

ERKEN EVRE MEME KANSERİNDE SADECE MAVİ BOYA KLAVUZLUĞUNDA YAPILAN SENTİNEL LENF NODU BİYOPSİSİNİN YERİ: DR. LÜTFİ KIRDAR KARTAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ 3. CERRAHİ KLİNİĞİ'NİN GEÇERLİLİK ÇALIŞMASI

Mehmet Eser, Levent Kaptanoğlu, Hasan Ediz Sıkar, Hasan Fehmi Küçük, Cengiz Volkan Menteş, Fırat Tural, Hüseyin Uzun, Necmi Kurt
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi, İstanbul, Türkiye

Gönderilme Tarihi: 25 Nisan 2007 • Kabul Tarihi: 04 Ağustos 2007

ÖZET

AMAÇ: Sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) erken evre meme kanserinde aksiller lenf nodu diseksiyonuna (ALND) alternatif olarak kabul edilen minimal invaziv bir tekniktir. Bu prospektif çalışmada sadece mavi boya (Patent Blue Viole) kullanılarak erken evre meme kanserinde sentinel lenf nodu biyopsisinin geçerliliğini araştırmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM: Klinik olarak aksillası negatif olan ardışık 40 hasta çalışmaya alındı. Tüm hastalarda yaş, tanısız amaçlı biyopsi, preoperatif evre, SLN bulma süresi ve sayısı, SLN ve ALND'nun histopatolojik sonuçları, postoperatif evre, erken postoperatif komplikasyonlar tespit edildi. SLN saptama oranı, yanlış negatiflik ve tanısız kesinlik hesaplandı.

BULGULAR: Hastaların 38'inde (%95) ortalama 15 dakikada (aralık 5-25) SLN saptandı. Çıkarılan SLN ortalama sayısı 1 (aralık 1-4) idi. ALND ile ortalama 16 (aralık 9-30) lenf nodu çıkarıldı ve 19 hastada aksilla pozitifliği saptandı. Bu hastaların 1'inde (%5,3) SLN negatif ve serimizde yöntemin başarısız olduğu tek olgu buydu. Diğer 18 hastanın 7'sinde (%39) SLN haricinde çıkarılan diğer lenf nodlarında tümör tutulumu yoktu. SLN saptanabilen 38 hastanın 37'sinde SLN aksillanın metastatik durumunu doğru olarak yansıtıyordu ve tanısız kesinlik oranı %97 olarak hesaplandı.

En uzun takip edilen hasta 32 ay, en kısa takip edilen hasta 7 aydır. Hiçbir hastada nüks veya metastaz tespit edilmedi.

SONUÇ: Erken evre meme kanserinde, sadece mavi boya kullanarak yapılan SLNB'de, SLN'da metastaz saptanmazsa, kabul edilebilir bir yanlış negatiflik oranı da göze alarak ALND yapılmayabilir.

Anahtar sözcükler: sentinel lenf nodu biyopsisi, erken evre meme kanseri, patent mavi boya

THE IMPORTANCE OF SENTINEL LYMPH NODE BIOPSY IN EARLY INVASIVE BREAST CANCER: EXPERIENCE OF 3. GENERAL SURGERY DEPARTMENT IN LUTFI KIRDAR KARTAL EDUCATION AND RESEARCH HOSPITAL

ABSTRACT

AIM: Sentinel lymph node biopsy is a minimal invasive technique, which is an alternative for axillary dissection. In this prospective study we tried to evaluate accuracy of sentinel lymph node biopsy in early stage breast cancer, using only isosulphane blue solution.

MATERIAL and METHOD: 40 patients without axillary metastasis were included in our study. Age, diagnostic biopsies, preoperative stage, time and number of sentinel lymph node biopsies, histopathological evaluations, postoperative stage, early postoperative complications were evaluated.

RESULTS: Mean detection time for sentinel lymph nodes was 15 (5-25) minutes by 38 patients. Mean number for detected nodes was 1 (1-4). We found mean 16 (9-30) nodes with axillary dissections. 19 patients had axillary metastasis. Only a single patient showed negative sentinel lymph node result. By 37 patients we have shown that sentinel lymph node biopsy is a reliable method. We could not detect any recurrences or metastasis.

CONCLUSION: Sentinel lymph node biopsy is a reliable method in evaluation of axillary node status. Axillary dissections can be avoided through sentinel lymph nodes without metastasis.

