

Otuz Beş Yaş ve Altındaki Meme Kanseri Olgularının Klinik ve Histopatolojik Özellikleri

Clinical and Histopathologic Characteristics of Breast Cancer Cases Aged 35 Years and Younger

Aykut SOYDER,^a
Serdar ÖZBAŞ,^a
F. Savaş KOÇAK^b

^aGenel Cerrahi AD,
Adnan Menderes Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Aydın
^bSerbest, Ankara

Geliş Tarihi/Received: 11.02.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 14.06.2012

Bu çalışmanın özeti, 11. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresi (5-9 Ekim 2011, Antalya)'nde poster olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence:
Aykut SOYDER
Adnan Menderes Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi AD, Aydın,
TÜRKİYE/TURKEY
asoyder@yahoo.com

ÖZET Amaç: Meme kanserinin genç hastalarda daha agresif seyrettiği, daha yüksek mortalite ve nüks oranına sahip olduğu öne sürülmektedir. Çalışmamızda, meme kanseri tanısı ile tedavi ve takip edilen 35 yaş ve altındaki olguların tanı anındaki klinik ve histopatolojik özellikleri ile uygulanan tedavilerin ve takip sonuçlarının değerlendirilmesi hedeflendi. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya iki ayrı merkezde Haziran 2004-Temmuz 2011 tarihleri arasında meme kanseri tanısı nedeniyle ameliyat edilen toplam 522 hastadan, tanı anında 35 yaş ve altında olan 88 olgu dâhil edildi. Hastalara ait klinik ve histopatolojik özellikler, uygulanan tedaviler ve takip sonuçları geriye dönük olarak incelendi ve elde edilen veriler tanımlayıcı olgu serisi şeklinde raporlandı. **Bulgular:** Otuz beş yaş ve altındaki olgular tüm meme kanserli olgularımızın %16,9'unu oluşturmaktaydı. Olguların 58'inin (%65,9) tanı sırasında Evre 0, I ve II olduğu, 67'sinde (%76,1) lenfovasküler invazyon bulunduğu ve 46'sında (%52,2) tümörün derece 2 olduğu görüldü. Olguların 51'inde (%57,9) östrojen reseptörü pozitif ve 33'ünde (%37,5) progesteron reseptörü pozitif saptandı. Cereb-2 29 (%32,9) olguda pozitif. Elli iki (%59,1) olguda aksiller lenf düğümü tutulumu saptandı. Otuz sekiz (%43,2) olguya meme koruyucu cerrahi ve 50 (%56,8) olguya mastektomi uygulandı. Mastektomiden sonra olguların 23'ünde (%46) eş zamanlı meme rekonstrüksiyonu tercih edildi. Toplam 26,9 ± 18,77 (11-72) aylık takipte 2 (%2,3) olguda meme kanserine özgül mortalite görülürken, lokal nüks izlenmedi. **Sonuç:** Otuz beş yaş ve altındaki meme kanserli olgu grubunda kötü prognostik özelliklerin yüksek oranda bulunduğu dikkati çekmektedir. Bunun yanında, hastaliksız sağkalım oranının yüksek ve lokal nüks oranlarının düşük olması sevindiricidir. Ayrıca, genç yaşta meme kanseri ortaya çıkan, kadınlarda mastektomi gerektiren durumlarda, eş zamanlı meme rekonstrüksiyonu uygulamasının mutlaka değerlendirilmesi gerektiği görüşündeyiz.

