

# Bilateral Meme Kanseri

ErhanHAMALOĞLU  
Hüseyin GÜLAY  
Mahmut KOÇ  
Orhan BULUT  
Hüsnü A.GÖKSEL

BILATERAL BREAST CARCINOMA

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Türkiye Organ Nakli ve Yanık Tedavi Vakfı Hastanesi ANKARA

Geliş Tarihi: 5 Eylül 1989  
Kabul Tarihi: 2 Şubat 1990

## ÖZET

*1959-1987 yılları arasında histolojik tanısı konulmuş 1182 meme kanserli hasta izlendi. Bunlar arasında bilateral meme kanseri görülen 48 (%4.06) hasta incelendi. Bu hastalarda 8H simültane, 40'ı ise nonsimültane primer meme kanseri idi. İlk ve ikinci primer tümörler arasındaki süre 17 ay ile 200 ay arasında (ortalama 7.2 yıl) bulundu. İkinci primer tümörlerin %34.5'u ilk primer tümörün ayna hayalinde yerleşmişti. Bilateral meme kanserli hastalar ile diğer hastalar arasında gebelik, doğum aile öyküsü, tümörün büyüklüğü ile tümörün lokalizasyonu yönünden anlamlı bir fark gözlenmedi.*

*İkinci memedeki primer tümörler biraz daha geç bir evrede ve yüksek orandaki aksilla metastazı ile tespit edildiler (%37.5'e karşı %48). İki tümör arasındaki süre ne kadar kısa ise yaşam süresinin de o kadar kısa olduğu gözlemlendi.*

Anahtar Kelimeler Bilateral Meme Kanseri

T Kİ Tıp Bil Araş Dergisi, C8, SJ. 1990,451-458

Meme kanseri risk faktörleri arasında meme kanserinin kendisi de vardır. Başka bir deyişle bir memesinde kanser olan hastanın ikinci memesinde yeni bir kanser odağı gelişmesi olasılığı meme kanserinin genel rastlantı oranına göre daha yüksektir.

İki meme arasında biyolojik yapı ve özellikler yönünden fark olmadığına göre, kanser oluşumunu

## SUMMARY

*1182 histologically proven breast cancer patients were followed between the years 1959 and 1987. Of these 48 patients with bilaterally breast carcinoma were reviewed. Eight patients had simultaneous and the remaining 40 patients had nonsimultaneous breast carcinoma. The period between the development of the first and second primary tumours was between 17 and 200 months (average 7.2 years). The second primary tumour was found symmetrical with the first primary carcinoma in only 34.5% of the patients. No significant difference was observed between the patients with bilateral breast carcinoma and the patients with unilateral breast carcinoma with respect to the number of pregnancy and deliver, family history and the size and the localization of the tumour.*

*It was found that axillary metastasis was seen in a high rate in second primary tumours (37.5% versus 48%) and it was observed that the shorter the period between the two tumours was the shorter the 10 years survival would be.*

Key Words: Bilateral Breast Cancer

T J Research Med Sci, V A N J. 1990.451-458

hazırlayan faktörler karşısında her iki memenin eşit riske sahip olduğu düşünülebilir. Bu düşünüş bağlamında olarak, bir memede kanser mikro odağı ya da odakları oluşup gelişirken öbür memede de benzer odakların oluşup gelişmesi gerekirdi. Eğer böyle olsaydı, meme kanseri genellikle iki memede birden, ya da çok kısa aralıklarla ortaya çıkardı. Oysa bilateral meme kanseri görülme oranı bu

düşünceyi desteklememektedir. İkinci memede primer karsinoma görülme oranı değişik yazarlara göre %1.6 ile %23 arasında değişmektedir (8,16,22,23). Bu farklılık, bir memeden öbür memeye metastazların ikinci memedeki primerden ayrımı için kullanılan kriterlerin farklılığından, elde edilen bilgilerin doğruluk derecesinden ve hastaların izlenme sürelerinin değişik olmasından ileri gelmektedir. Yayınlardaki bu rastlantı ve değerlendirme ayrılıkları nedeniyle konuyu bir de kendimiz incelemek istedik.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

İncelememizin materyali bu makalenin yazarlarından biri (H.A.G.)'nin 26 Aralık 1959 - 26 Aralık 1987 tarihleri arasında, meme yakınması ile gördüğü 7149 kadından meme karsinoması histolojik tanısı almış olan 1182 hastadır. Histolojik tanısı olmayan hiç bir hasta, klinik bulgular karsinoma olasılığını ne kadar desteklerse desteklesin, bu çalışmanın içine alınmamıştır.