Key words: sentinel lymph node biopsy, early stage breast cancer, isosulphane blue

Aksillanın tümör metastazı açısından durumu meme kanseri için en önemli prognostik faktördür. 1991 yılında yapılan Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün (National Institute of Health) Konsensus Konferansında, ameliyat olabilir meme kanserinin tedavisinde I. ve II. seviye ALND, standart olarak önerilmiştir (1). ALND'nun morbiditesinin fazlalığı ve erken evre meme kanserinde klinik olarak aksillası negatif olan hastalarda aksillanın %60-70 negatif çıkma olasılığı, günümüzde yerini daha az invaziv bir işlem

olan ve aksillanın durumunu yüksek olasılıkla (%95 gibi) doğru bir şekilde yansıtan SLNB ye bırakmaktadır. Sentinel lenf nodu (SLN), aksilladaki lenfatik akımı alan ilk lenf nodudur. Lenfatik metastazın önce SLN'na daha sonra diğer aksiller lenf nodlarına olduğuna inanılmaktadır. SLNB ile ilgili ilk çalışmalar penil kanserde Cabanas (2) tarafından yapıldı. 1992'de Morton ve arkadaşları (3) malign melanomada SLNB için mavi boya kullandılar. Alex ve Krag (4) başlangıçta hayvanlarda radyoaktif madde, gama el probu ve mavi

boya kullanarak SLN'nun lokalizasyonunu efektif olarak bulunabileceğini gösterdiler. Daha sonra da malign melanoma ve meme kanserinde de aynı çalışmayı tekrarladılar (5,6).

Sentinel lenf nodu (SLN) nun belirlenmesinde sadece mavi boya (İzosülfan mavisi, metilen mavisi, patent blue viole), sadece nükleer madde (Genellikle Tc-99) tek başına kullanılabileceği gibi iki yöntemin birleştirilmesinin başarıyı artırdığı genel kabul gören bir durumdur. Ancak bu yöntemin standart I. ve II. düzey ALND'nun yerine kullanılabilmesi için %90'nın üzerinde doğruluk ve %5'in altında yanlış negatiflik oranlarına ulaşılacak tecrübenin kazanılmış olması gerekmektedir (7).

Bu prospektif çalışmada sadece mavi boya (Patent Blue Viole) kullanılarak erken evre meme kanserinde sentinel lenf nodu biyopsisinin geçerliliğini araştırmayı amaçladık. Hastalarda bu girişim ile sentinel lenf nodunun saptama oranını, işlemin yanlış negatiflik ve tanısız kesinlik oranlarını hesapladık.

Gereç ve Yöntem

Hastanemiz etik kurulundan onay alındıktan sonra, Eylül 2004- Kasım 2006 tarihleri arasında 40 adet, klinik olarak erken evre (T1-T2 N0) hasta çalışmaya alındı. Çalışmada kullanılmak üzere 25 mg'lık flakon halinde ithal edilen Patent Blue Viole'nin asid tuzundan (Sigma Aldrich Chemie GmbH, Germany.) İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesinde, laboratuvar ortamında %1 oranında boya içeren 5'er mililitrelik steril ampuller hazırlatıldı.

Tüm hastalara tanı ve tedavi planlanması için fizik muayene (FM), mamografi, ultrasonografi yapıldı, 18 hastaya ek olarak manyetik rezonans mamografi (MR Mamografi) yapıldı. İki tanesi stereotaksik işaretleme eşliğinde olmak üzere 12 hastaya eksizyonel, 1 hastaya insizyonel, 12 hastaya İnce İğne Aspirasyon Biopsisi (İİAB), 13 hastaya tru-cut biyopsi ile tanı kondu.

