

24 YAŞINDA MEME KANSERİ OLGUSU : PREOPERATİF ULTRASONOGRAFİNİN TANI VE TEDAVİ PLANLAMADAKİ ROLÜ

Dr. Selda TEZ (*), Dr. Ashı KÖKTENER (*), Dr. Meral ŞEN (**)

Gülhane Tıp Dergisi 45 (1) : 70 - 73 (2003)

ÖZET

Memede kitle yakınması ile başvuran 24 yaşındaki hastaya eksizyonel biopsi yapılarak infiltratif duktal karsinom tanısı konuldu. Meme koruyucu cerrahi planlandı. Preoperatif ultrasonografide mammoğrafide izlenmeyen nonpalpabl ikinci bir odak saptanarak tedavi planı değiştirildi. Bu çalışmada meme kanserlerinde ultrasonografinin rolü literatür bilgileri ile birlikte tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler : Genç Yaş, Meme Kanseri, Ultrasonografi, Mammografi.

SUMMARY

A 24-year-old Breast Cancer Patient : The Role of Preoperative US in the Diagnostic and Therapeutic Evaluation

Twenty four-year old patient with self diagnosed breast mass underwent excisional biopsy and had the pathologic diagnosis of infiltrative ductal adenocarcinoma. Conservative breast surgery was planned but preoperative breast ultrasonography demonstrated a second nonpalpabl lesion which had not been seen by mammography before and the patient underwent radical mastectomy. The role of US in breast carcinomas with literature review was discussed in this presentation.

Key Words: Young Woman, Breast Carcinoma, Mammography, Ultrasonography.

GİRİŞ

Palpabl kitlesi olan 30 yaş üzerindeki kişilerde ilk tercih edilecek görüntüleme yöntemi mammo-grafi iken 30 yaş altındakilerde ultrasonografidir (1). Ultrasonografi (US) ile lezyonların iç yapısı değerlendirilerek %96-100 oranında doğrulukla kistik/solid ayırımı yapılabilir (2). Solid kitlelerde lezyonun benign/malign ayırımında yararlıdır (3).

(* Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji A.D.

(**) Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D.

Reprint Request : Dr. Selda TEZ, Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji AD., Emek/ANKARA

Kabul Tarihi : 3.3.2003

Son yıllarda özellikle yüksek rezolüsyonlu cihazların kullanılmasıyla birlikte US'nin multifokal, multisentrik kanserleri saptama oranının mammo-grafi ve klinik bulgulara göre daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar rapor edilmiş, konservatif meme cerrahisi planlanan hastalarda preoperatif US'nin yararlı olduğu gösterilmiştir (4,5).

Burada multisentrik meme kanseri olan ve ikincil odağı preoperatif mammo-grafi ile saptanamayan ancak US'de saptanabilen 24 yaşında meme kanseri olgusunun klinik ve radyolojik bulguları sunularak meme kanserlerinde US'nin rolü literatür bilgileri ile birlikte tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

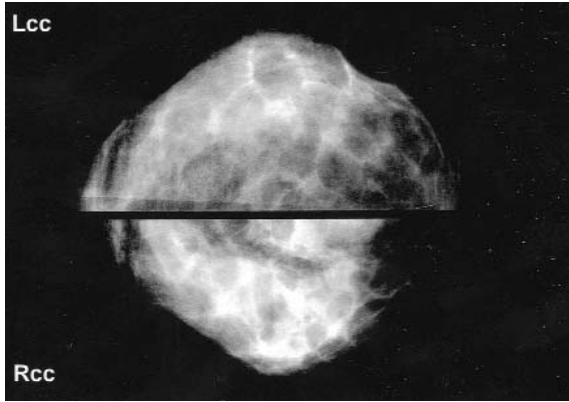
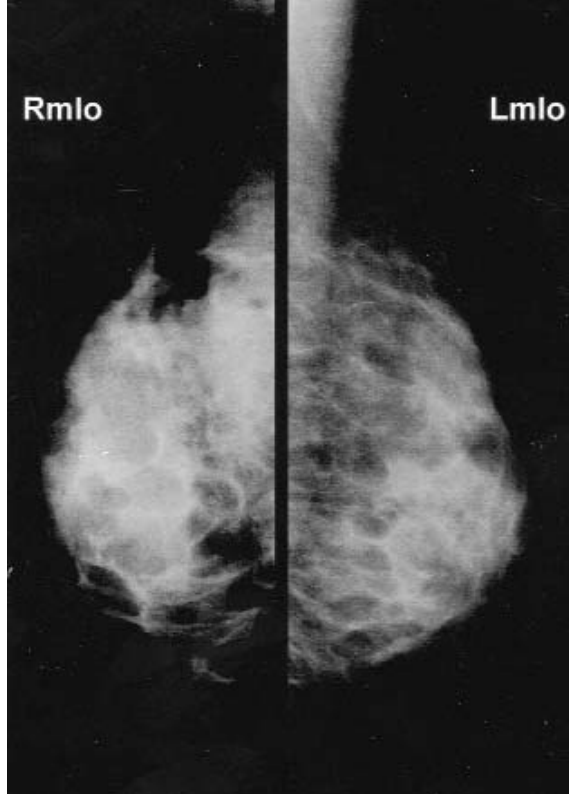
24 yaşında kadın hasta genel cerrahi bölümüne sağ memede bir ay önce farketdiği kitle yakınması ile başvurdu. Özgeçmişte özellik saptanmadı. Çay, kahve ve sigara alışkanlıkları yanısıra oral kontraseptif kullanımı mevcuttu. Soygeçmişte anneannede serviks kanseri olduğu öğrenildi. Ailede meme kanseri öyküsü yoktu.

