

MEME KANSERİNDE ERKEN TEŞHİSİN VE MAMMOGRAFİK TARAMANIN ÖNEMİ

IMPORTANCE OF EARLY DIAGNOSIS AND MAMMOGRAPHIC SCREENING IN BREAST CANCER

Dr.Ayşegül ÖZDEMİR, Dr.Sedat IŞIK, Dr.Erhan ILGIT, Dr.Mehmet ARAÇ

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
Gazi Tıp Dergisi 3 : 251-256, 1992

ÖZET: Meme kanseri kadınlar arasında en fazla sıklıkta saptanan tümördür ve kadınların kansere bağlı tüm ölümleri içinde akciğer kanseriden sonra ikinci sırayı almaktadır. Her 10 kadından biri ömrü boyunca meme kanserine yakalanma tehlikesindedir. Eğer tümör erken, evre I'de teşhis edilirse ve hiçbir kanseröz lenf nodu mevcut değilse meme kanserlerinin % 90 kadarı tedavi edilebilir. Bu erken malignansinin saptanmasında en etkin metod ise mammoğrafidir.

Mammografinin klinikte ve tarama programlarında giderek artan kullanımı, memenin en iyi fizik muayenede bile nonpalpabl olan, bu yüzden de tanı konamayan bazı yapısal değişikliklerini gösterebilmektedir. optimal koşullarda kullanılan mammoğrafi ile nonpalpabl meme kanserlerinin % 40 kadarı teşhis edilebilir.

Anahtar Kelimeler : Nonpalpabl Meme Kanseri, Mammoğrafik Tarama.

Meme kanseri kadınlardaki tüm kanserlerin % 29'unu ve tüm kanser ölümlerinin de % 18'ini oluşturur (Hindle, 1990; Kaplan ve ark. 1990). 1990 yılında A.B.D.'nde tahminen 150.000 yeni meme kanseri olgusu tanımlanmış ve meme kanserinden 44.000 kadar da ölüm meydana gelmiştir (Hindle, 1990; Kopans, 1989). Sadece cinsiyet dikkate alındığında bile A.B.D.'ndeki tüm kadınlarda meme

SUMMARY: Breast cancer is one of the most commonly detected tumors among women and takes the second place as a cause of cancer deaths of women following the lung cancer. Every one of ten women is in risk of developing cancer during her life. For the tumors that are detected early in their development such as at Stage I, 90 % of breast cancers are curable.

Increasing use of mammography in cancer searching and screening programs helps to reveal the architectural distortions and other changes that are still nonpalpable and cannot be recognized even with a very compatible physical examination. In optimal conditions, mammography is able to detect as many as 40 % of nonpalpable breast cancers.

Key Words: Nonpalpable Breast Cancer, Mammographic Screening.

kanseri gelişimi için % 5 - 6 gibi bir bazal risk söz konusudur ve bunların da % 50 kadarı bu hastalıktan kaybedilmektedir (Kopans, 1989). Populasyonun bir alt grubu başka faktörlerin de eklenmesiyle daha yüksek bir risk oranına sahip olmaktadır; böylece tüm populasyon için ömür boyu meme kanseri gelişme riski ortalama % 10 dolayındadır (Kopans, 1989; Lerman ve ark. 1990; Martin, 1988; Peeters

ve ark. 1990).

Günümüzde meme kanseri insidansını düşürmeye elverişli hiçbir metod yoktur; diğer yandan meme kanserinin erken tespitinin bu hastalığın mortalitesini düşürdüğü kuşkuyla yer bırakmayacak şekilde ispatlanmıştır.

Meme kanserinden ölüm oranı tümörün teşhis edildiği zamanki boyutuna bağlıdır (Kopans, 1989; Lamarque, 1984; Robertson ve ark. 1990). Oysa meme kanserli hastaların çoğu teşhis edildiklerinde palpable kitlelere sahiptirler (Silverstein ve ark. 1989). Bunların da % 40-50'sinde çoktan aksillar lenf nodu tutulumu mevcuttur (Silverstein ve ark. 1989). Meme kanserli bir hasta için en önemli prognostik faktör aksillar lenf nodlarının tutulumudur (Gisvold, 1990; Lamarque, 1984; Silverstein ve ark. 1989) : 2 cm. den küçük tümörlerde tutulum düzeyi % 30 iken, 2 cm. den büyük tümörlerde % 80'dir (Lamarque, 1984). Lenf nodu tutulumu olan hastaların 5 yıllık yaşam süresi % 60'tur (Lamarque, 1984). Tutulan lenf nodlarının sayısı da önemlidir. Meme kanserli hastaların yarısında ve taranan gruptakilerde pozitif metastatik nodların sayısı üçten azdır (Gisvold, 1990).