Tüm ameliyatlar daha önce teorik ve pratik eğitim almış tek bir cerrahın aktif olarak katıldığı ekip tarafından gerçekleştirildi. Peroperatif her hastaya bir ampul mavi boya subareolar-subdermal olarak enjekte edildi. Daha önce üst dış kadrandan biyopsi geçirmiş olan hastalarda enjeksiyon, insizyon skarının laterale subdermal olarak uygulandı. Enjeksiyon işlemini takiben memeden aksilla-ya doğru nazik masaj uygulanarak lenfatik drenajın hızlanması amaçlandı. Dış kadrandan biyopsi geçiren ve insizyon laterale enjeksiyon yapılan hastalarda 5 dk sonra, subareolar enjeksiyon yapılanlarda enjeksiyon işlemi bitiminden 7 dk sonra koltukaltı kıl çizgisinin 1 cm altından, mastektomi planlanan hastalarda aksillada ikinci bir insizyon olmaması için mastektomi için planlanan kesinin lateral kenarından 2 cm'lik transvers cilt insizyonu yapıldı. Klavipektoral faysa geçilerek nazik manüplasyonlarla mavi boyalı kanalın perfore olmamasına özen gösterilerek, boyalı kanal ve sentinel lenf nodu arandı. Sentinel lenf nodu bulunup eksize edildikten sonra frozen section (FS) inceleme için patoloji kliniğine gönderildi ve planlanan ameliyat (Modifiye radikal mastektomi

veya lumpektomi + ALND) tamamlandıktan sonra piyesler histopatolojik incelemeye gönderildi.

Histopatolojik incelemede; intraoperatif olarak gönderilen sentinel lenf nodlarının makroskopik özellikleri tespit edildikten sonra lenf nodu uzun eksenine paralel ikiye bölündü. Yüzeylerden dokundurma (Touch imprint) preparatlar elde edildi. Bir yarısı parafin inceleme için ayrıldı. Diğer yarısı 3 mm'lik dilimlendikten sonra, elde edilen dilimlerin herbirinden touch imprint preparatlar hazırlandı. Ardından dilimlenmiş yarıya ait tüm örnekler dondurularak, herbirinden tek lam üzerine iki kesit alındı ve imprint preparatlarla birlikte ışık mikroskopunda incelendi. FS inceleme ardından kesidi alınan lenf bezlerinin herbiri ayrı bloklararak rutin takibe alındı. Her bir parafin bloktan tek lam üzerine alınan 3 ardışık kesitte metastaz varlığı değerlendirildi. Rutin kesitte metastaz saptanmayan örneklemelerden pansitokeratin immünohistokimyasal değerlendirmesi için bir kesit alındıktan sonra 25 mikron atlayarak ardışık 10 kesit daha alındı. Elde edilen seri kesitler sitokeratin immünohistokimyasal boyama ile birlikte değerlendirildikten sonra nihai karara varıldı. Hastaların yaşını, tümör lokalizasyonunu, tanı amaçlı yapılan biyopsileri, tümörün histopatolojik tipini, preoperatif ve postoperatif evreleri, SLN bulma süresini, SLN sayısını, FS değerlendirme sonuçlarını, ALND'nunun histopatolojik sonuçlarını, yapılan ameliyatın tipini, peroperatif ve postoperatif komplikasyonları kaydedildi. SLN saptama, yanlış negatiflik ve tanısız kesinlik oranlarını aşağıda açıkladığımız şekilde hesaplandı.

SLN Saptama oranı: Sentinel lenf nodu tespit edilebilen olgu sayısının çalışmaya alınan olgu sayısına oranı.

Yanlış negatiflik oranı: SLN da frozen section veya parafin incelemede metastaz saptanmayan ancak aksillanın geri kalanında metastaz saptanan olguların aksillasında metastaz saptanan tüm olgulara oranı.

Tanısız kesinlik oranı: Yanlış negatiflik olan olguların haricindeki SLN saptanan olguların tümünün, SLN saptanan olgulara oranı.

Bulgular

Tüm hastalarımız kadındı.

Ortanca yaş 53.4 (25-89) idi.

Tümör 26 hastada üst-dış kadranda (ÜDK), 1 hastada alt-dış kadranda (ADK), 8 hastada üst-iç kadranda (ÜİK), 3 hastada alt iç kadranda (AİK), 2 hastada retroareolar (RA) yerleşimli idi.

11 hasta klinik olarak T1NoMo, 29 hasta T2NoMo idi.

