

MEME HASTALIKLARININ CERRAHİ TEDAVİ KALİTESİ NASIL YÜKSELTİLEBİLİR?

Vahit Özmen

*İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
Meme Ünitesi Ulusal Kanser Danışma Kurulu Üyesi
Meme Kanseri Erken Tanı ve Tarama Alt Kurulu Başkanı*

Meme kanseri, bilindiği gibi dünyada en sık görülen ve en sık ölüm nedeni olan kadın kanseridir. Her dört kadın kanserinden biri memede lokalize olmaktadır (1). Eldeki veriler, meme kanserinin ülkemizde de en sık görülen kadın kanseri olduğunu göstermektedir (2–8).

Meme kanserinde erken tanı, kadınlara sağlıklı bir yaşam şansı verirken, memenin korunabilmesi de yaşam kalitesini artırmaktadır. Tarama mamografisinin düzenli olarak uygulandığı, batı toplumlarında asemptomatik meme kanseri ve meme koruyucu cerrahi oranları %75’i bulmaktadır (9). Ülkemizde yapılan çalışmalar, özellikle doğu bölgelerimizde lokal ileri meme kanseri oranının %50’yi geçtiğini göstermektedir. Batı Türkiye’de ise bu oran %15-30 arasındadır. Buna bağlı olarak, meme koruyucu cerrahi oranları da çok düşüktür. Yaklaşık 15.000 hastayı kapsayan federasyonumuzun meme kanseri kayıt programında, hastalara uygulanan MKC oranı %34 kadar iken, İstanbul Tıp Fakültesi Meme Ünite’sinde meme koruyucu cerrahi (MKC) oranı %50’nin üzerindedir (4,10).

Meme kanserinin tedavisi hipotezlerindeki değişikliklere bağlı olarak, cerrahi tedavi de değişmiştir. Halsted tarafından 1890’lı yıllarda getirilen meme kanseri, “Lokal Bölgesel Hastalıktır” hipotezi, meme kanserinin tedavisinde radikal mastektominin yaklaşık 100 yıl uygulanmasını sağlamıştır. 1970’li yıllarda Fisher tarafından geliştirilen “Sistemik Hastalık Hipotezi”, tanı sırasında farkedilemeyen mikroskopik odakların sistemik ilaçlarla tedavi olmasını (kemoterapi) gerekli kılmıştır. Bundan sonra yayımlanan çalışmalar meme kanserinde MKC’nin yapılmasını, tedaviye radyoterapinin ve gerektiğinde kemoterapinin eklenmesini zorunlu kılmıştır. Meme kanserinde tümör biyolojisinin her hasta için farklı olması, tedavinin bireyselleştirilmesi gerektiğini ortaya koymuş ve 1990’lı yıllarda “Spektrum Hipotezi” kabul görmeye başlamıştır. Meme kanserinde mültidisipliner yaklaşım, başarılı bir tedavi için olmazsa olmazdır.

Türkiye’de meme kanserinin cerrahi tedavi kalitesi nasıl yükseltilebilir?

Ülkemizde meme kanserinin cerrahi tedavisinden genel cerrahi uzmanları sorumludur. Meme kanseri tedavisini üzerine alan bir

cerrahi uzmanının, cerrahi tedavi ile ilgili ameliyatlarını cerrahi teknik ve onkoloji prensiplerine uygun olarak eksiksiz yapmasının yanında, meme kanserinin tanı ve tedavisinden sorumlu olan diğer uzmanlık alanları olan: Radyoloji, Patoloji, Sistemik Tedavi, Radyoterapi, Medikal Onkoloji, Genetik, Nükleer Tıp, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon ve Psiko-onkoloji ile ilgili temel bilgilere sahip olması şarttır. Şimdi asıl konumuz olan cerrahi uzmanları ve bunların ilişkili olduğu diğer uzmanlıkları irdeleyelim. Bu başlıklarda ülkemizde meme kanserinin cerrahi tedavisinde kaliteyi nasıl yükseltebileceğimizi de sorgulayacağız.