Fizik muayenede sağ meme saat 11-12 arasında areoladan 2-3 cm uzaklıkta sert-düzensiz konturlu kitle saptandı.

US'de palpe edilen kitle lokalizasyonunda sınırları belirsiz, homojen iç yapıda, hipoeoik, posteriora akustik gölge ya da güçlenme oluşturmeyen 17x9 mm boyutlarda solid lezyon saptandı. Sol meme ve her iki aksilla normaldi.

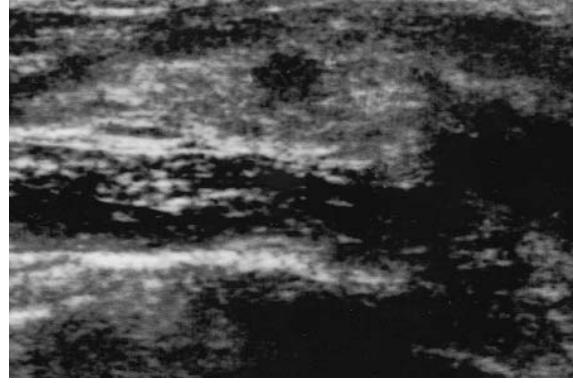
Palpabl kitle eksizyonel biyopsi yapılarak çıkartıldı. Operasyonda kitlenin sert ve düzensiz kenarlı olduğu görüldü. Lezyon histopatolojik olarak infiltratif duktal karsinom grade III olarak rapor edildi. Cerrahi sınırlar intakttı. Hormon reseptörü negatifti. Abdominal US ve kemik sintigrafisi yapıldı. Uzak organ metastazı saptanmadı. Meme koruyucu cerrahi planlandı. Operasyon öncesinde ikincil odak ve intraduktal komponent varlığını araştırmak amacıyla mammo-grafi yapıldı, US tetkiki tekrarlandı. Mammo-grafide heterojen dens meme paterninde (BI-RADS kategori 3) sağ memede US'de operasyon lojundaki sıvıya ait olduğu

anlaşılan asimetrik dansite artımı dışında patolojik bulgu saptanmadı (Resim-1,2).



Resim - 1,2: Heterojen dens paterndeki memede kitle lezyonu ya da mikrokalsifikasyon saptanmamıştır. Sağ memede izlenen asimetrik dansite artımı erken postoperatif değişikliklere bağlıdır.

US'de aynı meme aksiller kuyrukta saat 10 hizasında areoladan 6 cm uzaklıkta düzensiz konturlu, hipoeoik, posteriorda akustik gölge ya da güçlenme oluşturmayan 5x4mm boyutlarda, nonpalpabl solid lezyon saptandı (Resim-3).



Resim - 3 : Sağ meme aksiller kuyrukta 5 mm çaplı düzensiz konturlu solid kitle. Histopatolojik tanı: infiltratif duktal karsinom, grade I.