Anahtar Kelimeler: Meme tümörleri; genç erişkin; prognoz; sağkalım

ABSTRACT Objective: Breast cancer is reported to progress more aggressively and to have a higher mortality and relapse rate in younger patients. In this study, clinical and histopathologic characteristics and treatment options will be assessed in breast cancers in patients 35 years and younger. **Material and Methods:** The study included 88 cases aged 35 years and younger out of 522 cases operated with for breast cancer between June 2004 and July 2011. Clinical and histopathologic characteristics, treatment modalities and follow-up results were analyzed retrospectively. **Results:** Cases aged 35 years and younger accounted for 16.9% of all breast cancer cases. By the time of diagnosis 58 (65.9%) cases were Stage 0, I and II, 67 (76.1%) had lymphovascular invasion and 46 (52.2%) had Grade 2 tumor. Estrogen receptor was positive in 51 (57.9%) and progesterone receptor in 33 (37.5%) cases; Cereb-2 was positive in 29 (32.9%) patients. Fifty-two (59.1) patients had axillary lymph node involvement. Breast conserving surgery was undertaken in 38 (43.2%) and mastectomy in 50 (56.8%) cases. Among mastectomy cases 23(46%) underwent simultaneous breast reconstruction. During 26.9 ± 18.77 (11-72) months of follow-up, breast cancer specific mortality developed in 2 (2.3%) cases; there was no local recurrence. **Conclusion:** The incidence of adverse prognostic characteristics is high among breast cancer cases aged 35 or younger. On the other hand, the high rate of disease-free survival and low local recurrence rates are favorable. In breast cancer cases undergoing mastectomy, simultaneous breast reconstruction should be considered.

Key Words: Breast neoplasms; young adult; prognosis; survival

doi: 10.5336/medsci.2012-28918

Copyright © 2013 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2013;33(1):103-9

Meme kanseri gerek gelişmiş gerekse gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda kadınlarda en sık görülen kanserdir. Kadınlardaki kanserlerin tümünün %33'ünden ve kanserle ilişkili ölümlerin %20'sinden sorumludur.¹ Yıllar içerisinde meme kanseri görülme sıklığında artış olmakla birlikte, erken tanı ve tedavi uygulamalarındaki gelişmeler sayesinde mortalite oranlarında düşüş izlenmektedir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın verileri incelendiğinde, Türkiye'de meme kanseri insidansının kadınlar arasında %35 oranında olduğu görülmektedir.² Coğrafik, ekonomik, sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak Türkiye'de farklı bölgelerde farklı meme kanseri oranları ile karşılaşmaktadır. Meme kanseri görülme sıklığı batı bölgelerimizde 50/100 000, doğuda ise 20/100 000'dir. Ulusal Meme Kanseri Kayıt Programı istatistiklerine göre ülkemizde meme kanseri görülme yaşı ortalaması 51,5, 40 yaş ve altında meme kanseri görülme oranı ise %20,2'dir.³ Batı ülkelerinde ise 35 yaş ve altında meme kanseri görülme oranı %2-4, 40 yaş altında ise tüm meme kanseri olgularının sadece %6,5'idir.^{4,5} Bu farklılığın, ülkemizdeki genç kadın toplumunun sayıca çok olmasının yanı sıra, bölgedeki muayene ve tetkik amacıyla başvuran genç nüfusa bağlı olduğu düşünülmektedir.⁶ Yapılan birçok çalışmada elde edilen bulgulara göre, genç yaşta meme kanseri tanısı alan hastalar, ileri yaştaki hasta grubuna göre daha kötü prognoza sahiptir.⁷ Uluslararası St. Gallen uzlaşma raporunda, 35 yaşın altındaki, lenf düğümü negatif meme kanserli hastaların nüks açısından yüksek riske sahip olduğu belirtilmekte ve özellikle bu yaş grubuna adjuvan kemoterapi tedavisi önerilmektedir.⁸ Günümüzde halen genç yaş tanımı için en uygun sınırın ne olduğu ve yaşın prognostik bir gösterge olarak kullanılabilirliğine yönelik tartışmalar sürmektedir.⁹ Kore'de yapılan bir çalışmanın sonucunda, tanı sırasında 35 yaş sınırının alınması genç yaş meme kanseri tanımlaması için uygun bir yaş aralığı olduğu belirtilmektedir.¹⁰ Çalışmamızda 35 yaş ve altındaki meme kanseri olgularına ait klinik ve histopatolojik özellikler, uygulanan tedaviler ve takip sonuçları geriye dönük olarak incelenmiş ve elde edilen veriler tanımlayıcı olgu serisi şeklinde sunulmuştur.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu çalışmaya, Haziran 2004-Temmuz 2011 tarihleri arasında iki ayrı merkezde meme kanseri tanısı ile tedavi ve takip edilen, tanı sırasında 35 yaş ve altında olan toplam 88 kadın olgu dâhil edildi. Olgulara ait yaş ortalaması, ölçülen ortalama patolojik tümör boyutu (T), takip süresi (ay), tanı sırasındaki hastalık evresi, histopatolojik tümör tipi, lenfovasküler invazyon varlığı (LVİ), tümör derecesi, tümör hormon reseptörü durumu, CerbB-2 pozitifliği, aksiller lenf düğümü tutulumu, uygulanan cerrahi işlem, neoadjuvan ve adjuvan tedavi protokolleri, lokal nüks ve mortalite oranlarına ait veriler geriye dönük olarak incelenmiş ve elde edilen veriler tanımlayıcı olgu serisi şeklinde sunuldu (Tablo 1). Hastaların yaş ortalaması (yıl), tümör çapı (mm) ve takip süresi (ay) ortalama±standart sapma (SD) (min-maks değerler) olarak verildi.