Genel cerrahi uzmanı

Meme kanseri ile ilgilenen genel cerrahi uzmanının meme kanseri cerrahi girişimlerini başarı ile uygulayabilmesi için ayda yaklaşık 6-10, yılda toplam olarak 100 meme kanseri ameliyatı yapması önerilmektedir. Bu uygulama ile meme kanseri cerrahisi konusunda önemli bir deneyime sahip olunabilir. Genel cerrahi uzmanlık eğitimi sırasında alınan meme kanseri eğitiminin, uzmanlık süresince tekrarlanması ve geliştirilmesi gereklidir. Bu amaçla, ideal olan yaklaşım, “Meme Cerrahi’sini” bir yan dal olarak kabul edilmesi ve uygulanmasıdır. Bu konuda Türk Cerrahi Derneği 21 Şubat 2009 tarihinde “Türk Cerrahi Derneği Genel Cerrahi Uzmanlık Alanı ve Yan Dallar Çalıştayı” başlıklı bir toplantı düzenlemiştir (<http://www.turkcer.org.tr>). Ancak, bunun uygulamaya geçmesi ve Meme Cerrahisi Yan Dalı’nın oluşturulması ve burada bir üst ihtisas yapılması zaman alacaktır.

Başarılı bir meme kanseri cerrahi tedavisi (modifiye radikal mastektomi, meme koruyucu cerrahi, sentinel lenf nodülü biyopsisi) uygulanabilmesi için, yan dal ihtisası yapma şansı olmadığından, uzmanların bu cerrahi girişimlerin sık uygulandığı üniversite veya eğitim hastaneleri meme merkezlerinde 1 yıl (en az 6 ay) rotasyon yapmaları gerekir. Bu şekilde, cerrahi teknikler tam öğreildiği gibi, burada yapılacak olan toplantılara katılım ve bu sürede yapılabilecek klinik ve deneysel çalışmalar ile meme kanseri konusundaki bilgisi arttırılacaktır. Uzman, bu çalışma süresini tamamlayarak döndüğü kliniğinde öncelikle meme hastalıklarının tedavilerine yönelmelidir. Bu

kadar uzun süreli çalışma imkanı bulamayanların daha kısa süreli de olsa rotasyon yapmalarının yararlı olacağı düşünölmelidir.

Mumbai, Hindistan'daki Tata Memorial Hospital'a tedavi için gönderilen ve cerrahi tedavi uygulanmış olan 424 kadına yönelik olarak yapılan bir retrospektif araştırmada, bu kadınlardan 191'ine (%45) yetersiz bir cerrahi girişim yapıldığı görölmüştür. Bu kadınlara re-mastektomi ve aksiler disseksiyon yapılmış, %52'sinde aksillada metastatik lenf nodülü olduğu saptanmıştır (11). Ülkemizde de yetersiz cerrahi girişim uygulanan ve yeniden cerrahi girişim gereken hastalarla karşılaşmaktayız.

Erken evre meme kanserinin cerrahi tedavisinde, meme koruyucu cerrahi ve sentinel lenf nodülü biyopsisi standart bir tedavidir (12). Uygun olgularda, memenin korunması kadın yaşam kalitesini artırmakta, organ kaybı ile ilişkili kaygı ve depresyon azalmaktadır. Klinik olarak aksillası negatif olgularda yapılan sentinel lenf nodülü biyopsisinin (SLNB), aksiller disseksiyona bağlı başta lenfödem olmak üzere birçok komplikasyonu azalttığı da gerçektir. Erken meme kanseri tanısı almış kadınlarda bu cerrahi tedavilerin uygulanmaması, kadınlar için önemli bir kayıptır ve kabul edilmesi güçtür. Bu nedenle, meme cerrahisi konusunda özel bir eğitim yapan uzmanların meme merkezlerindeki eğitimleri ile belirli bir deneyim kazandıktan sonra bu tedavilere geçmeleri gerekir.

