

GEBELİKTE SAPTANAN MEME KANSERİ OLGUSU

DR. OĞUZ UĞUR AYDIN

ANKARA MEME HASTALIKLARI DERNEĞİ

23.02.2017

GEBELİKTE SAPTANAN MEME KANSERİ (GMK)

- Tanım;
 - **Gebeliğin başlangıcı ile emzirmenin bitmesi (postpartum 1. yıl) arasında tespit edilen meme kanseri**
- İlk gebeliği 30 yaş üzerinde olanlarda insidans daha yüksek
- Görölme sıklığı açısından trimestir farkı yok
- Tanı daha çok emzirme döneminde
- Her 10000 canlı doğumun 1.3'ünde
- Gebelikte gelişen kanserler arasında en sık olanı meme kanseri
 - *Parazzini ve ark. (2017) 2001-2012 arasında tüm gebelikler değerlendirilmiş 100.000 gebelikte 39.9*

GMK

- Gebelik ve laktasyonda memede fizyolojik hipertrofi
- Geç fark edilen kitle ya da emzirmeye bağlı değişiklik
- Gebe olmayanlarla **benzer klinik seyir**
- **Benzer sağkalım sonuçları**
 - Gebelik meme kanseri prognozunda olumsuz bir faktör değil
 - Yüksek östrojen düzeyi hastalığın seyrini hızlandırmaz