Hastalar Columbia Klinik Sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir (Tablo 7). Operabl olanlarda Halsted-Haagensen tipi radikal mastektomi yapıldı. Bu tedaviyi kabul etmeyen, tıbbi nedenlerle radikal mastektomi yapılmasında kontrendikasyon bulunan ya da başkaları tarafından ameliyat edilen hastalar ayrı bir grup olarak ele alındı. İnoperabl olanlarda radyoterapi ve/veya kemoterapi uygulandı.

Birinci memedeki karsinom orta çizgiyi aşır kontralateral memeye yayılım yapmamışsa ve uzak metastazlar yoksa, ikinci memedeki karsinom ikinci primer olarak kabul edildi.

İkinci primerin, birinci primerin saptanmasından sonraki altı ay içinde ortaya çıktığı durumlarda, hastalık "Eş zamanlı-simültane" bilateral karsinom olarak değerlendirildi.

Bilateral meme karsinoması tespit edilen hastalar rastlantı, ilk ve ikinci karsinoma tespit edildiğinde hastanın yaşı, iki tümör arasında geçen süre, hastaların doğum ve gebelik sayıları, ailede meme veya diğer organ kanser öyküsü, tümörlerin lokalizasyonu, ilk veya ikinci primer tümör büyüklüğü ve öyküsü, klinik evreleri, uygulanan cerrahi tedavi, aksilla lenf nodu metastazları, prognoz gibi parametreler gözönüne alınarak incelendi.

Tablo 1. İlk Meme Karsinoması Tanısı Konduğu Zamanki Yaş Durumu

Yaş	Meme kanserli 100 hasta	Nonsimültane bilateral karsinomalı hastalar
30	4	0
30-39	19	11
40-49	36	18
50-59	29	8
60-69	11	3
70-79	1	0
80 ve üstü	0	0
Toplam	100	40
Ortalama yaş	47,60	44,27

## BULGULAR

### Rastlantı

Histolojik tanısı konmuş 1182 meme kanserli hastadan 48'inde (%4.06) bilateral primer meme kanseri tespit edildi. Bu 48 hastadan 8'inde ikinci primer tümör ilk tümör ile aynı zamanda veya altı ay içerisinde ortaya çıkmıştı (%0,68). Geriye kalan 40(%3.38) hastada nonsimültane primer bilateral meme kanseri vardı.

### Yaş

Toplam 1182 meme kanseri hastasından rastgele seçilen 100 hastanın kansere yakalanma yaşları ortalama 47.60 (en küçük 25, en büyük 74) iken bilateral nonsimültane primer meme karsinomalı 40 hastada ortalama ilk kanser yaşı 44.3 (en küçük 31, en büyük 62) bulundu (Tablo 1).

İlk ve ikinci primer tümörlerin arasındaki süre 17 ile 200 ay arasında (ortalama 7.2 yıl) bulundu. Yedi hastada ikinci tümör ilkinden 1-2 yıl sonra, 9 hastada 2-5 yıl sonra, 12 hastada 5-10 yıl sonra ve 12 hastada da 10 yıldan daha sonra tespit edildi. İki tümör arasındaki en uzun süre 16.7 yıl idi (Tablo 2).

### Gebelik ve Doğum Sayıları

Bilateral nonsimültane meme kanserli 40 hasta 0-13 (ortalama 4.6) kez gebe kalmışlardı. Beş hasta hiç gebe kalmamış, 15 hasta 1-3 kez, 13 hasta 4-7 kez ve 7 hasta da 8-17 kez gebe kalmışlardı.

Tablo 2. İlk ve ikinci Tümörler Arasındaki Süre

İki tümör arası süre	Hasta sayısı	%
1-2 yıl	7	17.5
2-5 yıl	9	22.5
5-10 yıl	12	30.0
10 yıl ve sonrası	12	30.0
İki tümör arasındaki en uzun süre	16.7 yıl	
İki tümör arasındaki ortalama süresi	7.2 yıl	
İki tümör arasındaki en kısa süre	1.4 yıl	

Tablo 3. Gebelik ve Doğum Sayıları

Gebelik sayısı	Hasta sayısı
0	5
1-3	15
4-7	13
8-13	7
Ortalama gebelik sayısı	4.6
Ortalama doğum sayısı	2.5

Tablo 4a. Nonsimültane Bilateral Meme Kanseri Olan Hastalarda Ailede Kansere Öyküsü