2001 yılında kurulan "Meme Hastalıkları Dernekleri Federasyonu", meme kanseri ile ilgili uzmanlıkları içeren Ulusal Meme Kanseri Kongresini ve Ulusal Meme Kanseri Konsensus Toplantısı'nı 2 yılda bir dönüşömlü olarak yapmaktadır. Bu ulusal toplantılarda çok sayıda yerli ve yabancı meme kanseri uzmanı konferanslar vermekte ve mezuniyet sonrası kurslar düzenlenmektedir. Ayrıca, federasyonumuzun bölgesel eğitim toplantıları ve kursları da bulunmaktadır. Bu toplantıların, cerrahi uzmanlarının meme kanserinin tedavisi konusundaki kalitesini arttıracacağı kesindir. Cerrahi uzmanları, bu toplantılara katılım konusunda kendilerini zorunlu hissetmelidirler.

Meme kanseri tedavisi ile uğraşan cerrahların, bu mültidisipliner tedaviyi gerektiren hastalığın özellikle erken tanısı, radyolojik tanı yöntemleri, patolojik tanısı, gerekli diğer tedaviler ve takibi konusunda iyi düzeyde bir bilgiye sahip olmaları şarttır. Bu tedaviyi gerçekleştirdikleri ortamlarda temel olarak bulunması zorunlu olan meme kanseri radyolojisini ve patolojisini iyi bilen radyoloji ve patoloji uzmanları ile birlikte çekirdek bir takım oluşturmaları gerekir. Bu çekirdek uzmanlık alanları (radyoloji, cerrahi, patoloji) başarılı bir meme kanseri tedavisinin başlangıçtaki zorunlu unsurlarıdır. İyi bir radyolojik değerlendirme olmadan meme koruyucu cerrahi yapılması, iyi bir cerrahi sınır tayini yapılmadan geniş tümör eksizyonu yapılması, sentinel lenf nodülü değerlendirmesi yapılmadan sentinel lenf nodülü biyopsisi yapılması mümkün değildir. Şayet bu elemanlar mevcut değil ise, hastanın bu uygulamaların yapılabileceği bir üst merkeze sevkisi daha etik bir davranış olur.

Hastanın ekonomik durumu, birlikte olan hastalıkları meme koruyucu cerrahi yapılmasına uygun değil ise veya hasta kendi iradesi ile memesinin korunmasını arzu etmiyorsa, uygun teknikle modifiye radikal mastektomi yapılabilir. O zaman da, meme ve aksiler dokuyu kapsayan ve birlikte çıkarılan (en-block) çıkarılan materyalin eksiksiz bir patolojik değerlendirmesinin yapılması, östrojen ve progesteron reseptörleri ile HER-2 reseptörünün analizlerinin tayini gerekir. Bu üç reseptör, bulunan ortamda yapılamıyor ise, yapılacağı yere uygun hazırlanma ve iletim koşullarında gönderilmelidir. Ayrıca, cerrahi, patoloji ve radyoloji uzmanlarının (var ise medikal onkoloji, radyasyon onkolojisi, nükleer tıp, psiko-onkoloji vs. uzmanları) birlikte haftalık toplantı yaparak tedavi edilecek ve edilen hastaları gözden geçirmeleri başarılı bir tedavi ve takip, hastaların diğer tedaviler için yönlendirilmesi için zorunludur.

Radyoloji uzmanı

Meme kanserinin tanısı, tedavisi ve hastaların takibinde radyoloji uzmanlarının çok önemli görev ve sorumlulukları vardır. Bu amaçla kullanılan mamografi, ultrasonografi ve meme emar görüntölemesi (MRI) sürekli değişiklikler ve yeniliklere uğramaktadır. Radyoloji uzmanları, 5 yıllık uzmanlık eğitimleri süresince ilgili tüm konularda genel bir eğitim almaktadırlar. Şayet, ihtisas yaptıkları kurumlarda bir meme merkezi var ise, meme hastalıklarının tanısı konusunda daha üst düzeyde bir bilgiye sahip olmaktadır. Veya bazı uzmanlar meme konusuna özel bir ilgi duyarak kendilerini yetiştirmektedirler. Meme Radyolojisi Bölümünün de bir üst ihtisas olması gereklidir. Bu şansın olmadığı ülkemizde radyoloji uzmanları ancak katılacakları kurs ve kongrelerle meme kanseri konusundaki bilgi düzeylerini arttırabilirler.