Tümör boyutu (T) ve bölgesel lenf düğümü (N) durumu American Joint Committee on Cancer (AJCC) TNM sınıflamasına (7. Basım Ocak-2010) göre belirtildi. Hormon reseptör durumu immünohistokimyasal (İHK) yöntemle (%10'un üzerinde boyanma olması pozitif kabul edildi) belirlendi. CerbB-2 pozitifliğinin tanımlanmasında ise yine İHK yöntemle skor +2 ve +3 pozitif olgular değerlendirildi.

Tüm olgulara meme koruyucu cerrahi (MKC) veya mastektomi ile birlikte sentinel lenf düğümü örnekleme (SLNB)/aksiller diseksiyon (AD) uygulandı. Mastektomi tercih edilen olgularda eş zamanlı meme rekonstrüksiyonu, özellikle tümör çapı küçük ve klinik/radyolojik olarak aksillanın negatif olduğu olgularda tercih edildi. Rekonstrüksiyonda olguların kendi dokuları ile gerçekleştirilen Latismus dorsi kas-deri flebi ve pediküllü TRAM (Transvers rektus abdominis miyokütanöz) flebi tercih edildi. Adjuvan radyoterapi gereksinimi olabilecek olgularda ise mastektomiden sonra meme rekonstrüksiyonunda implant uygulamasından kaçınıldı. Cerrahi sonrası olguların lokal radyoterapi ve/veya sistemik adjuvan tedavileri planlandı.

Lokal nüks, aynı taraftaki memede, göğüs duvarında veya bölgesel lenf düğümünde tümör nüksü olarak tanımlandı.

TABLO 1: Otuz beş yaş ve altındaki meme kanseri tanılı hastalara ait klinik ve histopatolojik özellikler ile takip sonuçlarının Ulusal Meme Kanseri Kayıt Programı genel yaş grubu verileri ile karşılaştırılması.

Hastalara ait klinik ve histopatolojik özellikler	N (%)	Ulusal Meme Kanseri Kayıt Programı genel yaş grubu verileri (%)	
Toplam meme kanseri tanılı hasta sayısı	522		
35 yaş ve altındaki meme kanseri tanılı hasta sayısı	88 (16,9)	40 yaş altında meme kanseri görülme oranı 20,2	
Hastaların yaş ortalaması [Ortalama ± SD (min-maks)]	32,42±3,29 (17-35)		
Ortalama tümör çapı (mm) [Ortalama ± SD (min-maks)]	31,01±7,52 (10-50)		
Tanı sırasındaki Evre			
• Evre 0	2 (2,3)	} 79,6	
• Evre I	14 (15,9)		
• Evre II	42 (47,7)		
• Evre III	29 (32,9)		9
• Evre IV	1 (1,1)		6
Histopatolojik Tip			
• İnvaziv duktal karsinom	71 (80,7)	70,7	
• İnvaziv lobuler karsinom	-	7,1	
• Tübüler karsinom	1 (1,1)	1,5	
• Medüller karsinom	4 (4,5)	2	
• Müsinöz karsinom	1 (1,1)	2	
• İnvaziv mikropapiller karsinom	3 (3,4)	0,9	
• Meme başının Paget hastalığı	3 (3,4)		
• İnflamatuvar karsinom	2 (2,3)		
• DCiS	3 (3,4)		
Lenfovasküler invazyon			
• Var	67 (76,1)	52,3	
• Yok	21 (23,9)		
Derece			
• 1	-	4,5	
• 2	46 (52,2)	55,8	
• 3	42 (47,8)	39,7	
ER			
• Pozitif	51 (57,9)	67,4	
• Negatif	37 (42,1)		
PR			
• Pozitif	33 (37,5)	51,9	
• Negatif	53 (62,5)		
CerbB-2			
• Pozitif	29 (32,9)	17,5	
• Negatif	59 (%67)		
Aksiller lenf düğümü tutulumu			
• Var	52 (59,1)		
• Yok	36 (40,9)		
SLNB uygulanan hasta sayısı	48 (54,5)		
Uygulanan cerrahi işlem			
• MKC	38 (43,2)	35	
• Mastektomi	50 (56,8)	64	
Mastektomili olgularda eşzamanlı rekonstrüksiyon uygulananı	23 (46)		
KT+RT+HT	48 (54,5)		
KT+RT	23 (26,1)		
HT	4 (4,5)		
Neoadjuvan kemoterapi	4 (4,5)		
Hastaların ortalama takip süresi (ay) [Ortalama ± SD (min-maks)]	26,9±18,77 (11-72)	76	
Meme kanserine özgül mortalite	2 (2,3)	14	
Lokal nüks	-		