	Aile öyküsü	Hasta sayısı	%	%
Pozitif	Meme kanseri	9	22.5	62.5
	Diğer kanser	6	15	
Negatif		25	62.5	62.5

Tablo 4b. Rastgele Seçilmiş 100 Meme Kanseri Hastada Ailede Kansere Öyküsü

	Aile öyküsü	Hasta sayısı	%	%
Pozitif	Meme kanseri	17	17	44
	Diğer kanser	27	27	
Negatif		56		56

Tablo 5. Tümör Yerleşimi

Birinci meme %	İkinci meme %
A bölgesi	66.6
B bölgesi	3.3
C bölgesi	3.3
D bölgesi	0
E bölgesi	0
F bölgesi	16.6
G bölgesi	10.0

meme kanseri öyküsü %17, ailede malign hastalık öyküsü ise %4 bulundu (Tablo 4-b).

### Tümör Lokalizasyonu

Kırk hastadan 25'inde (%62.5) ilk tümör sağ memede, 15'inde (%37.5) sol memede görüldü. Her iki memede en sık tümör lokalizasyonu üst-dış kadranda idi (Tablo 5 ve Şekil 1). İkinci memedeki primer tümörlerin dağılımı da ilk memedekine genel olarak benzer bulundu. Hastaların %34.5 inde (yaklaşık üçte bir) ikinci primer tümör birincinin ayna resminde (simetriğinde) bulundu.

### Tümörlerin Büyüklüğü ve Öyküsü

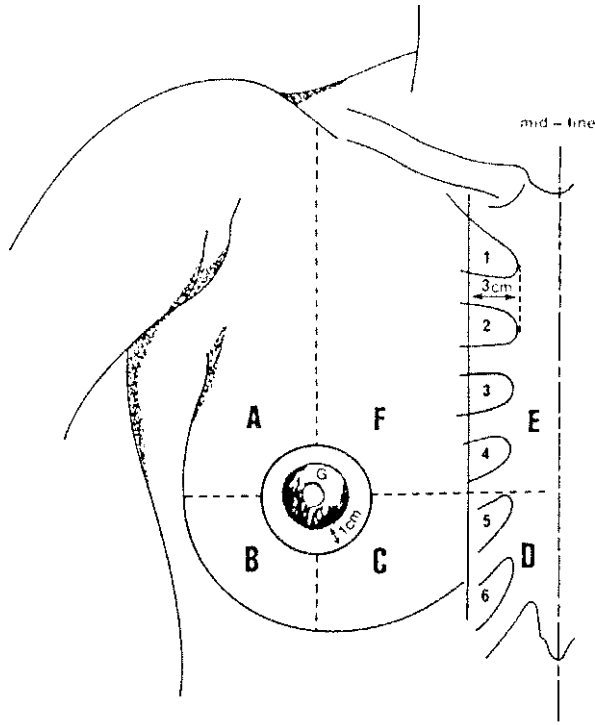
İlk memedeki tümörlerin çapı ortalama olarak 3.26 cm (1.5-8 cm), ikinci memedeki primer tümörlerin çapı ise ortalama 3.01 cm (0.5-13.0) olarak tespit edildi (Tablo 6). Hastanın tümörü farketmesi ile hastanemize müracaatı arasında geçen süre ilk tümör için ortalama 44 gün (0-120 gün), ikinci tümör için ortalama 42 gün (0-355 gün) idi. İkinci tümörlerin %40'ı kontrol muayenelerinde tespit edildi.

Doğum sayıları 0-11 (ortalama 2.5) bulundu. Beş hasta hiç doğum yapmamıştı (Tablo 3).

### Aile Öyküsü

Kırk hastadan 9'unun (%22.5) birinci ve ikinci derece akrabalarında meme kanseri vardı. Altı hastanın akrabalarında da meme dışı malign hastalık görülmüştü. Böylece toplam 15 hastada (%37.5) malign hastalık öyküsü bulundu (Tablo 4-a).

Tek taraflı meme kanseri olanlardan rastgele seçilen 100 hastanın incelenmesinde ise ailede



Şekil 1. Meme diagramı

### Tümörlerin Klinik Evreleri

Hastaların 29'unda hem ilk hem de ikinci primer tümörün klinik evrelendirmesi aynı kişi tarafından yapılmıştı (H.A.G.). İlk tümörlerin 23'ü (%79.3) A evresinde; ikisi (%6.9) B evresinde, ikisi (%6.9) C evresinde ve ikisi (%6.9) D evresinde bulundu, ikinci primer tümörlerin 20'si (%69) A evresinde; ikisi (%6.9) B evresinde, dördü (13.8) C evresinde, üçü (%10.3) de D evresinde bulundu (Tablo 7 ve 8).