Meme hastalıkları konusunda deneyimli bir radyoloji uzmanı, meme kanserinin erken tanısı, meme cerrahisi yapacak olan bir cerrahi uzmanının meme radyolojisini öğrenmesi, uygun bir cerrahi tedavinin seçimi ve hasta takibinde de çok önemli rol oynamaktadır. Radyoloji uzmanının ideal olarak mamografi veya ultrasonografi ile işaretleme veya biyopsi alınması, şüpheli asemptomatik tümörün işaretlenmesi, neo-adjuvan kemoterapi alacak olan hastalarda tedavi öncesi tümörün işaretlenmesi, tedavi sonrası tümörün çıkarılması gibi konularda da bilgi ve deneyim sahibi olmalıdır.

Meme cerrahisini uygulayacak olan cerrahın, hastaya uygulayacağı tedavinin kalitesini arttırması için meme radyolojisini çok iyi bilen ve tanı olanaklarına sahip bir radyoloji uzmanı ile birlikte çalışması gerekir.

Patoloji uzmanı

Meme patolojisi oldukça değişkenli ve özel bir çalışma alanıdır. Bu uzmanların meme sitolojisini de bilmeleri, ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) ve ameliyat sırasında touch imprint yapıldığı durumlarda sonucu cerraha hemen bildirmeleri gerekir. Patoloji uzmanının, meme kanseri konusunda yoğun deneyimi olan bir merkezde ihtisas yapması, kurslar ve toplantılarla kendini bu konuda sürekli yenilemesi ve cerraha yardımcı olması gerekir.

Meme kanseri patolojik tanısında farklı alanlarda ve farklı materyallerle çalışılmaktadır. Bunlar: İİAB, tru-cut (core) biyopsi, lumpektomide ve mastektomide cerrahi sınır tayini, sentinel lenf nodülü değerlendirilmesi, aksilladaki lenf nodüllerinin değerlendirilmesi, dondurulmuş kesit tanısı, parafin blok kesiti tanısı olabilir.

Başarılı bir cerrahi tedavi uygulanabilmesi için, ameliyat öncesi tanının İİAB veya ideal olarak tru-cut biyopsi ile önceden konulması gerekir. Ülkemizde Meme Hastalıkları Derneklerinin "Meme Kanseri Kayıt Programı'nda" mevcut olan yaklaşık 15.000 meme kanserli hastaya ait verilerin analizinde, hastaların yaklaşık %40'ında tanının eksizyonel biyopsi ile yapıldığı görülmektedir. Tanı için eksizyonel biyopsi yapılması, daha sonra yapılacak olan meme koruyucu cerrahiye güçleştirmekte ve memenin kozmetik görünüşünü bozmaktadır. Bu nedenle, cerrahi uzmanlarından eksizyonel biyopsi yerine tru-cut biyopsi ile tanı koymalarını arzu etmekteyiz.

Meme kanseri cerrahi tedavisinin yapıldığı kliniklerde, patoloji uzmanının ameliyathanede olması, çıkarılan materyalin anında patolojik tanısı, meme koruyucu cerrahide sınır tayini, sentinel lenf nodülünün intra-operatif değerlendirilmesi için zorunludur. Şayet klinikte patoloji uzmanı yok veya yeterli sayıda değil ise, meme koruyucu cerrahi ve sentinel lenf nodülünün frozen tanısı mümkün

olamaz. Bu durumda hastanın mevcut koşulları sağlayan bir merkeze gönderilmesi uygundur.