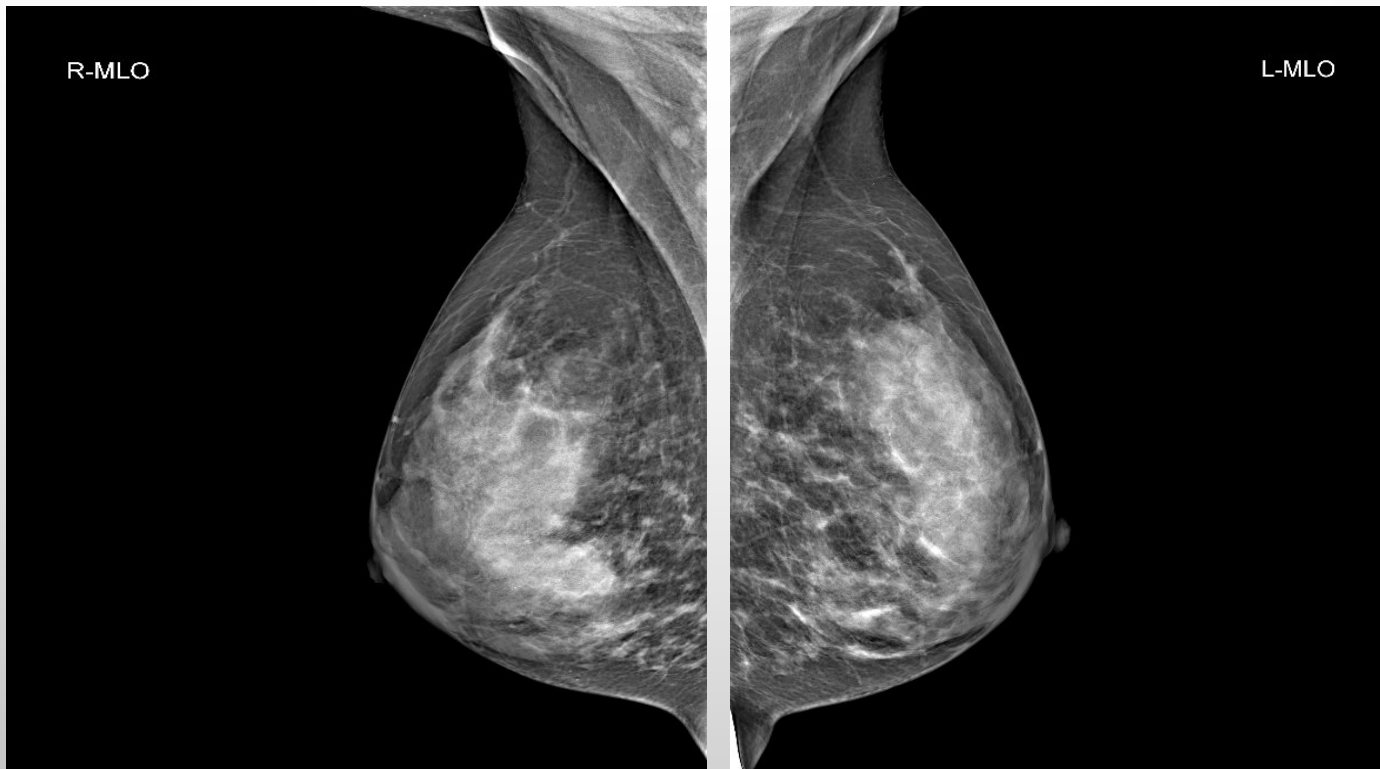
GMK

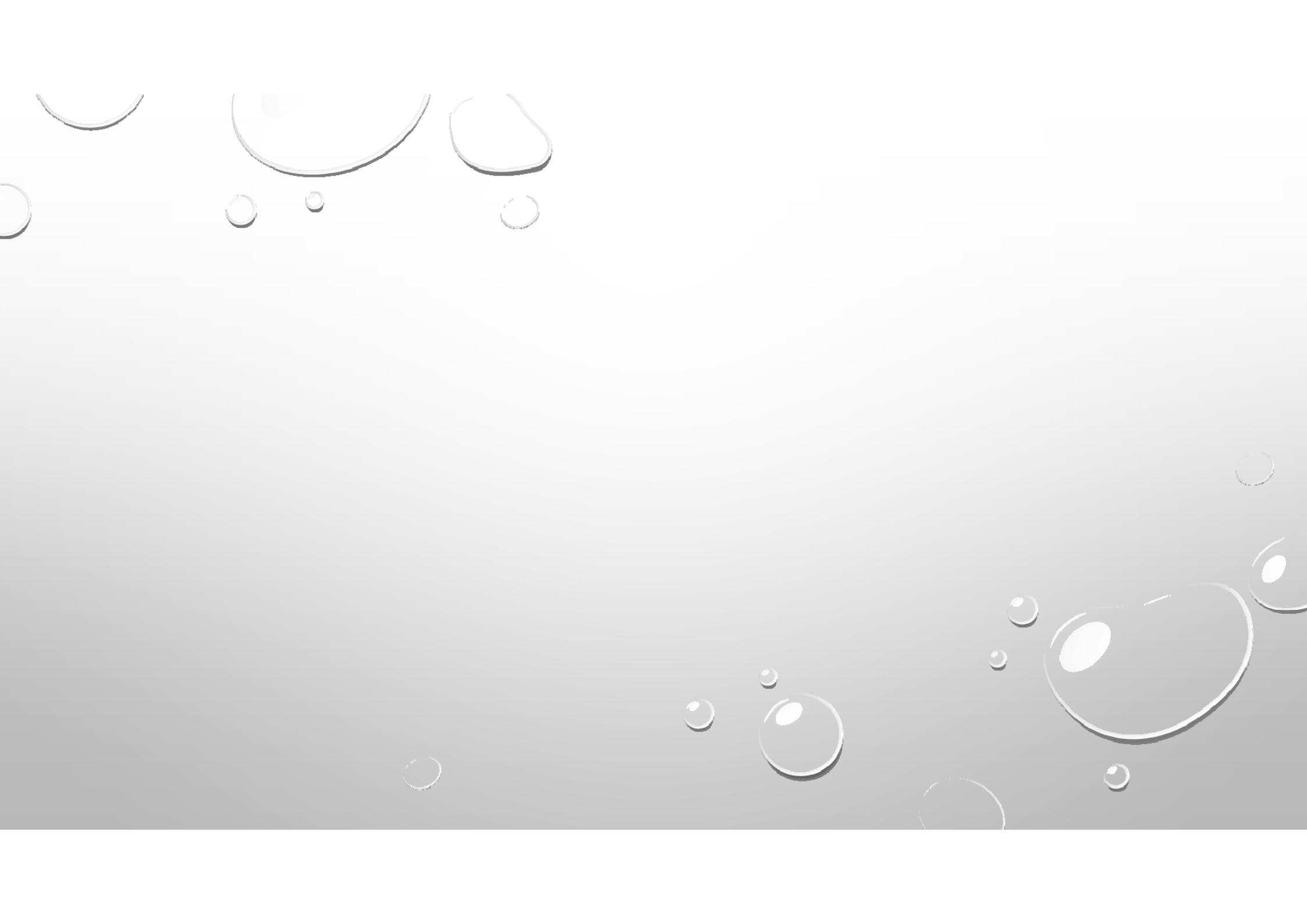
- Daha **büyük primer tümör**
 - Teşhis sırasında ortalama tümör çapı 3.5 cm
- Daha fazla **aksiller lenf nodu pozitifliği**
- Histolojik olarak daha çok **kötü diferansiye tümörler**
- Sıklıkla **ER/PR negatif**
- Yaklaşık %30 olgu Her-2 pozitif
- Gebelik ve postpartum periyotta **tanıda ortalama gecikme 1-3 ay arasında**