Ortanca SLN bulma süresi 15 (5-25) dakika idi. 30 dakikadan fazla aranmaya rağmen boyalı kanal veya boyalı lenf nodu saptanmayan iki hastada işlem başarısız kabul edilip, ALND'na geçildi. SLN saptanmayan bu iki hastadan birisinde, ALND esnasında boyamanın olduğu ancak tarafımızca bulunamadığı tespit edildi. Diğer hastada hiç boyanma olmamıştı. Çıkarılan SLN ortanca sayısı 1 (1-4) idi. 20 Hastada 1 SLN, 14 hastada 2 SLN, 2 hastada 3 SLN, 2 hastada 4 SLN bulundu. 16 hastaya Modifiye Radikal Mastektomi

Tablo 1. Olguların preoperatif ve postoperatif önemli özellikleri

No	Yaş	Preoperatif BX	PreopTm	YAPILAN	SN	SN	Frozen	Parafin	ALND	SLNB+ALND	Primer Tümör	Postop.	Postoperatif
		Biopsi	Boyutu	Operasyon	Bul süresi	Sayısı	Sonucu	Sonucu	Durumu	Sonucu	Histopatolojisi	Değerlendirme	Komplikasyon
1	47	Eksizyonel	T1	MKC	10 dk	3	+/-/-	+/-/-	3/14	4/17	İnvaziv Duktal+ İnsitu Lobuler	T1/N2/M0-E3A	Olmadı
2	34	Eksizyonel	T2	MKC		-			0/24	0/24	İnvaziv Duktal ca	T2/N0/M0-E2A	Olmadı
3	25	Eksizyonel	T2	MKC	14 dk	1	-	-	0/14	0/15	İnvazivDuktal (Meduller diff)	T2/N0/M0-E2A	Olmadı
4	56	Eksizyonel	T2	MKC	23 dk	1	-	-	0/8	0/9	İnvaziv Duktal ca	T2/N0/M0-E2A	Olmadı
5	40	İİAB	T2	MKC	17 dk	4	+/+/-/-	+/+/-/-	0/8	2/12	İnvaziv Duktal ca	T2/N1/M0-E2B	Olmadı
6	49	Eksizyonel	T2	MKC	20 dk	1	-	-	0/14	0/15	İnvaziv Duktal ca	T2/N1/M0-E2B	Olmadı
7	39	İİAB	T2	MKC	17 dk	2	-/-	-/-	2/10	2/12	İnvaziv Duktal ca	T2/N1/M0-E2B	Olmadı
8	45	Eksizyonel	T2	MKC	12 dk	2	-/-	-/(mm)	0/19	1/21	İnvaziv Duktal ca	T2/N1/M0-E2B	Olmadı
9	60	İİAB	T1	MKC	15 dk	1	-	+	0/12	1/13	Müsinöz ca	T1/N1/M0-E2A	Olmadı
10	57	Tru-cut	T1	MKC	12 dk	2	-/-	-/-	0/12	0/14	Meduller ca	T1/N0/M0-E1	Olmadı
11	62	İİAB	T1	MKC	15 dk	2	-/-	-/-	0/9	0/11	İnvaziv Duktal ca	T2/N1/M0-E2B	yara enfeksiyonu
12	40	Tru-cut	T2	MKC	13 dk	2	+/+	+/+	0/12	2/14	İnvaziv Duktal ca	T2/N1/M0-E2B	Olmadı
13	40	İİAB	T2	MKC	14 dk	1	-	-	0/14	0/15	İnvaziv Duktal ca	T2/N0/M0-E2A	Olmadı
14	50	İİAB	T2	MKC	10 dk	2	+/+	+/+	8/11	9/13	İnvaziv Duktal ca	T2/N2/M0-E3A	uzamış seröz drenaj
15	65	İİAB	T1	MKC	11 dk	1	-	-	0/16	0/17	İnvaziv Duktal ca	T1/N0/M0-E1A	Hematom