Uygulanan Cerrahi Tedavi ve Aksilla Lenf Nodu Durumu

A ve B evresinde tespit edilen ve diğer memesinde inoperabl ve metastazlara neden olmuş tümör bulunmayan hastaların hepsine Haagensen tipi radikal mastektomi (7) uygulandı. C ve D evrelerinde simple mastektomi yapıldıktan sonra veya yapmadan radyoterapi ve/veya kemoterapi uygulandı.

Nonsimültane bilateral meme karsinoması olan 40 hastadan 31'inin bir taraf radikal mastektomisi

Tablo 6. Tespit Edildiklerinde Tümör Büyüklüğü (Klinik Muayene İle)

Ortalama tümör çapı cm.	En az	En çok	
Birinci tümör	3.26	1.5	8.0
İkinci tümör	3.01	0.5	13.0

Tablo 7. Columbia Klinik Evrelendirmesi

Evre A: Deride ödem yok, ülserasyon yok, tümör göğüs duvarına yapışık değil. Aksiller lenf nodları klinik olarak tutulmamış. Bu evrede tek bulgu memede kitle'dir.

Evre B: Deri ödemi yok, ülserasyon yok, göğüs duvarına yapışık değil Lenf nodları klinik olarak tutulmuş ama transvers çapları, 2.5 cm.'den az ve deriye veya derin aksilla oluşumlarına yapışık değildir.

Evre C: İlerlemiş meme kanserinin beş ciddi belirtisinden her hangi birinin varlığı:

- 1.Sınırlı deri ödemi (Meme derisinin 1/3 ünden daha az kısmının ödemi)
- 2.Deri ülserasyonu
- 3.Tümörün göğüs duvarına solid fiksasyonu
- 4.Aksiller lenf nodlarının yoğun tutulması (Transvers çap-İnının 2.5 cm. den fazla olması)
- 5.Aksiller lenf nodlarının deriye veya aksilla'nın derin oluşumlarına yapışıklığı

Evre D: Daha ilerlemiş meme kanseri olan tüm hastalar Bunlar:

1. C evresinde listelenen beş ciddi belirtiden herhangi ikisinin birlikte olması
- 2.Yaygın deri ödemi (meme derisinin 1/3 ünden fazlasını tutan deri ödemi).
- 3.Deride uydu nodüller,
- 4.İnflamatuvar meme karsinoması,
- 5.Supraklavikular lenf nodlarının klinik olarak tutulması
- 6.İnternal mammary metastazının parasternal tümör halinde varlığı,
- 7.Kolda ödem,
- 8.Uzak metastazlar

aynı kişi tarafından (H.A.G.) yapıldı. Histolojik inceleme sonucu tespit edilen aksiller lenf nodu durumu Tablo 9'da belirtilmektedir. İlk kanserde aksilla lenf nodu tutulma oranı %37.5, ikinci primer kanserde ise %48 bulundu. Onbeş bilateral radikal mastektomi materyelinin incelenmesi sonucu aksillaların lenf nodu sayısı bakımından simetrik olmadığı görüldü (Tablo 10).

Tablo 8. Hastalarımızın Klinik Evreleri

Klinik evre	Birinci tümör	İkinci tümör
A	79.3	68.9
B	6.9	6.9
C	6.9	13.8
D	6.9	10.3

Tablo 9. Aksiller Lenf Nodlarının Tutulması

	İlk meme kanserinde %	ikinci meme kanserinde %
Aksiller lenf nodu tutulan	37.5	48
Aksiller lenf nodu tutulmayan	62.5	52

Tablo 10. İki Taraflı Radikal Mastektomi Uygulanan Hastalarda Aksilla Lenf İnodu Asimetrisi

Hasta sıra no	Lenf nodu sayısı sağ aksilla	Lenf nodu sayısı sol aksilla
1	14	15
2	22	10
3	32	26
4	25	25
5	27	19
6	8	21
7	27	19
8	29	31
9	11	12
10	30	12
11	19	39
12	13	28
13	27	34
14	41	14
15	21	18

Tablo 11. Radikal Mastektomi Sonra Yaşam Süreleri

Yıllar	Birinci radikal mastektomi sonrası yaşam		İkinci radikal mastektomi sonrası yaşam	
	İlasia sayısı	%	Hasta sayısı	%
5 yıl	23/24	95.83	10/15	66.6
10 yıl	17/22	77.27	6/12	50.0
15 yıl	11/18	61.11	4/10	
20 yıl	3/11	27.27	11/7	14.28