Meme kanserinin mültidisipliner tanı ve tedavisinde, medikal onkoloji, radyasyon onkolojisi, liyezon psikiyatrisi, nükleer tıp, moleküler biyoloji, genetik uzmanlıkları da son derece önemlidir. Bu uzmanlıkların, genel cerrahi uzmanının bulunduğu ortamda olması, haftalık toplantılar yaparak hastaların tanı, tedavi ve takiplerini gerçekleştirmeleri arzu edilen bir durumdur. Bu uzmanları bulunmayan kliniklerde, genel cerrahi uzmanı ve çekirdek kadroda bulunması gereken diğer radyoloji ve patoloji uzmanlarının meme kanseri konusunda bilgili ve deneyimli olması meme kanserli hastaların başarılı bir cerrahi tedavi görmelerini sağlar.

Sonuç olarak, meme kanseri cerrahi tedavisinin kalitesinin yükseltilmesi için, cerrahi uzmanlarının meme kanserinin tanısı ve cerrahi tedavisi konusunda bilgi ve deneyim sahibi olmaları, pratik uygulamalarında daha çok bu hastalarla ilgilenmeleri, meme kanserinin radyolojisi, patolojisi ve diğer tedavilerini bilmeleri, çalıştıkları ortamdaki tanı ve tedavi koşullarına göre hastalarının ideal tedavilerini yapmaları, ortam uygun olmadığı durumlarda hastaları bir üst merkeze sevk etmeleri gerekir.

Kaynaklar

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P, Global cancer statistics, 2002, CA Cancer J Clin, 2005;55(2):74-108. (PMID=15761078)
2. Fidaner C, Eser SY, Parkin DM, Incidence in Izmir in 1993-1994: first results from Izmir Cancer Registry, Eur J Cancer, 2001;37:83-92.
3. Tuncer M, Significance of cancer in Turkey, the burden of disease, and cancer control policies. In: Tuncer M (ed), Cancer Control in Turkey, Ankara, Onur Press, Health Ministry Publication, 2008;74:5-9.
4. Ozmen V, Breast cancer in the World and Turkey, J Breast Health, 2008;4:6-12. Available at: www.thejournalofbreasthealth.com
5. Ozmen V, Breast cancer screening and registration programs in Turkey. In: Tuncer M (ed), Cancer Control in Turkey, Ankara: Onur Press, Health Ministry Publication 2008;74:335-43.
6. Ozmen V. Türkiye'de Meme Kanseri. Edit Murat Tuncer. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Daire Başkanlığı, 2007.
7. Ozmen V. Breast cancer in the World and Turkey. The Journal of Breast Health 4:2-6, 2008 (http://www.thejournalofbreasthealth.com)
8. Ozmen V. Sağlık Bakanlığı Meme Kanseri erken Tanı ve Tarama Projeleri. Meme Sağlığı Dergisi. 3:2-3, 2007.
9. Anderson BO, Yip CH, Smith RA, Shyyan R, Sener SF, Eniu A, Carlson RW, Azavedo E, Harford J. Guidelines implementation for breast healthcare in Low-Income and Middle-Income countries Cancer 2008; 113(8 suppl): 2221-2243. (PMID=18816619)
10. Ozmen V, Karanlık H, Cabioglu N, Igci A, Kecer M, Asoglu O, Tuzlali S, Mudun A. Factors predicting the sentinel and non-sentinel lymph node metastases in breast cancer. Breast Cancer Res Treat. 2006 Jan;95(1):1-6. (PMID=16322900)
11. Thorat MA, Rangole A, Nadkarni MS, Parmar V, Badwe RA. Revision surgery for breast cancer: Single institution experience. Cancer 2008; 113(8 suppl): 2247-2252. (PMID= 18837027)
12. Karanlık H, Ozmen V, Asoglu O. Long-term results of breast consering surgery in Istanbul Medical Faculty The Breast Unit. The Journal of Breast Health 2006, 2:89-95.

İletişim

Vahit Özmen
E-posta : vozmen@istanbul.edu.tr