DCiS: Duktal karsinoma in situ, ER: Östrojen reseptörü, PR: Progesteron reseptörü; HT: Hormonoterapi; KT: Kemoterapi; MKC: Meme koruyucu cerrahi; RT: Radyoterapi; SD: Standart sapma; SLNB: Sentinel lenf düğümü biyopsisi.

Elde edilen veriler, Ulusal Meme Kanseri Kayıt Programı'nda, 40 yaşın altındaki olgular için belirlenen görülme sıklığı ile genel yaş grubuna ait tanı sırasındaki hastalık evresi, tümör histopatolojisi, LVİ varlığı, tümör derecesi, hormon reseptörü durumu, CerbB-2 pozitifliği, uygulanan cerrahi işlem, takip süresi ve meme kanserine özgül mortalite oranları ile karşılaştırılarak yorumlandı.

BULGULAR

Her iki merkezde meme kanseri tanısı alan ve cerrahi tedavi uygulanan toplam 522 olgunun 88'i (%16,9) 35 yaş ve altındaki meme kanseri hasta grubunu oluşturmaktaydı. Olguların yaş ortalaması $32,42 \pm 3,29$ (17-35), ölçülen ortalama patolojik tümör çapı $31,01 \pm 7,52$ (10-50) mm olarak saptandı. TNM evrelemesine göre olguların dağılımı, 2'si (%2,3) Evre 0, 14'ü (%15,9) Evre I, 42'si (%47,7) Evre II, 29'u (%32,9) Evre III ve 1 (%1,1) olgu Evre IV olarak değerlendirildi. En sık rastlanan histopatolojik tümör tipi 71 olguda (%80,7) invaziv duktal karsinomdu. Olguların 4'ünde (%4,5) medüller karsinom, 3'er olguda (%3,4) invaziv mikropapiller karsinom, Paget hastalığı ve duktal karsinoma in situ, 2 olguda (%2,3) yangısal karsinom, birer olguda (%1,1) tübüler karsinom ve müsinöz karsinom tespit edildi. Altmış yedi (%76,1) olguda LVİ saptanırken, 46 (%52,2) olguda tümör derecesi 2 olarak belirlendi. Olguların reseptör durumlarına bakıldığında, 51 (%57,9) olguda östrojen reseptörü (ER) ve 33 (%37,5) olguda progesteron reseptörü (PR) pozitif. Yirmi dokuz (%32,9) olguda CerbB-2 pozitif olarak tespit edildi. Kırk sekiz (%54,5) olguda SLNB yapıldı. Toplam 52 (%59,1) olguda aksiller lenf nodu tutulumu nedeniyle AD uygulandı. Olguların 37'sinde (%42) modifiye radikal mastektomi (MRM), 38'inde (%43,2) MKC ve 13'ünde (%14,7) basit mastektomi tercih edildi. Mastektomi uygulanan 50 olgunun 23'ünde (%46) eş zamanlı meme rekonstrüksiyonu yapıldı. Cerrahi girişimden sonra olguların 48'ine (%54,5) kemoterapi (KT) + radyoterapi (RT) + hormonoterapi (HT), 23'üne (%26,1) KT + RT, 4'üne (%4,5) sadece HT uygulandı. Dört (%4,5) olguya ise neoadjuvan kemoterapi yapıldı. Ortalama $26,9 \pm 18,77$ (11-72) aylık izlemde 2 (%2,3) olguda meme kanserine özgül

mortalite görüldü; olguların 1'i 24. diğeri 36. ayda uzak organ metastazı nedeniyle kaybedildi. Olguların hiçbirinde takip süresince lokal nüks izlenmedi.