Meme kanseri teşhisinin başlıca sınırlaması en erken 6-10 yıllık lezyonların teşhis imkanları dahiline giriyor olmasıdır.

Pujol'a göre 1-2 cm. çapında ve 1 gr. ağırlığında (klinik veya mammografik tespit evresi) bir tümör 10^{12} hücre içeriyor demektir. 10^{12} hücre içeren bir tümörün 1 kg. geldiği düşünülürse, ilk bahsedilen tümörün gelişiminin 3/4'nü çoktan tamamlamış olduğu anlaşılır (Lamarque, 1984). 1 cm. çaplı bir tümör 10 yıldan daha uzun bir süredir büyümekte olan bir malign hücreler topluluğudur. Böyle 1 cm. lik bir tümörün çok kolayca dikkati çekebilecek bir boyuta ulaşması ortalama olarak sadece 2 ya da 3 yıl almaktadır; bununla birlikte bir tümörün iki katına ulaşma süresi 5-1000 gün gibi geniş bir aralıkta değişebilir, yani büyük bir kişisel varyasyon söz konusudur (Lamarque, 1984). Bu nedenle, kişisel koşullara bağlı olarak hastalığın birkaç hafta veya birkaç yıl içinde gelişebileceği anlaşılmaktadır.

Tespit edilen her 100 kanserden 5-10'u çoktan metastaz yapıyor durumdadır. Mikrodolaşıma geçen 1mm^3 hacimli bir tümörün metastaz yeteneği olduğu bildirilmektedir (Lamarque, 1984).

Papillon da meme kanserlerinin % 45'inin henüz lokalize iken keşfedildiğini ancak hastalığın

büyüme natürünün kişisel faktörler nedeniyle öngörülemeyeceğini söyler; bazı tümörler birkaç hafta içinde Stage 4 ya da 5'e ulaşabileceği gibi, bazıları da yavaş bir ilerleme gösterebilir (Lamarque, 1984).

Mammografide görüldüğü halde palpe edilemeyen kanserler "klinik olarak saklı" kanserlerdir (Gisvold, 1990). Bunlarda bile, tanı konduğu sırada aksillar lenf nodu tutulum oranı % 11 dolayındadır (Cataliotti, 1989; Gisvold, 1990). "Minimal meme kanseri" için kriterler Gallager ve Martin tarafından şöyle sıralanmıştır: lobular ca. in situ, noninvaziv intraduktal ca. ve 5 mm. den büyük olmayan lobular ya da duktal invaziv ca. (Gisvold, 1990; Silverstein ve ark. 1989). Bu hastaların yalnız % 14'ünde aksillar lenfadenopati görülürken, daha büyük tümörlü olgularda bu oran % 29 bulunmuştur (Kopans, 1989). Minimal kanseri olan hastalarda (lobular ca. in situ, noninvaziv intraduktal ca, 5 mm. den büyük olmayan lobular ya da duktal invaziv ca.) 20 yıllık yaşam süresi % 90'dan fazladır (Gisvold, 1990; Silverstein ve ark. 1989). Mammografinin taramada kullanılmasından önce, meme kanserlerinin % 95 kadarı hastaların kendilerince bulunuyordu (Robertson ve ark. 1990). Bu oran tarama mammografinin başlamasından sonra % 46'ya düşmüş, meme kanserlerinin % 48 kadarının ilk teşhisleri mammografi ile konmaya başlanmıştır (Robertson ve ark. 1990). Tarama diğer yöntemlerin saptayamadığı çok küçük tümörlere yönelik olduğu için, kanser evrelemesine etkisi primer olarak stage 1 ve 2 üzerinde görülmektedir. Stage 3 ve 4 karsinomlu hastaların büyük tümörleri kolayca palpe edilebildiğinden, bunlarda mammografinin erken teşhis üstünlüğünden yararlanılmamış olmaktadır (Robertson ve ark. 1990). Bugün kanserle ilgili esas problem Stage 0 kanserin (1 cm. den küçük subklinik tümör) ortaya konmasıdır. Stage 0 kanserin teşhisi ise sadece tarama ve yüksek risk grubundaki memelerin dinamik takibi ile mümkündür. Çünkü memelerin rutin palpasyonu en iyi olasılıkla Stage 1 TINO kanserleri teşhis ettirebilir (Lamarque, 1984).

Bugün en iyi koşullardaki teşhis imkanlarına kıyasla meme kanseri hala 6-7 yıl gibi bir avantajla öndedir ve kanserin büyüme gücü bu avantajı daha da arttırabilmektedir. Kansere ne kadar uzun zaman verilirse ölümcül sonuçlara da o kadar hızlı yaklaşmış olduğu ortadadır.

