R. B., GREGORY, E. J., et al. : *Estrogen receptor as an independent prognostic factor for early recurrence in breast cancer,* Cancer Res., 37 : 4669, 1977



14. LEWISON, E. F., ALBERT, C. W., MONTAGUE, K. L.; *Breast cancer treated at the Hopkins Hospital 1951-1956. Cancer.*, 19 : 1359, 1966
15. LIVINGSTON, S., and ARLEN, M. : *The extended extrapleural radical mastectomy : Its role in the treatment of the breast cancer. Ann. Surg.*, 179 : 260, 1974
16. McGUIRE, W. L., HORWITZ, K., ZAVA, D. T., et al. : *Hormones in the breast cancer. Update 1978. Metabolism.*, 27 : 487, 1978
17. McWHIRTER, R. : *Treatment of cancer of the breast by simple mastectomy and roentgenotherapy. Arch. Surg.* 59 : 830, 1949
18. MEYER, A. C., SMITH, S. S., and POTTER, M. : *Carcinoma of the breast., A clinical study. Arch. Surg.*, 113 : 364, 1978
19. NISSEN-MEYER, R. : *Ovarian suppression and its supplement by additive hormonal treatment in : HEUSON, J., et al. : Breast cancer. New-York, Reven Press, 1976, 151 - 158*
20. OSBORNE, C.K., McGUIRE, L. W. : *Current use of steroid hormone receptor assays in the treatment of breast cancer. Surg. Clin. North Am.*, 58 : 777, 1978
21. SUGARBAKER, E. D. : *Radical mastectomy combined with in continuity resection of the homolateral internal mammary node chain. Cancer.*, 6 : 963, 1953
22. UĞUR, D. A. : *Cerrahi meme hastalıkları. A.Ü.T.F., A.Ü. Yayınevi I. Bası. 1968*
23. UĞUR, D. A. : *Cerrahi meme hastalıkları. A.Ü.T., A.Ü. Yayınevi II. Bası. 1970*
24. URBAN, J. A., BAKER, H. W. : *Radical mastectomy with enblock resection of the internal mammary lymph node chain. Cancer.*, 5 : 992, 1952