

MEME KANSERİNİN CERRAHİ TEDAVİSİNDE MODİFİYE
RADİKAL MASTEKTOMİNİN DEĞERİ
(100 Olguluk seri)

Dr. Adil KARTAL¹
Dr. Türker ÖZKAN²
Dr. Hasan BAŞARIR¹

Tümü kadın olan 100 meme kanserli olguya Madden'in Modifiye Radikal Mastektomi (MRM) tekniği uygulandı. Olgular yaş, semptom, tümörün lokalizasyonu, büyüklüğü, aksiller metastaz ve TNM'ye göre sınıflandırılması ile komplikasyonlar, mortalite ve sürvi bakımından incelendi. Sonuçların en az Radikal Mastektomi (RM) kadar iyi olduğu saptandı.

The Value of Modified Radical Mastectomy for the Surgical Treatment of Breast Cancer (A series of 100 cases).

One hundred female patients all of who had breast cancer were applied Madden's modified radical mastectomy technique. The cases were examined considering the age of the patient, the localisation and size of the tumor, axillary metastasis and classification. Complications and the rate of mortality and survival were studied. The results were as hopeful as radical mastectomy.

Meme kanseri, kadın kanserlerinin %28'ini teşkil eder ve 39 - 44 yaş grubundaki kadınların tümörden ölüm oranları dikkate alındığında en sık ölüm sebebi olarak yer alır. Erkeklerde meme kanseri oranı kadınların %1'i kadardır (8, 15).

Meme kanseri son 10 yılda ensidens yönünden yaklaşık olarak her yıl %1 oranında bir artış gösterirken modern tedavi yöntemlerine karşın hastalığın mortalite oranındaki düşüş çok sınırlı kalmaktadır (4).

Meme kanserinde en iyi tedavi, hastaya şifa şansını veren, mortalite ve morbiditesi en az ve uygulaması en kolay tedavi metodunun uygulanmasıyla yapılanıdır. Bununla beraber hastalığın bütün devrelerinde etkili ve genel olarak kullanılan tek bir tedavi metodu mevcut değildir.

(1) Selçuk Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi.
(2) Pastör Fransız Hastanesi El Cerrahisi Uzmanı.

TABLO I

Olguların yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş grupları	Olgu sayısı
25 - 29	5
30 - 34	6
35 - 39	10
40 - 44	6
45 - 49	20
50 - 54	21
55 - 59	11
60 - 64	10
65 - 69	8
70 - 74	2
75 - 79	1
Toplam	100

Olguların menstrüel durumuna göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

TABLO 2

Olguların menstrüel siklüs durumuna göre dağılımı

Menstrüel durum	Olgu sayısı
Premonopoz	39
Postmenopoz	61
Toplam	100

Olguların 4'ü bekâr, 96'sı evliydi. Evlilerin 12'si doğurmamış, 84'ü çocuklu idi. Bunlar en az bir en çok 12 çocuklu idi.

Yüz olgunun 44'ünde tümör sağ memede, 56'sında sol memede lokalizeydi. Olgularımızda kanserin meme kadranlarına göre lokalizasyonu Tablo 3'de görülmektedir.

Meme kanserinin tedavisinde; cerrahi tedavi, radyoterapi, endokrin tedavisi ve kemoterapi yalnız başlarına veya kombine olarak kullanılır.

Meme kanserinde ideal tedavi cerrahidir. Cerrahi metotlarla tedavisi mümkün olan vakalarda diğer tedavi metotları ilk planda benimsenmemelidir. Fonksiyonel ve kozmetik sonuçları nedeniyle Modifiye Radikal Mastektomi (MRM) son yıllarda artan bir kullanım alanı bulmuştur (1, 10).

MATERYAL VE METOD

1977 - 1982 yılları arasında Bazmiâlem Valide Sultan Gureba Hastanesi Cerrahi Kliniğinde tetkik ve tedavi edilen 100 meme kanseri olgusu ameliyat öncesi ve sonrası çeşitli özellikleriyle incelendi.