Tablo 12. İki Tümör Arası Süre İle Prognoz İlişkisi

iki tümör arası süre	ikinci tümör sonrası	
	5 yıllık yaşam	10 yıllık yaşam
1-5 yıl	50	20
5 yıl +	83,3	55

## PROGNOZ

Radikal mastektomiden sonraki 5,10,15 ve 20 yıllık yaşam süreleri Tablo 11'de belirtildi. Birinci radikal mastektomi sonrası yaşam süresi hastaların %95.8'inde 5 yıl, %77.3'ünde 10 yıl, %61'inde 15 yıl ve %27.3 ünde 20 yıl olarak görüldü. İkinci meme için yapılan radikal mastektomi sonrası yaşam oranı 5 yıl için %66.6, 10 yıl için %50.0, 15 yıl için %40.0 ve 20 yıl için %14.3 bulundu.

## İki Tümör Arası Süre İle Prognoz İlişkisi

Simültane bilateral meme kanseri olan 8 hastadan sadece 2 tanesi 3 yıldan fazla süredir yaşıyor (birinci 8 yıldır tümörsüz, öbürü dördüncü yılında metastazlar var). Altı hastada iki üç yıl içinde

(meme karsinoması metastazları sonucu) öldüler. İki tümör arası beş yıldan az olan nonsimültane grupta ikinci tümör çıkışından sonraki 5 ve 10 yıl yaşama oranı sıra ile %50 ve %20 bulunurken, iki tümör arası sürenin beş yıldan daha uzun olduğu grupta bu oranlar %83.3 ve %55.5 bulundu (Tablo 12).

## TARTIŞMA

### Rastlantı

İkinci memede primer kanser rastlantı oranı vermek oldukça güç görünüyor. Bunun ana zorlu tanımlamadan ve izlem süresinden kaynaklanır. Literatürde ikinci primer tümör rastlantı oranı %1.6 ile %23 arasında bildirilmektedir (8,16). Çeşitli araştırmacılar bir memesinde kanser tespit

edilen kadının öbür memesinde kanser gelişme olasılığının normal populasyona göre üç ile yedi kat daha fazla olduğunu bildiriyorlar (7,9,10). Aynı kanserojen faktörlerin her iki meme için de geçerli olduğu düşünülürse bu şaşırtıcı bir sonuç değildir. Ne var ki çeşitli yayınlarda bildirilen çok farklı oranlar tümör biyolojisinden kaynaklanmayıp daha çok yazarların değerlendirme farklılıklarından doğmaktadır. Örneğin %1.6 insidansını veren Khafagy ve arkadaşları (8) ikinci tümör tespit edildiğinde ilk tümörün üzerinden tedavi edileli en az 5 yıl geçmiş olması ve rekürrens belirtisinin olmamasını gerekli görürken, %23 insidansını veren Newman (16) "in situ" lobular karsinomaları da değerlendirme kapsamına almıştır. Bizim serimizde non-simültane bilateral meme kanseri insidansını %3.38 oranında bulduk. Kavram ve hasta değerlendirme bakımından bizimle aynı kriterleri kullanan araştırmacıların vardıkları sonuçlar da bizim vardığımız sonuçlar gibidir (7,10,15,25). Nitekim Devitt, Watanatitan, Moertel ve King gibi araştırmacılar kendi serilerinde ikinci memede eş zamanlı olmayan primer karsinoma insidansını %3.5 - 5.8 arasında değişen oranlarda vermektedir.

### Yaş ve İki Tümör Arası Süre

Sonradan ikinci memesinde primer kanser gelişen hastaların ilk meme kanserlerine yakalanma yaşları genellikle tek taraflı kanserlilerden küçük olmaktadır (1,22,25). Bizim serimizde de aradaki fark fazla olmasa da benzer durum ortaya çıkmıştır. Tek taraflı kanserlilerde kansere yakalanma yaşı ortalama 47.60 iken iki taraflı kanserlilerde kansere yakalanma yaşı ortalama 47.60 iken iki taraflı meme kanseri tespit edilenlerde ilk kansere yakalanma yaşı 44.3 olarak bulundu. Başka bir deyişle daha sonra ikinci memede de karsinoma gelişenlerde karsinogenesis, antikanserojen direnci daha erken yaşlarda yıkmaktadır. İki tümör arasındaki süre uzadıkça ikinci primer kanser insidansı artmaktadır. Bu bulgu da hemen bütün yayınlarda benzer görülüyor.