Fizik muayenenin bir meme lezyonunun iyi huylu ya da kötü huylu olduğuna karar vermedeki

yararlılığı tüm yazararca kabul edilmiş olup vakaların % 70-80'inde güvenilirdir. Rastgele bir fizik muayene memelerde yaklaşık 2.5 cm. çapındaki kitleleri tespit ederken, dikkatli ve regüler bir muayenede 1 cm. kadar çaptaki lezyonlar hissedilebilir (Hindle, 1990). Pujol 10 kanserden 9'unun çok küçükler de dahil olmak üzere palpasyonda yakalanabileceğini söylemektedir (Lamarque, 1984), bu iyi bir oran kabul edilebilir ama aynı zamanda 10 kanserden 1'nin de yakalanamayacağı anlamına gelir. Stage 0 kanser işte bu % 10 arasına girer. O halde tek teşhis yöntemi olarak kullanılacak olursa palpasyon en az % 10 yanlış negatif sonuç verecektir (Lamarque, 1984).

Kendini muayenenin değerine gelince : hiçbir şey yapmamaktan iyidir, periyodik medikal incelemeler arasında ortaya çıkan "interval kanser"lerin farkedilmesinde yarar sağlar ancak çok daha güvenilir olan klinik incelemelerin yerini almasına izin verilmemelidir.

Klinik olarak saklı kanserler 1 cm. den küçük bile olsalar (Gest'e göre 5 mm.) mammografi ile ortaya çıkarılabilirler (Lamarque, 1984). Nonpalpabl bir lezyon sıklıkla, bir miktar mikrokalsifikasyonun da eşlik edebildiği birkaç mm. boyutunda bir neoformasyona karşılık gelir; bazan da özellikle in situ meme kanserleri kendilerini sadece mammografide görülebilecek, tüm bir meme kadranını tutan diffüz mikrokalsifikasyonlarla belli ederler (Cataliotti, 1989). Ayrıca belirtmek gerekir ki bir nonpalpabl lezyon gerçekte her zaman çok küçük olmayabilir, bazan masif gelişimler de meme boyutları nedeniyle manuel yolla hissedilemeyebilirler (Cataliotti, 1989). Bu nedenle mammografi kanser tanısında en güvenilir ve Stage 0 kanserlerin tespitinde de tek yöntemdir. American Cancer Society ve American Collage of Radiology, 35-40 yaşları arasındaki tüm asemptomatik kadınlar için sonraki tetkiklere temel oluşturmak üzere bir mammogram elde edimesini ve daha sonra da 50 yaşına kadar yılda veya 2 yılda bir bu tetkikin tekrarlanmasını önermektedir. 50 yaşın üstünde ve asemptomatik kadınlara yılda bir mammografi yapılmalıdır. Ek olarak, meme kanseri ile ilgili güçlü aile öyküsü olanlar için başlangıç mammogramı daha da erken bir yaşta elde olunmalı ve sonra da yıllık tekrarları yapılmalıdır (Kaplan ve ark. 1990; Martin, 1988; Robertson ve ark. 1990).

Tarama normal görülen, yani meme kanserinin hiçbir açık belirti veya bulgusu olmayan popülasyonunun değerlendirilmesidir; bunda amaç saklı

bir diğer metodlarla tespit edilebildiğinden daha erken evrede tanı koyabilmektedir. Böylece mammografi taramaları kaliteli yaşam süresini geliştirmek yanında mortaliteyi de azaltır.

Çeşitli girişimlerin etkinliğini araştıran birçok çalışma teşhis ile ölüm arasındaki zaman diliminin uzunluğunu (survival) kıyaslar. Oysa survival verileri girişimin etkinliğini ölçmede yarar sağlamaz, yani ölümün geçiktirilmesine katkıda bulunmaz (Kopans, 1989). Tarama etkinliğinin en önemli ölçütü survival süresinden daha anlamlı olan gerçek mortalite azaltılmasıdır (Kopans, 1989).

Mammografik taramanın meme kanserinin erken teşhisindeki etkinliğini vurgulayarak bugünkü çalışmalara temel oluşturan en geniş araştırmalardan biri 1970'te 280.000 kadının tarandığı Breast Cancer Detection Demonstration Project (BCDDP) tir. Tarama sırasında bulunan kanserlerin % 88'i mammografi ile tespit edilmiş, % 42'si yalnız mammografi ile tanımlanabilmiştir (Kopans, 1989).

Erken lezyonların % 50'den çoğu sadece mammografi ile tespit edilebilir ki bu oran mammografinin meme kanserinin erken tanısındaki rolünü ortaya koyar (Kopans, 1989).