TARTIŞMA

Meme kanseri, kadınlarda en sık görülen ve en sık ölüme neden olan malin hastalık olup, görülme riski yaş ile artmaktadır. Batı toplumunda tüm meme kanserlerinin %5-7'si 40 yaş altında iken, Türkiye'de bu oran %20 civarındadır.^{3,11} Bizim çalışmamızda 35 yaş ve altında meme kanseri görülme oranının %16,9 olduğu saptanmıştır. Ulusal Meme Kanseri Kayıt Programı verilerinde 40 yaş ve altında meme kanseri tanılı hasta oranı ülkemizde %20,2 olarak bildirilmektedir.³

Meme kanseri, farklı histolojik ve biyolojik özelliklere sahip olup, bu özellikler kişiden kişiye değişmektedir. Meme kanserinde bilinen prognostik faktörler tümör boyutu, tutulan lenf düğümü sayısı, histolojik ve nükleer derece ve hormon reseptörü (ER, PR ve Her 2 reseptörü) durumlarıdır.¹² Chuwa ve ark.nın yaptığı çalışmada, tümörün palpe edilebilir olması, tümör boyutunun 20 mm'den büyük olması, lenf düğümü tutulumunun bulunması, LVİ olması, Her 2 reseptörünün aşırı sunumu, hastalığın tekrarlamasında bağımsız kötü prognostik faktörler olarak tespit edilmiştir.¹³ Yapılan uzun takipli çalışmalarda, tümör çapının 1 cm'den küçük olması, hasta yaşının 35'ten küçük olması, tümör derecesinin düşük olması ve LVİ bulunmaması halinde prognoz daha iyi olduğu bildirmektedir.¹⁴ Çalışmalar, meme kanserinin genç hastalarda daha agresif seyrettiğini, daha yüksek mortalite ve nüks oranına sahip olduğunu göstermektedir; bunun yanında genç yaş, diğer faktörlerden bağımsız olarak kötü prognostik özellik olarak kabul edilmektedir.¹⁵

Chung ve ark., 3722 meme kanserli kadında 5 yıllık kansere özgül sağkalımı araştırmış ve 40 yaş ve altındaki kadınlarda 5 yıllık kansere özgül sağkalım oranını %69,7 ve 5 yıllık hastaliksız sağkalım oranını ise %60,8 bulmuşlardır.¹⁶ Diğer bir geriye dönük çalışmada ise, 10 yıllık lokal nüks oranı %38 bulunmuş, 40 yaşın altında bölgesel yineleme oranının, azalan her yaşla beraber %7 ora-

nında arttığı saptanmıştır; genç yaş, hastalığın yinelemesinde bağımsız tek prognostik faktör olarak belirlenmiştir.¹⁷ Kroman ve ark., toplum temelli çalışmalarında, yaşın, meme kanserinde sağkalım için bağımsız bir risk faktörü olduğunu belirtmektedirler.¹⁸ Genç meme kanserli kadınlarda yapılan çalışmalar, bu hasta grubunda tümör derecesinin daha yüksek, hormon reseptörünün negatif, kötü diferansiyasyonun daha fazla, Her 2 reseptörü sunumunun daha çok ve LVİ varlığının daha fazla olduğunu ve bunların daha kötü prognoz ile sonuçlandığını göstermektedir.¹⁷