İlk primer meme kanseri tanısı 50 yaşın altında konan hastalarda ikinci memede primer kanser gelişme riski Robbins ve Berg'e göre (19) normal populasyondan 10 kat daha fazla, Haâgensen'e göre (7) 17 kat fazladır. Elli yaşın üzerinde ise bu risk 6-8 kata inmektedir. Tek taraflı meme kanseri grubumuzdan da kansere yakalanma yaşının 50'nin

altında (47.60) olması yaş sinirinin değişebileceğini ancak ilk tümör 'ne' kadar geç yaşta ortaya çıkarsa ikinci memede primer: tümör gelişme şansının o kadar azalacağını düşündürmektedir. ."

### Gebelik ve Doğum

Bilaterai meme kanseri olan hastaların gebelik ve doğum sayıları ile hastalığa yakalanma arasında önemli bir ilişki bulmadık. Hiç gebe kalmayanların oranı (%12.5) genel populasyondaki oran ile uyumlu bulundu. Yine üç veya daha az çocuk sahibi olanları ile 4 veya daha fazla çocuk sahibi olanlar sayıca birbirine eşitti (Tablo 3).

### Aile Öyküsü

Ailede meme kanseri, özellikle premenapozal evrede kanser öyküsü olanlarda, bilaterai meme kanseri riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir (2,9,11,21). Bizim serimizde, bilaterai meme kanseri olanların aile öyküsü ile tek taraflı meme kanseri olanların aile öyküsü arasında fark bulamadık. Kanımızca ailede meme karsinoması öyküsü olanlarda meme kanseri gelişme riski daha fazla olsa bile, bilaterai meme kanseri gelişme riski daha fazla değildir.

### Tümör Lokalizasyonu

Bilaterai meme kanserli hastaların çoğunda (%62.5) ilk tümörün sağ memede görülmesini bir rastlantı olarak değerlendiriyoruz. Her iki memede de tümörlerin genellikle üst-dış kadranda yerleşmesi diğer yazarların da belirttiği gibi meme dokusunun bu kadranda fazla miktarda olması ile açıklanabilir (7,23). Hastalarımızın %34.5 unda (üçte bir) ikinci primer tümör birincinin aynı resminde bulundu. Bu bulgu diğer yazarlarınkini desteklemektedir (21,23,25). Buna dayanarak Urban "(24) Fenig (5), Pressman (17) gibi yazarlara ilk tümörün simetriğine ve/veya karşı üst-dış kadrana körlemesine biyopsi önermektedirler. Serimizde toplam insidansın %3.38 oranında bulunması körlemesine biyopsi yerine düzenli izleme ve en ufak kuşkuda biyopsi yapılmasının daha uygun bir yaklaşım olduğunu ortaya koymaktadır.

### Tümörlerin Büyüklüğü

Birinci ve ikinci tümörlerin tanı konduğu zamanki büyüklükleri arasında önemli bir farklılık tespit etmedik. Tümörün hasta tarafından bulunuşu ile tanı konması arasında geçen süreler

ilk ve ikinci tümör için ortalama birbirine yakın bulundu (44 ve 42 gün). İkinci primer tümörlerin %40 ınm rutin kontrol muayeneleri sırasında tespit edilmiş olması meme kanseri olan hastaların belirli aralıklarla kontrol muayenelerinin yapılmasının önemini göstermektedir.

### Tümörlerin Klinik "Evreleri

İkinci primer tümörün daha erken bir dönemde tespit edilmesi normal bir beklentidir. Haagensen (7) de ikinci primer tümörü az farkla da olsa daha erken bir evrede tespit etmiştir. Bizim serimizde ise ikinci primer tümörler Tablo 8'de görüldüğü gibi ilk tümörlerden biraz daha geç bir evrede tespit edilmişlerdir. İlk primerlerin %79.3'ü A evresinde tespit edilirken ikinci primerlerin ancak %68.9'u A evresinde bulunmaktadır. Kimi yazarlar da bizim gibi ikinci tümörü daha geç bir evrede tespit edilememesi hastaların düzenli kontrollerine gelmemesi, karşı memeyi kendilerinin yeterli sıklıkla ve usulüne uygun olarak muayene etmemeleri ve nihayet klinik muayenesinin erken tanı için her zaman yeterli olmaması gibi nedenlere bağlı olabilir. Bizim serimizde klinik muayenenin ilk ve ikinci primer tümör için de aynı kişi tarafından ve aynı titizlikle yapılmış olması nedeniyle ikinci tümörün daha geç evrede tespit edilmesini hastaların kontrollerini aksatmalarına ve kendilerini yeterli bilinçle ve yeterli sıklıkla muayene etmemelerine, hatta hazan bilinç altı inkâr nedeniyle olan gecikmelerine bağlıyoruz.