Yüz olgunun klinik evrelemeleri TNM sistemine göre yapıldı. TNM'ye göre operabilite sınırimız T1T2N1Mo, inoperabilite sınırimız ise aksiller nodülün fiksasyon durumu gözönünde tutularak T3N2Mo olarak kabul edildi.

Gerek hasta gerekse ameliyathane aynı seansta MRM uygulanacak şekilde hazırlandı. Hastalar genel anestezi ile uyutuldu. Frozen section için memeden biyopsi yapılırken tümörün yayılmasına engel olacak bütün klasik kurallara bağlı kalındı.

Mümkün olduğu kadar travmatize etmeden deri lenfatiklerinin akışına uyacak cilt kesilerinden yararlanıldı. 1.5 cm. çapından büyük tümörlere ensizyonel, 1.5 cm'den küçüklere ise eksizyonel biyopsi yapıldı. Hemostaz elektrokoterle sağlandı. Biyopsi yerinden ameliyat sahasına sızmayı önlemek için biyopsi yeri suture edilip frozen section sonucu beklendi. Netice malign gelince biyopsi sahasına dokunmadan bütür malzemeler değiştirilerek Madden tekniği (12) ile MRM uygulandı.

BULGULAR

Serinin tümü kadın olup en genç hasta 26, en yaşlısı 78 yaşında ve yaş ortalaması 50 ± 11.4 idi. Olgularımızda meme kanserinin en sık görülmeye yaşının %21 oranında 50 - 54 yaş grubunda olduğu saptandı (Tablo 1).

Yüz olgunun 80'inin kan grubu tayin edilmiş olup bunların %34.5'i A grubunda idi.

TABLO 3

Tümörün meme kadranlarına göre dağılımı

Lokalizasyon	Olgu sayısı
Üst dış kadran	56
Üst iç kadran	20
Alt dış kadran	9
Alt iç kadran	8
Santral	7
Toplam	100

Serideki semptomlar Tablo 4'de gösterilmiştir.

TABLO 4

SEMPTOMLAR

İlk semptom	Olgu sayısı
Memede kitle	72
Önce memede kitle sonra memede ağrı	16
Ağrı	4
Meme başında akıntı	4
Meme derisinde ülserasyon	2
Meme başında kaşıntı	1
Semptomsuz (Dr. tarafından tesbit)	1
Toplam	100

Tümörün ilk tespit tarihi ile hekime müracaat arasında geçen süre 15 gün ile 36 ay arasında değişmekteydi. Serideki hastaların %75'inin tümörün ilk tespit tarihinden itibaren 5 ay içinde başvurdukları saptandı.

Fizik muayenede aksillada palpabl ganglionu olan olgu sayısı 63 iken, olmayanlar 37 idi. Postoperatif 58 olgunun mikroskopik olarak aksiller ganglionları atake iken 42'sinin aksillasında metastaz yoktu.

Olgulardaki yaş ve mikroskopik aksiller metastaz ilişkisi araştırıldığında, 50 - 59 yaş grubunda %78 ile en yüksek, 60 - 69 grubunda %44 ile en düşük bulundu.

Tablo 5'de tümörün büyüklüğü ve mikroskopik aksiller arasındaki ilgi görülmektedir.

TABLO 5

Tümörün büyüklüğü ve aksiller metastaz arasındaki ilgi

Tümörün büyüklüğü	Hasta sayısı	Mikroskopik metastaz
2 cm. den küçük	5	%40
2 - 3 cm.	48	%50
4 - 5 cm.	41	%67
6 - 7 cm.	5	%60
8 cm.	1	%58
Toplam	100	%58

Olgular TNM ve TNM evrelerine göre incelendi. Yüzde 37'sinin evre I. %60'ının evre II ve %3'ünün evre III'te yer aldığı sonucuna varıldı (Tablo 6).