OLGU

- 39 YAŞINDA KADIN HASTA
- 25 HAFTALIK GEBELİK MEVCUT (İLK HAMİLELİK – TÜP BEBEK)
- SAĞ MEMESİNDE ELE GELEN KİTLE
- FİZİK MUAYENE
 - Sağ meme alt-orta kadran yerleşimli yaklaşık 3 cm boyutlarında malign özellikli kitle,
 - Aksiller LAP mevcut

MAMOGRAFI





USG



LOBÜLE KONTURLU, ARKA SINIRI
SİLİK, HİPOEKOİK SOLİD KİTLE LEZYON

GMK - TANI

- **Mamografi (MG);**
 - Karın bölgesi korunarak çekilen MG güvenli
 - Sensitivite gebe olmayan kadınlara göre daha düşük olmakla beraber %75-%80
 - Yanlış negatif sonuç!
- **Ultrasonografi**
 - Hemen tamamına yakınında anormal
 - Hastalığın yaygınlığını değerlendirmek ve biyopsi için rehber

GMK - TANI

- **İnce iğne aspirasyon biyopsisi** ile yanlış-/yanlış+ sonuçlar mümkün
 - Gestasyonel ve puerperal hormonlar fizyolojik hiperproliferatif değişiklikleri indükler
- **Tru cut biyopsi** tercih edilmeli
 - İnvaziv hastalık teşhisi yanında hormon reseptör durumu ve her 2 analizi için yeterli doku sağlar

PATOLOJİ

- TRU CUT BİYOPSİ
 - İnvaziv duktal ca
 - ER %10, PR %50, CERB B2 +++, Ki67 %35

GMK - EVRELENDİRME

- Nod-negatif T1 - T2 tümörlerde;
 - Tam kan, akc. grafisi, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri
- Nod-pozitif T3-T4 tümörlerde;
 - Abdominal USG, toraks ve lumbal kontrastsız MR(Gadolinium plasentaya geçer-Fetal toksik)
- **BT gebelik boyunca kontrendikedir**
- **Düşük doz kemik tarama hakkında konsensus yok.**
- **PET-BT önerilmemektedir.**

OLGU - EVRELENDİRME

- Bebek korunarak çekilen akciğer grafisi normal
- Hepatobilier USG'de metastaz bulgusu yok
- Kan tetkikleri normal

TEDAVİ KARARI

- CERRAH
- ONKOLOG
- KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM UZMANI

GMK - TEDAVİ

- Amaç;
 - Hastalığın lokal kontrolünü sağlayıp sistemik metastazların önüne geçmek
 - Bunu yaparken de fetusu korumak!!!
- Hastalığın **evresi ve gebelik haftası** esas kriterler
- Her hasta için **özel tedavi planı** gerekli