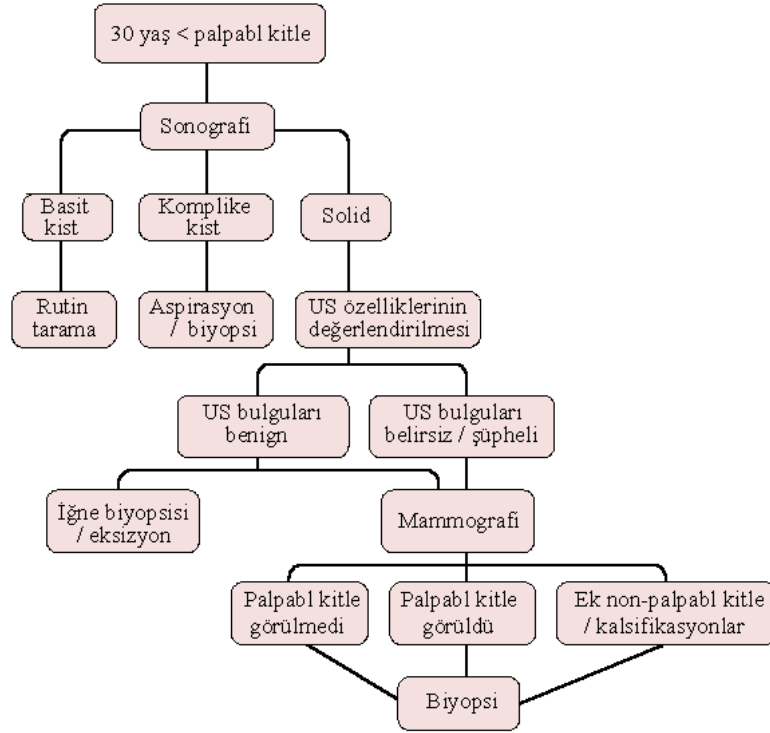
US'de saptanan 5mm'lik lezyon US eşliğinde tel ile işaretlenerek hasta operasyona alındı. Frozenda malignite saptanması üzerine tedavi planı değiştirilerek modifiye radikal mastektomi yapıldı. İkinci lezyonun histopatolojisi infiltratif duktal karsinom grade I olarak rapor edildi. Aksiller lenf nodu tutulumu saptanmadı. Operasyondan sonra kemoterapi başlandı.

TARTIŞMA

Meme kanseri esas olarak postmenapozal dönemin hastalığıdır. 30 yaş altındaki kadınlarda görülmesi oldukça nadirdir (The National Cancer Institute'n verilerine göre %1). Genç yaş meme kanserleri ile ileri yaş meme kanserleri arasında prognoz farklılığı açısından literatürde tam bir fikir birliği yoktur (6,7). Genç yaş meme kanserlerinde az diferansiye (grade III) karsinoma oranları daha yüksektir ve bu nedenle daha agresif seyirlidir. Bundan başka hormon reseptör negatif olma oranları daha yüksektir. P53 gen mutasyonu sıklıkla vardır. Lokal nüks oranı daha yüksektir ancak bu kansere bağlı yaşam süresini değiştirmez (7).

30 yaş üzerinde palpabl kitlesi olan kadınlarda ilk tercih edilecek görüntüleme yöntemi mamografi iken 30 yaş altındaki kişilerde US'dir (Resim-4). Bunun nedeni genç yaş grubunda dens meme paterninin mamografinin diagnostik sensitivitesini azaltmasıdır.

Solid kitlelerde US'nin benign/malign ayırımında yararlı olduğunu gösteren yayınlar bulunmaktadır(3,8). Stavros AT ve ark. solid lezyonları sonografik görüntünün özelliklerine göre benign, indeterminate, malign olarak gruplamışlardır. Benign lezyonların malign ve indeterminate olanlardan ayırımında US'nin negatif prediktive değerini %99.5



Resim - 4 :30 yaş ve altında palpabl kitlesi olan olgularda radyolojik algoritma (Radiologic Clinics of North America 2000; 338(4): 669-691'dan alındı).

olarak bulmuşlardır (3). Bu yazarlar klinik ve US bulguları benign olan solid lezyonlarda biyopsi yerine klinik ve radyolojik takibin yapılabileceğini ileri sürmüşlerdir.