TABLO 6

TNM'e göre olguların dağılımı

TNM	Olgu sayısı
T ₁ N ₀ M ₀ (Evre I)	20
T ₂ N ₀ M ₀ (Evre I)	17
T ₁ N ₁ M ₀ (Evre II)	33
T ₂ N ₁ M ₀ (Evre II)	27
T ₃ N ₀ M ₀ (Evre III)	1
T ₃ N ₁ M ₀ (Evre III)	1
T ₃ N ₂ M ₀ (Evre III)	1

Serideki olguların histopatolojik sonuçları Tablo 7'de derlenmiştir.

TABLO 7

Olguların histopatolojik dağılımı

Histopatolojik tip	Olgu sayısı
Duktal karsinom (Noninfiltratif)	2
Duktal karsinom İnfiltratif	95
Papiller : 12	
Skirö : 78	
Medüller : 3	
Musinöz : 2	
Lobuler karsinom	3
Toplam	100

Tablo 7'de görüldüğü gibi olguların %97'sini duktal, %3'ünü ise lobular karsinom oluşturmaktaydı. Skirö (İnfiltratif duktal karsinom) tip %78 ile en sık görülen duktal karsinomdu.

Komplikasyon olarak hastaların %2'sinde yara enfeksiyonu, %4'ünde lenfore, %13'ünde kolda erken veya geç lenfödem, %1'inde sağ skapula altında his bozukluğu görüldü. Flep nekrozu ve hastane içi mortalite yoktu. Yalnız aksillasında mikroskopik metastazı olan olgular radyoterapiye gönderildi. Olgularda en erken 1.5 ay en geç 56 ay sonra görüldü. 5 yıl içinde nüks (lokal ve uzak metastaz oranı) %29 olarak değerlendirildi. Beş olguda nüks lokaldi (Evre III olguları).

Çalışmanın bitirildiği 1982 yılı sonunda tüm hastalara gönderilen anket mektupların cevapları ile Hastanemiz Onkoloji Bölümündeki dosyaların incelenmesinde ameliyatından beş yıl geçen 54 hastadan 39'unun yaşadığı 15'inin kaybedildiği öğrenildi. Olguların evrelere göre sürvisi tablo 8'de görülmektedir.

TABLO 8

Olgularımızda beş yıllık sürvi

Evre	Olgu sayısı	5 yıl sonunda	
		yaşayan olgu sayısı	%
I	12	10	83.3
II	39	28	71.8
III	3	1	33.3
TOPLAM	54	39	72.2

Tablo 8'de görüldüğü gibi beş yıllık sürvi evre I'de %83.33 ile en yüksek evre III'te %33.3 ile en düşüktür.

TARTIŞMA

Meme kanseri batılılarda olduğu gibi kadınlarımızda da görülen ve en sık ölüm nedeni olan malign tümörler arasındadır (6). Meme kanseri prepubertede hemen hemen hiç görülmez. 10117 olguluk bir meme kanseri serisinde olguların en çok 45 - 65 yaşları arasında görüldüğü saptandı (2). Eser ve Eser (7), 4302 meme kanserli kadında yaptıkları incelemede pikleri bizde daha çok genç yaşlarda bularak bunu ülkemizdeki yaşam süresinin batıya nazaran çok düşük olması ile izah ettiler. Çalışmamızda meme kanserinin en sık görülme yaşının %21 oranında 50 - 54 yaş grubunda olduğu tespit edildi.

Meme kanserli hastalar genellikle pre ve postmenopozik dönemdeki kadınlardır. Erken menarş ve geç menopoz meme kanseri için major risk faktörleridir. Seride olgularımızın %39'unu premenopozik, %61'ini postmenopozik kadınlar oluşturmaktadır.

Çeşitli serilerde meme kanserinde ilk semptom genellikle memede kitle olarak bildirilmektedir (6, 8). Olgularımızda ilk semptom %72 oranında kitle idi.