Diğer taraftan, Singapur'da yapılan retrospektif bir çalışmada, genç yaştaki meme kanserli hastaların sağkalım oranlarının, daha ileri yaştaki hastalara oranla daha iyi olduğu; İsveç'te yapılan diğer bir çalışmada da genç yaşın sağkalıma etkisinin olmadığı belirtilmektedir.^{19,20} Van de Vijver ve ark. çalışmalarında, gen sunumu profilinin, genç meme kanseri hastalarında güçlü bir prognostik faktör olduğunu, fakat yaşın bağımsız bir risk faktörü olmadığını göstermişlerdir.²¹ Kollias ve ark. ise, yaşın prognoz üzerinde etkisinin olmadığı, genç yaştaki meme kanseri hastalarında kötü prognoz, agresif tümör görülme sıklığı ile açıklanabileceği sonucuna varmışlardır.¹⁴

Çalışmamızda elde edilen veriler değerlendirildiğinde, tanı sırasında Evre 0, I ve II olarak değerlendirilen olgu sayısının 58 (%65,9), Evre III-IV olarak değerlendirilen olgu sayısının ise 30 (%34) olduğu, buna karşılık, Ulusal Meme Kanseri Kayıt Programı verilerinde, tüm yaş grubundaki hastalarda Evre 0, I ve II görülme oranının %79,6, sadece Evre II görülme oranının %52,8 ve sadece Evre III görülme oranının da %9 olduğu görülmektedir. Çalışmamızda, nüks oranının daha yüksek olması, kötü prognoz göstergesi olan LVİ'nin varlığı ve tümör derecesinin yüksek olması yönünden veriler değerlendirildiğinde 67 (%76,1) olguda LVİ'nin bulunduğu, 46 (%52,2) olguda tümörün derece 2, 42 (%47,8) olguda da derece 3 olduğu saptanmıştır. Ulusal Meme Kanseri Kayıt Programı verilerinde tüm yaş gruplarındaki hastalara bakıldığında, LVİ oranının %52,3, derece 2 tümör oranının ise %55,8 olduğu görülmektedir.

Genç meme kanserli kadınlarda yapılan çalışmalarda, bu hasta grubunda hormon reseptörü negatifliği ve Her 2 sunumunun yüksek oranda olması, kötü prognozla ilişkilendirilmiştir.²² Anders ve ark. tarafından yapılan çalışmada, genç kadınlarda ER negatif ve Her 2 pozitif olma oranının daha yüksek ve hastalısız sağkalım oranının daha düşük olduğu gösterilmiştir.¹⁷ Çalışmamızda ise 37 (%42,1) olgunun ER negatif ve 53 (%62,5) olgunun PR negatif olduğu görüldü; ayrıca CerbB-2 pozitifliği 29 (%32,9) olguda saptanmıştır. Ulusal Meme Kanseri Kayıt Programı verilerinde, tüm yaş gruplarındaki olgularda ise CerbB-2 pozitiflik oranının %17,5 olduğu görülmüştür.

Kırk yaşın altındaki kadınlara yönelik bir tarama programının olmaması, mamografinin bu yaş grubunda duyarlılığının düşük olması, bu yaş grubu kadınlarda palpe edilebilir kitle oranının daha yüksek olmasına ve aksilla tutulumunun genellikle daha sık görülmesine neden olmaktadır. Çalışmamızda, olgulara ait ölçülen patolojik tümör boyutu $31,01 \pm 7,52$ (10-50) olarak saptanmıştır. Aksiller lenf düğümü tutulumu ise 52 (%59,1) olguda görülmüştür. Ulusal Meme Kanseri Kayıt Programı verilerine göre tüm yaş grubu olguların %90 palpe edilen bir kitle varlığı nedeniyle sağlık kurumlarına başvurduğu belirtilmektedir. Bu olgulara ait veriler çalışma grubumuza ait sonuçlar ile karşılaştırıldığında; tüm yaş grubu meme kanseri olgularda ileri evre saptanma oranlarının daha düşük olduğu, LVİ varlığı ve yüksek tümör gradı görülme oranlarının belirgin olarak azaldığı ayrıca hormon reseptör durumu açısından değerlendirildiğinde tüm yaş grubu meme kanseri olgularda ER ve PR pozitifliğinin daha yüksek, CerbB-2 pozitifliğinin ise daha düşük olduğu dikkati çekmektedir.