### Uygulanan Cerrahi Tedavi ve Aksii11a LenfNodu Durumu

Aynı kişi tarafından tamamen aynı prensipler içerisinde 15 hastaya farklı zamanlarda yapılan iki taraflı radikal mastektomilerin sonucunda ilk tümörde aksilla tutulma oranı %37.5 bulunurken ikincide %48.0 bulundu. Bu sonuç ikinci primer tümörün daha geç evrede bulunması ve daha erken yayılma eğilimi göstermesine dikkat çekmektedir.

Haagensen'in serisinde de ikinci primer tümörler daha erken bir evrede tespit edilseler bile aksiller lenf nodu tutulma oranı ikinci primer tümörlerde daha fazla olmaktadır (%27.77'ye karşı %32.25).

### PROGNOZ

Her radikal mastektomiden sonraki 10 yıllık yaşam oranları dikkate alındığında bizim serimizde ilk primer tümör sonrası bunun %77.27, ikinci primer tümör sonrası %50.0 olduğu görülün İkinci memedeki kanserle ilgili en önemli konu bunun hasta yaşamı için ek bir risk teşkil edip etmeyeceğidir. Haagensen (7), Levvison (112), Schell (20) ve Sweeney (14) gibi yazarlar ikinci primer tümörün uygun tedavi edildiğinde prognozu etkilemeyeceğini ileri sürüyorlar ise de, Robbins and Berg (19), Leis (11) McCredie (13), Farrow (4) ve Watanatittan (25) ikinci tümörün prognozu olumsuz, yönde etkilediği kanımsdadırlar. Ancak eğer tek taraflı tümörü olanlar ile iki taraflı primer tümörü olanların ilk kanser sonrası yaşam oranları karşılaştırılırsa Haagensen (7)'in belirttiği gibi arada bir fark bulunamıyor.

İlk ve ikinci primer tümörler arasında süre beş yıldan az olanlarda ikinci primer sonrası yaşam oranı, iki tümör arası süre beş yıldan fazla olanlara kıyasla daha düşük olmaktadır (Tablo 12). Simültane bilateral meme kanseri olan sekiz hastadan sadece ikisi 3 yıldan uzun süredir yaşıyor. Bu iki hastanın birisinde dördüncü yılında metastazları çıktığı gözönüne alınırsa simültane bilateral meme kanseri olan hastalarda, iki primer tümör arasında geçen sürenin kısa olduğu hastalarda progno/un daha kötü olduğu söylenebilir. Watanatittan (25)da simültane bilateral karsinomalılarda prognozu kötü bulmuştur.

Her iki memede eş zamanlı veya kısa süre sonra klinik olarak tespit edilebilecek düzeyde kar-sihöma oluşması, etiolojik faktörlerin yoğunluğu ve vücut savunma sistemlerinin yetersizliği sonucu olabilir. Prognozun daha kötü olması da yine aynı nedenlere bağlanabilir.

### ÖZET VE SONUÇ

Bir memesinde kanser olan hastanın ikinci memesinde yeni bir kanser odağı gelişme olasılığı meme kanserinin önemli problemlerinden biridir. Meme kanseri histolojik tanısı konmuş 1182 hastadan 48'inde (%4.06) bilateral meme kanseri tespit edildi. Bunların 8'i (%0.68) simültane diğerleri nonsimültane meme kanseriydi. Birinci ve ikinci primer tümörelrin arasındaki süre 17-200 (or-

alanına göre en yüksek *n* bilateral meme kanserli hastalara ilk kansere yakalanma yaşı (ortalama 57.60) (1) tarafı meme kanserlilerin kansere yakalanma yaşından (ortalama 47.60) daha yüksek tutulmuştur. Hastaların yaklaşık sadece %10'unun 50 yaşta ilmen tümör birincinin aynı yerden, aynı tarafta, aynı yönde doğum sayıları, özyeni tümörlerle ilişkili olduğu ve lokalizasyon yönünden eşit yönlü meme kanserleri olan hastalar ile diğer meme kanserli hastalar arasında önemli bir fark yoktur. İkinci primer tümörler biraz daha geç bir yaşta ve daha yüksek oranda aksilla metastazi ile tespit edilmişlerdir (%37.5) karşı (%18). İkinci primer tümörler operabl bir şekilde bulunmuş olan hastaların birinci meme kanserli hastalarla karşılaştırmada belir-