16	71	İİAB	T2	MRM	15 dk	1	+	+	10/15	11/16	İnvaziv Duktal ca	T2/N3/M0-E3B	Olmadı
17	40	Eksizyonel	T1	MKC	20 dk	1	-	-	0/18	0/19	İnvaziv Duktal ca	T1/N0/M0-E1A	Olmadı
18	41	Eksizyonel	T2	MKC	10 dk	2	-/-	-/-	0/12	0/13	İnvaziv Duktal ca	T2/N0/M0-E2A	Olmadı
19	38	İİAB	T2	MKC		-			0/12	0/12	İnvaziv Duktal ca	T2/N0/M0-E2A	Olmadı
20	48	Eksizyonel	T2	MKC	19 dk	1	+	+	2/18	3/19	İnvaziv Duktal ca	T2/N1/M0-E2B	Olmadı
21	71	Tru-cut	T2	MRM	16 dk	1	-	+(mm)	0/26	1/27	İnvaziv Duktal ca	T2/N1/M0-E2B	Olmadı
22	55	İİAB	T2	MRM	7 dk	1	+	+	6/17	7/18	İnvaziv Duktal ca	T2/N2/M0-E3A	Olmadı
23	78	İİAB	T2	MRM	5 dk	2	-/-	-/-	0/14	0/16	İnvaziv Duktal ca	T2/N0/M0-E2A	Olmadı
24	64	Eksizyonel	T2	MRM	8 dk	2	-/-	-/-	0/18	0/20	İnvaziv Duktal ca	T2/N0/M0-E2A	uzamış seröz drenaj
25	89	Tru-cut	T2	MRM	7 dk	2	-/-	-/-	0/10	0/12	İnvaziv Duktal ca	T2/N0/M0-E2A	Olmadı
26	46	İİAB	T2	MRM	17 dk	2	+/+	+/+	2/16	4/18	İnvaziv Duktal ca	T2/N2/M0-E3A	Olmadı
27	68	Eksizyonel	T2	MRM	25 dk	4	+/+/-/-	+/+/-/-	0/12	2/16	İnvaziv Duktal ca	T2/N1/M0-E2B	Olmadı
28	72	İİAB	T1	MRM	13 dk	3	-/-/-	-/-/-	0/7	0/10	Papiller ca	T1/N0/M0-E1	Olmadı
29	40	Tru-cut	T2	MRM	12 dk	1	+	+	7/29	8/30	İnvaziv Duktal ca	T2/N2/M0-E3A	uzamış seröz drenaj
30	42	Eksizyonel	T2	MRM	8 dk	1	-	-	0/21	0/22	İnvaziv Duktal ca	T2/N0/M0-E2A	Olmadı
31	57	Tru-cut	T2	MRM	11 dk	1	+	+	3/21	4/22	İnsitu Lobuler ca	T2/N1/M0-E2B	Olmadı
32	49	İnsizyonel	T2	MRM	20 dk	2	-/-	-/-	0/12	0/14	İnvaziv Duktal ca	T2/N0/M0-E2A	Olmadı
33	43	Tru-cut	T2	MRM	18 dk	1	+	+	2/15	3/16	İnvaziv Duktal ca	T2/N1/M0-E2B	Olmadı
34	54	İİAB	T2	MRM	7 dk	1	-	-	0/11	0/12	İnvaziv Duktal ca	T2/N0/M0-E2A	Olmadı
35	55	Tru-cut	T1	MKC	10 dk	1	+	+	1/12	2/13	İnvaziv Duktal ca	T1/N1/M0-E2A	Olmadı
36	57	Tru-cut	T1	MKC	9 dk	2	-/-	-/-	0/18	0/20	İnvaziv Duktal ca	T1/N0/M0-E1	Olmadı
37	61	Tru-cut	T2	MRM	10 dk	2	+/+	+/+(mm)	1/13	3/15	İnvaziv Duktal ca	T2/N1/M0-E2B	uzamış seröz drenaj
38	59	Tru-cut	T1	MKC	14 dk	1	-	-	0/12	0/13	İnvaziv Duktal ca	T1/N0/M0-E1	Olmadı
39	61	Tru-cut	T1	MKC	21 dk	1	-	-	0/14	0/15	İnvaziv Duktal ca	T1/N0/M0-E1	Olmadı
40	68	Tru-cut	T2	MKC	17 dk	1	+	+	0/13	1/14	İnvaziv Duktal ca	T2/N1/M0-E2B	Olmadı