Solid kitlelerde tipik malign ve benign sonografik özellikler tanımlanmıştır (1,3). İrregüler şekil, açılı ya da 3'den fazla lobulasyon gösteren kontur, sınırların belirsiz ya da spiküler olması, yüksekliğin uzunluktan fazla olması, belirgin (yağ dokusundan daha fazla) hipoekojenite, distalde akustik gölge, duktus içine uzanım malign özellikler, homojen hiperkojenite, ince, ekojenik psödokapsül, uzunluğun yükseklikten fazla olması benign özellikler olarak tanımlanmıştır. Bununla birlikte birçok solid kitle tipik sonografik özellikler taşımaz. Bazı karsinomalar düzgün konturlu, bazı fibroadenomalar irregülerdir. Ayrıca US, sonuçları uygulayan kişiler arasında farklılık gösterebilen bir yöntemdir. Bu nedenle US, biyopsi kararı verilirken klinik bulgulara yardımcı niteliğindedir; hiçbirzaman sadece US verilerine dayalı olarak biyopsi kararının verilmemesi gerektiği bazı yazarlar tarafından da vurgulanmıştır (9).

US ile asemptomatik dens memelerde gizli meme kanserlerinin saptanabildiği rapor edilmiştir (10-12). Kolb TM ve ark.(10), Buchberger W ve ark.(11) mammografi ve fizik muayenesi normal,

mammografide dens meme paterni bulunan kadınlarda sadece US ile %0.3 (10), %0.31 (11) oranında meme kanseri saptamışlardır. Ancak bazı yazarlar bu oranın oldukça düşük olduğunu, US'nin meme paterni ne olursa olsun asemptomatik hastalarda tarama amaçlı kullanılamayacağını ileri sürmüşlerdir. Gordon PB ve ark.(12) palpabl patolojisi olan ya da nonpalpabl, mammografide saptanan kitlesi olan hastalarda her iki memeye US yaparak sadece US ile %2.8 oranında kanser saptamışlar ve kanser saptadıkları 44 hastanın 16'sında multifokal kanser olduğunu rapor etmişlerdir.

Meme kanserlerinde cerrahi tedavi protokolünün belirlenmesinde tümör boyutları ve multisentrik odakların saptanması önemlidir. Tümör boyutları 2-3cm'nin altında ise lumpektomi, multifokal odaklar varsa quadrenektomi, tümör 3 cm'nin üzerinde ya da multisentrik ise mastektomi yapılır. Multifokal, multisentrik, kontrolateral kanserleri saptamada sensitivitesi en yüksek görüntüleme yöntemi manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'dir (13). Ancak bu pahalı bir yöntemdir ve henüz rutin pratikte kullanılmamaktadır. US ile tümör boyutları, LAP varlığı, multisentrik- multifokal odaklar mammografi ve fizik muayeneye göre daha yüksek oranda doğrulukla saptanır (14). Ayrıca renkli ve power doppler ile tümör vaskülaritesi değerlendirilerek

preoperatif değerlendirmede cerraha daha doğru bilgi verilebilir (6,9).

US ayrıca nonpalpabl lezyonlarda aspirasyon biopsisi, tru-cut biyopsi ve tel ile işaretleme gibi işlemlerde klavuz olarak kullanılır.

Bizim olgumuz 30 yaş altında olduğundan ilk görüntüleme yöntemi olarak US tetkiki yapılmıştır. US'de palpabl kitlenin sınırlarının belirsiz olması malignite olasılığını akla getirmiş ve histopatolojik inceleme önerilmiştir. Klinik ve US bulguları malignite açısından şüpheli olduğundan eksizyonel biyopsi yapılmıştır. Bu aşamada zaten palpabl lezyon malign özellikler taşıdığından US'nin klinik bulguları desteklemek dışında katkısı olmamıştır. Aslında klinik ve US bulguları malignite açısından şüpheli olduğundan mammografi olası ikincil odak ya da intraduktal komponente ait kalsifikasyon araştırmak amacı ile biyopsi öncesinde yapılmalı idi (resim 4'deki algoritmaya göre). Biyopsi sonrası infiltratif duktal karsinom saptanması üzerine mammografi tetkiki yapılmış ve mammografide kitle ya da kalsifikasyon saptanmamıştır. Erken postoperatif dönemde memede ödem ve sıvı koleksiyonu yeterli kompresyon yapılamaması ve rölatif artmış dansite ikinci odağın izlenmesini engellemiş olabilir. Nonpalpabl ikincil odak sadece meme koruyucu cerrahi öncesinde yapılan US'de saptanmış ve bu tedavi planını değiştirmiştir. US'de kitle sınırlarının düzensiz olması malignite şüphesi uyandıran en belirgin özelliği. İkincil odağın ilk US'de saptanmaması US'nin uygulayan kişiye bağlı bir görüntüleme yöntemi olduğu yönünde dikkat çekicidir.