GMK - CERRAHİ TEDAVİ

- Her trimestirde uygulanabilir
- En sık uygulanan prosedür modifiye radikal mastektomidir (MRM)
 - Erken rekonstrüksiyonla ilgili yeterli data yok
- Ancak uygun hastalarda **meme koruyucu cerrahi (MKC)** yapılabilir
 - **Radyoterapi postpartum döneme kadar geciktirilebilirse**
 - MKC ile MRM sağkalım sonuçları benzerdir

SENTİNEL LENF NODU BİYOPSİSİ (SLNB)

- SLNB'nin gebelikte etkinliği tartışmalıdır
 - Memenin lenfatik haritası değişebilir/yanlış negatif sonuç!!!
- SLNB için kullanılan ajan fetusa zararlı olabilir
 - 30. gebelik haftası öncesi kullanılmamalı!!!.(Fetal organogenesis)(Review/2007)

SLNB

- **Mavi boya** (metilen mavisi, lymphazurin, isosulphan blue, patent blue);
 - **Kategori C** (hayvan çalışmalarında fetal toksik - insan çalışması yok)
 - **Gebelikte kullanılmamalı**
 - Pruthi ve ark. (2011); (fetal doz;0.25 mg ve uygulanan dozun %5'i) metilen mavisi minimal fetal riskle kullanılabilir.
 - Groopper ve ark. (2014); 81 hasta ile yaptıkları çalışmada komplikasyon gözlememişler. Hem tc 99 hem de metilen mavisi –her üç trimestırda
- **Radyokolloid** (teknesyum sülfür kolloid, teknesyum işaretli albumin)
 - Standart radyonüklid uygulamalarla karşılaştırıldığında **çok daha düşük dozlar** söz konusu.
 - Radyokolloid ile yapılan SLNB'de **fetal maruziyet düşük**.
 - Radyoaktif madde ile (tc 99m sülfür kolloid) yapılan sln bx'de fetal dozu belirleyen çalışmalar sadece sınırlı sayıda ve vaka sunumlarına dayanmakta.

SLNB-NCCN

- SLN Bx ile ilgili az sayıda retrospektif çalışma ve vaka sunumları mevcut.
- Bu çalışmalarda SLN Bx'nin spesifite ve sensitivitesi belirlenmemiş.
- Bu nedenle GMK hastalarında **SLN Bx kullanımını öneren yeterli data mevcut değil**

GMK – KEMOTERAPİ (KT)

- KT ilaçları **Kategori D** (teratojenik etkisi kanıtlanmış-başka ilaçların verilemediği durumlarda verilebilir)
- **ENDİKASYONLARI GEBE OLMAYAN MEME KANSERLİ HASTALAR İLE AYNI**
- **Tahmini doğum tarihi** sistemik KT planını etkiler
 - **1.TRİMESTİRDE KESİNLİKLE KT VERİLMEMELİ** (YÜKSEK FETAL MALFORMASYON RİSKİ İLE BERABER)
 - **2. VE 3. TRİMESTİRDE FETAL MALFORMASYON RİSKİ KT ALMAYANLARDAN FARKLI DEĞİL (%1.3)**
- **SİSTEMİK KT BAŞLAMISŞ İSE HER SIKLUS İÇİN FETAL MONİTÖRİZASYON GEREKLİ**

GMK - KEMOTERAPİ

- KT ile ilgili en geniş tecrübeler **antrasiklinler** ve **alkile edici ajanlarla**
 - Antrasiklinler, alkile edici ajanlara göre daha güvenli
 - Antrasiklinler fetal toksik (kardiyotoksisite) olabilir ancak risk düşük (1.Trimestirden sonra ve 70 mg/m²'nin altında)
 - 3 hf'da bir antrasiklin uygulaması güvenli
 - **Metotrexate** ile düşük riski yüksek
 - **Fluorouracilin** teratojenitesi net değil