MRM: Modifiye Radikal Mastektomi, MKC: Meme Koruyucu Cerrahi, mm: Mikrometastaz

(MRM), 24 hastaya lumpektomi + ALND (Meme korucu cerrahi) uygulandı. SLN ve ALND materyalinin histopatolojik incelemesinde; 19 hastada aksilla tutulumu saptandı (% 47.5). 7 hastada sadece SLN'de tutulum tespit edildi 7/19 (%36.8). Aksillanın total olarak değerlendirilmesinde; Ortanca çıkarılan lenf nodu sayısı 16 (9-30) idi. 4 hastada 1 lenf nodunda, 5 hastada 2 lenf nodunda, 3 hastada 3 lenf nodunda, 3 hastada 4 lenf nodunda, 1 hastada 7 lenf nodunda, 1 hastada 8 lenf nodunda, 1 hastada 9 lenf nodunda ve 1 hastada 11 lenf nodunda makro veya mikrometastaz saptandı. nSLN tutulumu 11 hastada mevcuttu 11/19 (%57.9). Bir hastada SLN olarak tespit edilen iki lenf nodunun FS ve Parafin incelemelerinde bu lenf nodlarında metastaz saptanmazken başka iki lenf nodunda metastaz tespit edildi. Bu hastada SLN'nun yanlış tespit edildiği kanaatine varıldı ve yanlış negatiflik oranı %5.3 olarak hesaplandı. SLN tespit edilen 38 hastanın 37'sinde SLN'nun metastatik durumu ile aksillanın tamamının metastatik durumunu uyumlu olarak tespit edildi. Tanısal kesinlik oranı %97 olarak hesaplandı.

Operasyon sonrası piyeslerin histopatolojik incelemesinde 34 hastada invaziv duktal karsinom, 1 hastada invaziv lobuler karsinom, 1 hastada invaziv duktal + lobuler (mixt tip) karsinom, 1 hastada medüller diferansiyasyon gösteren invaziv duktal karsinom, 1 hastada müsinöz karsinom, 1 hastada medüller karsinom saptandı. Patolojik evreleme 7 hastada T1N0M0, 2 hastada T1N1M0, 1 hastada T1N2M0, 13 hastada T2N0M0, 12 hastada T2N1M0, 4 hastada T2N2M0, 1 hastada T2N3M0 olarak tespit edildi.

Tartışma

Fizik muayenede koltukaltında ele gelen lenf nodu tespit edilmeden hastaların ALND sonrası patolojik olarak lenf nodu tutulumu olma olasılığı %30-40 olarak bildirilmektedir (8). Bizim serimizde ALND sonrası aksilla pozitifliği %47.5 olarak tespit edildi. FM'de titiz davranılmasına rağmen tespit edilen bu yükseklik olgu azlığına bağlandı.

Aksillanın tutulumu primer tümörün çapı ile de uyumlu olarak artmaktadır. Literatürde tümör çapı ile aksilla tutulumu arasındaki oranlar, palpe edilemeyen tümörlerde yaklaşık %10 (9), T1a'da %5'den az (10), T1 de %4.4-20.6, T2 de %7.1-51 (11,12) olarak bildirilmektedir. Biz de T1 vakalarımızda %30, T2 vakalarımızda %57 aksiller tutulum tespit ettik. Bizim serimizdeki aksilla tutulum oranındaki yükseklik ve tümör büyüklüğü ile olan oranların da literatüre göre yüksek tespit edilmesi olgu sayımızın azlığına bağlandı.

SLNB için mavi boyanın peritümoral, tümör iz düşümü olan cilde intradermal veya subkutan, subareolar subdermal veya intradermal olarak yapılabileceğini, bu teknik detayların çok farklı sonuçlar vermediğini belirten yayınlar olduğu gibi subareolar enjeksiyonun derin tümörlerde ve multisentrik tümörlerde daha avantajlı oldu-

ğunu bildiren yayınlar da vardır (13,14,15,16,17). Biz de çalışmamızda subareolar subdermal enjeksiyonu tercih ettik.

Literatürde sadece mavi boya kullanılarak lenf nodu saptama oranı %65-93 (18,19), lenfosinografi ve gamma el probu kullanılarak %94-98, yanlış negatiflik sadece mavi boya kullanımında %0-12, lenfosintigafi kullanılarak %2.3-4.7 olarak bildirilmektedir (20,21). 8059 hastayı içeren 69 çalışmanın irdelendiği bir meta-analizde SLN haritalama başarısı, incelenen çalışmaların %50'sinde %90'nın altında olmak üzere %41 ile %100 arasında yanlış negatiflik oranları ortalama %7.3 olmak üzere %0 ile %29 arasında tespit edilmiştir. Bu meta-analizde lenf nodu tutulumu %17 ile %74, ortalama % 42 olarak tespit edilmiştir (21). Biz de sadece mavi boya (Patent Blue Viole) kullanarak %95 SLN tespit etme başarısı, %5.3 yanlış negatiflik elde ettik.