Eksizyonel biyopsi sonrasında cerrahi sınırların negatif olarak değerlendirilmesi ve iki lezyonun birbirine yakın olmaması ikinci kitlenin rezidü kitleye ait olmadığını göstermiştir.

Kothari AS ve ark. (15)'nin 25 yaş altı 15 meme kanserli olgudan oluşan çalışmalarında olguların 2/3'ünde LAP (-) olduğu halde yüksek mortalite oranları saptamış, yazarlar bu vakalarda kür şansını maksimumda tutabilmek için lokal ve adjuvan sistemik tedavi seçiminde dikkatli olunması gerektiğini vurgulamışlardır. Ancak bu serideki hastaların hiçbirine mammografi yapılmamış sadece bir olguya US yapılmıştır. Bize göre bu vakalarda lokal ya da uzak rekürrens ve dolayısıyla mortalite oranının yüksek olmasının nedenlerinden biri preoperatif değerlendirmenin sadece klinik olarak yapılmasıdır.

Sonuç olarak bizim olgumuzun verileri ve literatür bulguları US ile mammografi ya da klinik olarak gizli ikincil odakların saptanabileceğini göstermektedir. Özellikle dens meme paterni bulunan hastalarda meme koruyucu cerrahi öncesinde US yapılarak ikincil odaklar araştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Lawrence, W.B. *Imaging of breast masses. Radiologic Clinics of North America* 2000; 338(4): 669-691.
2. Hilton, S.W., Leopold, G.R., Olson, L.K., et al. *Real time breast sonography: Application in 300 consecutive patients Am J Roentgenol* 1986; 147: 479-486.
3. Stavros, A.T, Thickman, D, Rapp, C. *Solid breast nodules: Use of sonography to distinguish between benign and malignant lesions. Radiology* 1995;196:123-134.
4. Ernst, R., Weber, A., Bauer, K.H., Friemann, J., Zumtobel, V. *Significance of sonography of the breast for surgical treatment of breast cancer. Chirurg* 1990; 61(7):518-525.
5. Ernst, R., Weber, A., Bauer, K.H., Friemann, J., Zumtobel, V. *Perioperative ultrasound examination of the breast in breast cancer. Zentralbl Chir* 1990;115(15):963-975.
6. Winchester, D.P., Osteen, R.T., Menck, H.R. *The National Cancer Data Base report on breast carcinoma characteristics and outcome in relation to age. Cancer* 1996; 15;78(8):1838-43.
7. Rabau, M.Y., Avigad, I., Dreznik, Z., Wolfstein, L. *Carcinoma of the breast in women 30 years or younger. Am Surg* 1980;46(10):548-550.
8. Guita, R., Angela, C.S., Jeffrey, S.P. et al. *Benign versus malignant solid breast masses: US differentiation. Radiology* 1999; 213:889-894.
9. Jackson, V.P. *The current role of ultrasonography in breast imaging. Radiologic clinics of North America* 1995; 33(6):1161-1170.
10. Kolb, T.M., Lichy, J., Newhouse, J.H. *Occult breast cancer in women with dense breasts: Detection with screening US- Diagnostic yield and tumor characteristics. Radiology* 1998; 207:191-199.
11. Buchberger, W., Dekoekkoek-Doll, P., Springer, P., Obrist, P., Dünser, M. *Incidental findings on sonography of the breast: Clinical significance and diagnostic workup. AJR* 1999;173:921-927.
12. Gordon, P.B., Goldenberg, S.L. *Malignant breast masses detected only by ultrasound. Cancer* 1995; 76(4):626-630.
13. Fischer, U., Kopka, L., Grabbe, E. *Breast carcinoma: Effect of preoperative contrast-enhanced MR imaging on the therapeutic approach. Radiology* 1999; 213:881-888.
14. Rizatto, G., Chersevani, R., Abbona, M., Lombardo, V.L., Macorig, D. *High-resolution sonography of the breast carcinoma. Eur J Radiol* 1997;24(1)11-19
15. Kothari, A.S., Newman, N.B., D'arrigo, C., et al. *Breast carcinoma in women age 25 years or less. Cancer* 2002; 94(3):606-61.