Değişik yazarlara göre meme kanseri, olguların çoğunda memenin dış yarısında lokalize olmaktadır (4, 5, 6, 8). Çalışmamızda tümörün %56'sı üst dış kadranda, %65'i ise memenin dış yarısındaydı.

Meme kanserinde, primer lezyonun meme kadrandaki lokalizasyonu ile aksiller metastaz arasında ilişki ardır. Dış kadrandaki tümörlerin aksillayı daha sıklıkla atake ettiği bilinmektedir. Clyne ve Younghusband (4) dış kadrandaki tümörlerin %46, santral tümörlerin %32 ve iç kadrandaki tümörlerin %22 oranında aksillaya metastaz yaptığını bildirdiler. Çalışmamızda dış kadranda lokalizasyonlu 65 hastadan 42'sinde aksillada metastaz olduğu saptanmıştır.

Meme kanseri olgularında palpabl aksiller lenfadenopati mutlaka tümör metastazına bağlanamaz. Nitekim Madden (12) MRM uygulandığı olgularda, palpabl ganglionların %82.8'inde palpabl olmayan ganglionların ise %21.2'sinde metastaz olduğunu bildirdi. Serimizde palpabl ganglionu olan 63 hastanın %82.8'inde histolojik olarak metastaz vardı. Ganglion palpe edemediğimiz 37 olgunun ise %21.2'sinde metastaz görüldü. Bu değerler Madden'in bulgularının tamamen aynıdır.

Kanser cerrahisinde temel prensip lezyonun lenfatik yollar ve lenf nodülleri ile beraber total ekstirpasyonudur. Biz bu prensibi meme kanserinde, memenin tümüyle çıkarılması ve total aksiller disseksiyon yapılması şeklinde uyguladık.

Nemoto ve ark. (14), 1964 - 1969 yılları arasında (RM) uyguladıkları 121 olgu ile 1969 - 1975 yılları arasında MRM uyguladıkları 109 meme kanserini karşılaştırdılar. Klasik RM uygulananlarda aksilladan ortalama 23.4 nodül MRM uygulananlarda 25.7 nodül disseke ettiler. Serilerde lokal nüks ve sürvi oranlarının eşit olduğunu belirttiler. Scanlon ve Caprini (16) de MRM'de yeterli aksiller disseksiyon yapılabileceğini kanıtladılar.

Madden (13), MRM uyguladığı 57 olgudan 27'sinin 3 - 10 senelik takiplerde hayatta olduklarını; klasik RM uygulanan 44 hastadan 17'sinin 9 - 19 senelik takiplerde yaşadıklarını, bu arada ölüm oranlarının klasik

RM'de %52.3, MRM'de ise %36.8 olduğunu ve lokal nüksün klasik RM'de %22.7 MRM'de %14 olarak saptandığını bildirdi.

Handley (9) pektoralis major adalesinin muhafaza edilip pektoralis minorun çıkarıldığı MRM'yi 425 hastaya uyguladı. On yıllık sürviyi %54 olarak bildirdi. Serimizde 5 yılını dolduran 54 olgudan 39'unun hayatta olması 5 yıllık sürvi yönünden MRM'nin olumlu bir neticesidir.

Modifiye radikal mastektominin aksiller disseksiyon ve sürvi konusunda RM ile yarışacak kadar müspet yönleri vardır. Mastektomi sonrası görülen komplikasyonlar bakımından da RM'ye tercih edilir.

Mastektomi sonrası erken komplikasyonlar genel olarak yara iyileşmesi ile ilgili olup dereceleri farklıdır. Budd (3), 146 komplikasyonlu RM olgusunda enfeksiyon ensidensini %8.9 olarak bildirdi. Aynı seride MRM uygulananlarda bu oran %2 idi. Aynı araştırmacının 69 olguluk RM serisinde flep nekrozu %19.1 iken serimizde 2 olguda yara enfeksiyonu ve 2 olguda da minimal derecede flep nekrozu görüldü. MRM uygulanan merkezlerde flep nekrozunun görülme oranı %2-4'tür.