ginen oranı olması halinde radikal mastektomi uygulanmış ve 10 yıllık yaşam oranının ikinci primer tümör ortaya çıktıkdan sonra önemli ölçüde azaldığı (%77.3) karşı (%90) bulunmuştur. Ayrıca 50 yaşın altına sınırlı ve kadar kısa ise prognoz *n* daha kötü olmaktadır. 10 yıllık yaşam oranı 161 hasta için %50.6 iken diğer tarafta bulunan grupta 1791 100 yıllık yaşam oranı %37.5 bulunmuştur.

Bir meme kanserli hastaya bulunan hastaların ikinci tarafında ilk ve ikinci veya uzak metastazların dışında ikinci memede de primer kanser ortaya çıkabileceği düşüncesi ile yakından bilimsel ve klinik primer için de kanser cerrahisi prensipleri aynı şekilde uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Jemal A, Murray T, Samuels A, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1999-2000. *CA Cancer Clin Oncol* 2001; 51: 3-26.

2. Anderson WF, Anderson MD. Bilateral synchronous breast cancer. *Cancer* 1991; 299: 1-10.

3. Meyer JJ. Bilateral synchronous cancer. *Am J Surg* 1971; 77: 123-129.

4. Yarnal FH. Bilateral synchronous cancer. *Cancer* 1971; 26: 1-6.

5. Long AC, Anderson M, Anderson ST. The second breast cancer: a review with a changing mechanism. *Am J Microscopical Anat* 1976; the second breast cancer. *Cytochrome* 1976; 24: 189-191.

6. Long AC, Hsu M, Hsu H. Early phases of the synchronous bilateral breast cancer. *Cancer* 1976; 41: 1178, 1181.

7. Kingsley C, D. Diseases of the breast. 2nd ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co. 1974: 149-151.

8. Knapp MM, Steinhilber D, Robinson G. Prognosis of the second breast cancer: The role of previous exposure to the first surgery. *Gynec* 1978; 55: 596-599.

9. Kingsley C. The importance of cancer in second breast cancer. *Am J Surg* 1977; 74: 127-131.

10. King RL, De V. L. Estrojen, A. E. Experience with ipsilateral breast biopsy in patients with contralateral breast cancer. *Cancer* 1978; 41: 1848.

11. Long AC. Bilateral breast cancer. *Surg Clin North Am* 1976; 50: 1019.

12. Anderson WF, Natta L. Bilateral breast cancer in the young. *Healthtopia*. A discussion of the dilemma of contralateral breast cancer. *Cancer* 1977; 40: 1293-1294.

13. McLaughlin V, Bick W. Bilateral synchronous primary breast cancer. *Cancer* 1977; 41: 1473-1475.

14. McSwain N, F. Bilateral breast carcinoma. *Recent Results in Cancer Research* 1971; 41-48.

15. Moschel C, G. Bode J. The problem of the synchronous second primary with bilateral carcinoma of the breast. *Am J Surg* 1967; 74: 231, 1967.

16. Samaan N. In situ carcinoma of the breast. *Am J Surg* 1974; 78: 103.

17. Dressman J. Synchronous carcinoma of the breast. *Cancer* 1975; 37: 773-776.

18. Chouhan R, G. Gupta A. Bilateral carcinoma with multiple ipsilateral clones. *J Clin Oncol* 1987.

19. Richter G, P. Gera J. Bilateral primary breast cancer: A prospective clinicopathological study. *Cancer* 1977; 41: 501-527.

20. Sahin S, R. Warrington J, D. Sparano W, J. et al. Bilateral breast cancer in patients with initial stage I and II disease. *Cancer* 1991; 67: 1194, 1992.

21. Stern M. Bilateral synchronous carcinoma: Prospective evaluation of factors affecting diagnosis. *J Surg Oncol* 1977; 20: 193.

22. Snook N, H. Long J, G. Gera J, Fisher B. Experience with contralateral primary carcinoma of the breast. *Curr Opin Oncol* 1991; 4: 100-107.

23. Urban J. A. Bilaterality of cancer of the breast. *Cancer* 1967; 20: 119.

24. Urban J. A. Gera J, Gera D, Taylor G. Bilateral breast cancer: Biopsy of the ipsilateral breast. *Cancer* 1978-1973, 1977.

25. Watanamura S, B. M. D. Synchronous bilateral breast carcinoma. *Surgery* 1974; 74: 342, 1974.