Buna rağmen mammografinin de sınırlamaları vardır. Bazan lezyonun yer aldığı memenin tipine bağlı olan bu sınırlamaların başlıcaları yanlış negatiflikler (% 3.3), yanlış pozitiflikler (% 1.3) ve karar verilemeyen durumlardır (% 22.9) (Lamarque, 1984). Gerçekten memenin radyolojik dansitesi küçük lezyonların görülmesini sınırlar. Gest'in 5 mm. lik örnek lezyonlarını yalnız yağlı involusyonlu memelerde izlemek mümkündür. Opak memeler (genç memeler, mastosisli fibröz memeler ve hidrate memeler) özellikle kalsifiye olmayan kanserlerin tanınmasında sorun yaratır (Gisvold, 1990; Kopans, 1989; Lamarque, 1984; Peeters ve ark. 1990). Radyografide saklı interval tümörler % 15 oranında olup başlıca genç kadınlarda dikkati çeker (Peeters ve ark. 1990). Bununla birlikte, vakaların % 60'ında kanserin adipoz memelerde geliştiği hatırlanmalıdır (Lamarque, 1984).

Breast Cancer Detection Demonstration Project'te (BCDDP) kanserlerin % 9 kadarı palpabl olduğu halde mammogramda izlenememiştir (Kopans, 1989). Bir başka kaynak palpabl meme kanserlerinin % 15 kadarının en gelişmiş mammografik teknolojiyle bile tespit edilemediğini belirtmektedir (Hindle, 1990). Fizik muayene tümörün,

Yazışma Adres : Dr.Ayşegül ÖZDEMİR
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Radyoloji Anabilim Dalı
Beşevler
06510 ANKARA - TÜRKİYE
Tel : 4 - 212 65 65 / 275

KAYNAKLAR

1. Bushong SC : Radiologic Science for Technologists. Physics, Biology and Protection (The C.V. Mosby Company St. Louis - Toronto). 1984, pp. 535-536
2. Cataliotti L : Nonpalpable Breast Lesions : Diagnosis and Therapy Achievements in Gynecology 17 : 74-85, 1989
3. Feig SA, Ehlich SM : Estimation of Radiation Risk from Screening Mammography : Recent Trends and Comparison with Expected Benefits. Radiology 174 : 638-647, 1990
4. Harris VJ, Jackson VP : Indications for Breast Imaging in Women under Age 35 years. Radiology 172 : 445-448, 1989
5. Gisvold JJ : Imaging of the Breast : Techniques and Results Mayo Clin Proc 65 : 56-66, 1990
6. Hindle WH : Breast masses. In - office evaluation with diagnostic triad. Postgraduate Medicine 88 (2) : 85-87, 1990
7. Jeffries DO, Adler DD : Mammographic Detection of Breast Cancer in Women Under the Age of 35. Invest Radiol 25 : 67-71, 1990
8. Kaplan C, Matallana R, Wallack M : The Use of State of - the Art Mammography in the Detection of Nonpalpable Breast Carcinoma. The American Surgeon 56 : 40-42, 1990
9. Kopans DB : Breast Imaging (JB Lippincott Company, Philadelphia). 1989, pp. 1-15
10. Lamarque JL : The Breast. Clinical Radiodiagnosis (Wolfe Medical publications London). 1984, pp. 387-406, 431-437
11. Lerman C, Rimer B, Trock B, Balslem A, Engstrom PF : Factors Associated with Repeat Adherence to Breast Cancer Screening. Prevent Med 19 : 279-290, 1990
12. Martin JE : Atlas of Mammography, Histologic and Mammographic Correlations (Williams and Wilkins Baltimore). 1988, pp. 1-13
13. Paredes Ellen Show : Atlas of Film-Screen Mammograph (Urban and Schwarzenberg. Baltimore Munich). 1988, pp. 18
14. Peeters PHM, Verbeek ALM, Zielhuis GA, Vooijs GP, Hendriks JHLL, Mravunac M : Breast Cancer Screening in Women over Age 50. A critical appraisal. Acta Radiologica 31 : 225-231, 1990
15. Robertson FM, Romanow J, Otchy DP, Walters MJ : Effect of Mass Screening Mammography on Staging of carcinoma of the breast in women. Surgery, Gynecology and Obstetrics 171 : 55-58, 1990
16. Silverstein MJ, Gamagami P, Colburn WJ, Gierson ED, Rosser RJ, Handel N, Waisman JR : Nonpalpable Breast Lesions : Diagnosis with Slightly Overpenetrated Screen-Film Mammography and Hook Wire-directed Biopsy in 1014 Cases. Radiology 171 : 633-638, 1989
17. Taveras JM, Ferrucci JT : Radiology Diagnosis - Imaging - Intervention (JB Lippincott Company Philadelphia) 1 (14) : 2-3, 1990
18. Whitehead J, Cooper J : Risk factors for breast cancer by mode of diagnosis : some results from a breast cancer screening study. J Epidemiol Community Health 43 : 115-120, 1989