Budd'un serisinde RM olgularında %24.6 oranında olan lenfore, MRM grubunda %5 idi. Bu komplikasyon serimizde %4 bulundu.

Mastektomilerden sonra görülen en sık ve en önemli komplikasyon kolda erken ve geç dönemde ortaya çıkan lenfödemlerdir. Bu komplikasyon çeşitli serilerde %5-70 oranında bildirilmektedir (8, 10, 11). Olgularımızda bu oran %13 değerinde ve hafif derecedeydi. RM sonrası görülen aksiller kontraktür, damar yaralanmaları, kol ve omuz hareketinin sınırlanması ve diğer komplikasyonlar MRM uyguladığımız olgularda görülmedi.

SONUÇ

100 meme kanserli kadın hastaya Madden'in MRM tekniği uygulandı. Elde edilen veriler literatürle karşılaştırıldı.

MRM ile en az RM kadar sürvi sağlanabildiği ve özellikle yara iyileşmesi ve lenfödem gibi komplikasyonların daha az görüldüğü sonucuna varıldı.

Meme kanserli kadın hastalarda psikolojik problemlere neden olabilecek göğüs duvarındaki deformiteler, MRM sonrası görülmemekte, hastalar normal yaşamlarına devam etmektedirler.

Bazı yazarların itirazına rağmen MRM klasik RM kadar yeterli aksiller disseksiyon sağlamaktadır.

MRM'de pektoral adaleler ve sinirleri korunmakta bu koruma radyoterapi esnasında akciğerlerin zarar görmesine engel olmaktadır.

Yukarıda belirtilen hususlar meme kanserinin cerrahi tedavisinde MRM'ye yönelişin nedenleri olarak değerlendirilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ashikari, R. H.: *Modified radical mastectomy*. *Surg. Clin. Nort Am.*: 64: 1095, 1984.
2. Anderson, W.: *Boyd's Pathology for the surgeon*. 8th edition, W. B. Saunders Co., Philadelphia and London, 1967.
3. Budd, D. C.: *Surgical morbidity after mastectomy operations*. *Am. J. Surg.*, 135: 218, 1978.
4. Clyne, C. A. C., Younghusband, J. D.: *Radical mastectomy: A 27 years survey*. *Br. J. Surg.*, 65: 21, 1978.
5. Duman, A., Ceviz, C., İpekçi, F., Ildız, N.: *105 meme kanseri vakasının analizi*. *S. Ü. Tıp Fak. Derg.* 1: 17, 1984.
6. Eser, S., Eser, G.: *Türkiye'de çeşitli kanserlerin rölatif frekansları*. *İstanbul Tıp Fak. Mec.* 28: 10, 1965.
7. Eser, S., Eser, G.: *Türkiye'de meme kanserleri (İstatistik ve etyoloji)*. *İst. Tıp Fak. Mec.*, 29: 27, 1966.
8. Haagensen, C. D.: *Disease of the Breast*. Philadelphia, W. B. Saunders Co., Second edition, 1971.
9. Handley, R. S.: *The conservative radical mastectomy of Patey: 10 year results in 425 patients*. *Breast*, 2: 16 - 19, 1976.
10. Hermann, R. E., Steiger, E.: *Modified mastectomy*, *Surg. Clin. N. Amer.*, 58:743, 1978.
11. İlker, H.: *Radikal mastektomi komplikasyonları*, *Ankara Kanser Hastanesi Bülteni (Acta Oncologica Turcica)*, 2: 28 - 37, 1969.
12. Madden, J. L.: *Modified radical mastectomy*. *Surg. Gynecol. and Obstet.*, 121: 1221, 1965.
13. Madden, J. L.: *The modified radical mastectomy*. *Breast cancer, Early and late*. *Yearbook of medical publishers, Chicago*, 113: 23, 1970.