GMK - KEMOTERAPİ

- **Taxane** kullanımı ile ilgili sınırlı data mevcut.
- 3.Trimestırde güvenli gözökmekle beraber yeterli data yok
- Zagouri (2013)..50 gebelik..%90 çocuk 16 aylık takipte sağılıklı
- KONVANSİYONEL KT PROTOKOLLERİ İLE KARŞILAŞTIRILDIĞINDA
TAXANE KULLANIMI FETAL VE MATERNAL RİSKLERİ ARTIRMIYOR GİBİ
gözökmekle beraber oligohidramnios açısından monitörizasyon gerekli...
- **NCCN ;endike ise ilk trimestırdan sonra haftalık kullanımını öneriyor**

GMK - KEMOTERAPİ

- **Trastuzumab** kullanımı ile ilgili sadece olgu sunumları mevcut
 - Gebelikte **Kategori B** (hayvan çalışmalarında teratojen/insan çalışmalarında risk gösterilememiş)
 - Oligo/anhidramnios, fetal böbrek yetmezliği
- Kullanılacaksa gebelik sonrasına bırakılmalı
 - *Andrade ve ark. (2016); yüksek doz ttz kullanırken insidental gebelik.7 yıllık pediatrik takip normal!!!*
 - **NCCN; gebelikte trastuzumab kullanımını önermiyor !!!**

GMK - KEMOTERAPİ

- **Gebeliğin 35.Haftasından sonra ya da tahmini doğum tarihinden 3 hafta öncesinden itibaren KT'den kaçınmak gerekli (doğum sırasındaki potansiyel enfeksiyon ve hematolojik komplikasyonlar nedeniyle)**
- En sık kullanılan protokoller: 5-fu-doxorubicin-cyclophosphamid. (FAC) ya da 5-fu-doxorubicin ve doxorubicin-cyclophosphamide
- **Farklı KT protokolleri arasında fetal ve maternal toksisite açısından anlamlı farklar yok**
- 2. Ve 3. Trimestirde relatif olarak güvenli

GMK - RADYOTERAPİ

- **Kontrendike !!!**

- Artmış fetal ölüm, malformasyon riski ve mental retardasyon
- Çocukluk çağı kanserlerinde artış
- Yapılması gerekiyorsa doğum sonrasına bırakılmalı

GMK - HORMONOTERAPİ

- Çoğu hasta hormon reseptör negatif
- **Tamoksifen;**
 - **Kontrendikedir** (kullanımı sonrası sağlıklı fetal gelişim bildiren olgu sunumları da olsa;kontrendike!)
 - Çok sayıda (%20) yan etki (spontan abortus,intrauterin ölüm, vajinal kanama, ambigius genitale)
 - Endike ise doğum sonrasına bırakılmalı

KEMOTERAPİ

- 4 kür neoadjuvan KT (adriamisin ve siklofosfamid) planlandı
 - 1.Kür; 16 aralık
 - 2.Kür; 06 ocak
- 3.KÜR ÖNCESİ YAPILAN KONTROL USG;
- SAĞ MEME SAAT 6-7 HİZASINDA AREOLA KENATINDA 16.5X12.5 MM BOYUTLARINDA MALİGN KİTLE LEYON
- SAĞ AKSİLLADA 17.5X8 MM LN
 - 3.Kür; 27 ocak
 - 4.Kür; 17 şubat (verilmedi) (Doğum planlandı)

OLGU

- Hasta řu an 35.Gebelik haftasında
- Palpabl tümör yok.
- Anne değeriendirilmesinde KT'E bağlı yan etki yok.
- Fetüste; son kontrolde (dört ekstremite kısalığı,**torakal hipoplazi**,bowing) tespit edildiği için sezaryen kararı verildi.

GMK-TEDAVİ

- GMK OLGULARINDA TEDAVİ ÖNERİLERİ ;VAKA SUNUMLARI VE RETROSPEKTİF DATALARA DAYANMAKTA
- TEDAVİ PROTOKOLÜ OLUŞTURMAK İÇİN YETERLİ VAKA SAYISINA SAHİP PROSPEKTİF ÇALIŞMALAR YOK
- DOLAYISIYLA TEDAVİ İÇİN KONSENSUS YOK
- TEDAVİ HER HASTA İÇİN ÖZEL OLARAK PLANLANMALI..