Günümüzde erken evre meme kanserinin standart tedavisi lumpektomi ve SLNB pozitifliğinde düzey I-II aksiller lenf düğümü diseksiyonunu içeren meme koruyucu cerrahidir.²³ Yapılan bazı çalışmalarda, 35 yaş ve altındaki meme kanseri olgularında, MKC'nin mastektomi uygulanan olgulara göre lokal nüks açısından dezavantajlı olduğu belirtilse de, 40 yaş altındaki erken evre meme kan-

serli 1453 olguluk bir seride 10 yıllık sağkalım değerlendirildiğinde, MKC ve mastektomi uygulanan olgular arasında fark olmadığı gösterilmiştir.²⁴ Amerika Birleşik Devletleri'nden Nissen ve ark. tarafından yayınlanan ve MKC, MRM ve MRM sonrası rekonstrüksiyon (MRM-RK) uygulanan hastaları içeren çalışmada, MKC ve MRM-RK gruplarının beden imajı açısından MRM'ye üstün olduğu gösterilmiştir.²⁵ Ayrıca, mastektomiden sonra hemen yapılan meme rekonstrüksiyonu, gecikmiş rekonstrüksiyona göre bireyin hayat kalitesini pozitif yönde etkilemektedir.²⁶ Çalışmamızda, olguların 38'ine (%43,2) MKC, 50'sine (56,8) mastektomi uygulanmıştır. Kırk sekiz (%54,5) olguda sentinel lenf nodu örnekleme yapılırken, toplam 52 (%59,1) olguya aksiller diseksiyon uygulanmıştır. Mastektomi yapılan olguların 23'ünde (%46) eş zamanlı meme rekonstrüksiyonu tercih edilmiştir. Ulusal Meme Kanseri Kayıt Programı verilerinde tüm yaş gruplarında MKC uygulanma oranı %35, mastektomi oranı ise %64 olarak belir-

tilmektedir. Çalışmamızda, genç hastalarda MKC ve SLNB uygulama oranlarımız ülkemiz geneline göre daha yüksektir. Ayrıca, mastektomiden sonra eş zamanlı rekonstrüksiyon gereksiniminin yüksek olması önemli bir özelliktir. Çalışmamızda 4 (%4,5) olguya neoadjuvan kemoterapi uygulanmış, cerrahiden sonra 48 (%54,5) olgu KT+RT+HT, 23 (%26,1) olgu KT+RT, 4 (%4,5) olgu ise sadece HT almıştır.

Meme kanseri görülme sıklığının ülkemizde son 10 yılda 3 kat arttığı görülmektedir. Bunun yanında, doğu ve batı bölgelerinde tanı anındaki evre ve uygulanan tedavi protokolleri açısından tüm yaş gruplarında büyük farklılıklar göze çarpmaktadır. Özellikle genç yaş grubundaki hastalığın daha özel olduğu ve farklı tedavi protokollerine ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Bu amaçla, özgül tümör biyolojisi ile ilgili çalışmalara ağırlık verilmesi ve elde edilecek sonuçlar ışığında alt grup olgulara özgül tedavi rejimlerinin belirlenmesi gerektiği kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

- Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2009. *CA Cancer J Clin* 2009;59(4):225-49.
- Tuncer M. [Significance of cancer in Turkey, the burden of disease and cancer control policies]. *Türkiye'de Kanseri Kontrolü. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Sayı 74. Ankara: Onur Matbaacılık; 2008. p.5-9.*
- Ozmen V. Breast cancer in the world and Turkey. *The Journal of Breast Health* 2008; 4(2):7-12.
- Shaw de Paredes E, Marsteller LP, Eden BV. Breast cancers in women 35 years of age and younger: mammographic findings. *Radiology* 1990;177(1):117-9.
- Hankey BF, Miller B, Curtis R, Kosary C. Trends in breast cancer in younger women in contrast to older women. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1994;(16):7-14.
- Ozmen V, Ozcinar B, Karanlık H, Cabioglu N, Tukenmez M, Disci R, et al. Breast cancer risk factors in Turkish women--a University Hospital based nested case control study. *World J Surg Oncol* 2009;7:37.
- Karadağ M. [Determination of breast self examination behavior and beliefs of midwifery and nursing students at a university]. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2010; 2(1):1-10.
- Goldhirsch A, Wood WC, Gelber RD, Coates AS, Thürlimann B, Senn HJ; 10th St. Gallen conference. Progress and promise: highlights of the international expert consensus on the primary therapy of early breast cancer 2007. *Ann Oncol* 2007;18(7):1133-44.
- Kim EK, Noh WC, Han W, Noh DY. Prognostic significance of young age (<35 years) by subtype based on ER, PR, and HER2 status in breast cancer: a nationwide registry-based study. *World J Surg* 2011; 35(6):1244-53.
- Han W, Kang SY; Korean Breast Cancer Society. Relationship between age at diagnosis and outcome of premenopausal breast cancer: age less than 35 years is a reasonable cut-off for defining young age-onset breast cancer. *Breast Cancer Res Treat* 2010; 119(1):193-200.
- Bland KI, Menck HR, Scott-Conner CE, Morrow M, Winchester DJ, Winchester DP. The National Cancer Data Base 10-year survey of breast carcinoma treatment at hospitals in the United States. *Cancer* 1998;83(6):1262-73.
- Esteva FJ, Sahin AA, Cristofanilli M, Arun B, Hortobagyi GN. Molecular prognostic factors for breast cancer metastasis and survival. *Semin Radiat Oncol* 2002;12(4):319-28.
- Gray RJ. Flexible methods for analyzing survival data using splines, with application to breast cancer prognosis. *J Am Stat Assoc* 1992;87(420):942-51.
- Kollias J, Elston CW, Ellis IO, Robertson JF, Blamey RW. Early-onset breast cancer--histopathological and prognostic considerations. *Br J Cancer* 1997;75(9):1318-23.
- Shannon C, Smith IE. Breast cancer in adolescents and young women. *Eur J Cancer* 2003;39(18):2632-42.
- Chung M, Chang HR, Bland KI, Wanebo HJ. Younger women with breast carcinoma have a poorer prognosis than older women. *Cancer* 1996;77(1):97-103.
- Bollet MA, Sigal-Zafrani B, Mazeau V, Savignoni A, de la Rochefordière A, Vincent-Salomon A, et al. Age remains the first prognostic factor for loco-regional breast cancer recurrence in young (<40 years) women treated with breast conserving surgery first. *Radiother Oncol* 2007;82(3):272-80.
- Kroman N, Jensen MB, Wohlfahrt J, Mouridsen HT, Andersen PK, Melbye M. Factors influencing the effect of age on prognosis in breast cancer: population based study. *BMJ* 2000;320(7233):474-8.

19. Chia KS, Du WB, Sankaranarayanan R, Sankila R, Wang H, Lee J, et al. Do younger female breast cancer patients have a poorer prognosis? Results from a population-based survival analysis. *Int J Cancer* 2004;108(5): 761-5.
20. Rapti E, Fioretta G, Verkooijen HM, Vlastos G, Schäfer P, Sappino AP, et al. Survival of young and older breast cancer patients in Geneva from 1990 to 2001. *Eur J Cancer* 2005;41(10):1446-52.
21. van de Vijver MJ, He YD, van't Veer LJ, Dai H, Hart AA, Voskuil DW, et al. A gene-expression signature as a predictor of survival in breast cancer. *N Engl J Med* 2002;347(25): 1999-2009.
22. Anders CK, Hsu DS, Broadwater G, Acharya CR, Foekens JA, Zhang Y, et al. Young age at diagnosis correlates with worse prognosis and defines a subset of breast cancers with shared patterns of gene expression. *J Clin Oncol* 2011;29(27):3721.
23. Kement M, Gezen C, Aşık A, Karaöz A, Öven UB, Bilici A, et al. [Breast conserving surgery and modified radical mastectomy in Turkish women with breast cancer: a prospective analysis of quality of life]. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2011;31(6):1377-84.
24. Bantema-Joppe EJ, de Munck L, Visser O, Willemse PH, Langendijk JA, Siesling S, et al. Early-stage young breast cancer patients: impact of local treatment on survival. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2011;81(4):e553-9.
25. Nissen MJ, Swenson KK, Ritz LJ, Farrell JB, Sladek ML, Lally RM. Quality of life after breast carcinoma surgery: a comparison of three surgical procedures. *Cancer* 2001; 91(7):1238-46.
26. Gökteş S, Güllüoğlu B, Şelimen D. Immediate or delayed breast reconstruction after radical mastectomy in breast cancer patients: does it make a difference in the quality of life. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2011;31(3):664-73.