Yayınlanmış serilerde, pozitif SLN oranı %27 ile %45 arasında değişmektedir (2,3,6,22). Bu serilerde sadece SLN tutulumu olan hasta oranı %49 ile %66 arasında bildirilmiştir. Bizim serimizde, pozitif SLN oranı %47.4, sadece SLN pozitifliği %36.8 idi.

nSLN pozitifliği: Sadece SLN'nda micrometastaz oranı % 34.2-44.3 micrometastazlı olguların da %7-17'sinde nSLN (+) liği bildirilmektedir (23,24,25). Bizim serimizde SLN de mikrometastaz oranı %7.9 olarak hesaplandı. SLN de mikrometastaz tespit edilen olguların %33'ünde nSLN de tutulum tespit edildi.

SLNB komplikasyonları arasında Aksiller enfeksiyon (%1), seroma (%7.1), aksiller hematoma (%1.4), anafaksi (%1), 6 haftadan fazla süren parestezi (%8.6), ekstremitelerde hareket kısıtlılığı (%3.8), 2 cm'den fazla lenfödem (%6.9) bildirilmiştir (26). ALND'nun ise %70'lere varan oranlarda parestezi, %33'lere varan oranlarda ağrı, %25'lere varan oranlarda zayıflık, %10'lara varan oranlarda kol ödemi ve %10'lara varan oranlarda omuz eklemi kısıtlılığı gibi komplikasyonları bildirilmektedir (27). Klinik olarak axillası negatif olan hastaların %60-70 oranında patolojik olarak da negatif olması bu hastalara gereksiz bir morbitide yüklemektedir (27).

Kendi çalışmamız gereği tüm hastalarımıza ALND uyguladık. Erken takip süresinde komplikasyon olarak; 4 adet uzamış seröz di-renej, 1 hastada hematoma ve diabeti olan 1 hastada da yara yeri enfeksiyonu tespit ettik. En uzun takip süremiz 33 ay, en kısa takip süremiz 7 aydır. Bu süre içinde lokal nüks veya sistemik yayılım tespit edilmedi.

Sonuç

Aksillanın palpasyonunda ele gelen lenf nodu saptanmayan erken evre invaziv meme kanserinde %5.3'lük yanlış negatiflik oranımızı da göz önüne alarak Aksiler Lenf Nodu Diseksiyonu yapmayabileceğimiz kanaatine vardık.

Kaynaklar

1. NIH consensus conference on the treatment of early breast cancer. JAMA 1991; 265:391-5.
2. Cabanas RM. An Approach for The Treatment of penil carcinoma. Cancer 1977; 39:456-66.
3. Morton DL, Wen DR, Wong JH et al. Technical details of intraoperative lymphatic mapping for early stage melanoma. Arch Surg 1992; 127:392-9.
4. Alex JL, Krag DN. Gamma probe guided localization of lymph nodes. Surg Oncol 1993; 2:137-43.
5. Alex JL, Weaver DL, Rankin BS, Krag DN. Gamma probe guided lymph node localization in malignant melanoma. Surg Oncol 1993; 2:303-8.
6. Krag DN, Weaver DL, Alex JL, Fairbank JT. Surgical resection and radiolocalization of the sentinel lymph node in breast cancer using a gamma probe. Surg Oncol 1993; 2:335-9.
7. McMasters KM, Wong SL, Chao C et al. University of Louisville Breast Cancer Study Group: Defining the optimal surgeon experience for breast cancer sentinel lymph node biopsy: a model for implementation of new surgical techniques. Ann Surg 2001; 234:292-300.
8. Fisher B, Redmund C, Fishr ER. Ten tears results of a randomized clinical trial comparing radikal mastectomy and total mastectomy with ot without radiation. New Eng J Med 1985; 312:674-81.
9. Cady B. New era in breast cancer. Surg Clin North Am 1997; 6:195-202
10. Silverstein MJ, Gamagami P, Masetti R, Legmann ND, Craig PH, Gierson ED. Management of mammographically detected breast cancer: Resuls from a multidisciplinary breast center. Surg Oncol Clin North Am 1997; 6:301-14.
11. Chan S.G.W, Ho G.H, Yeo AW.Y et al. Correlation between breast tumor size and level of axillary lymph node involvement. Asian J Surg 2005; 28:97-9.
12. Merson M, Feneroli P, Gianatti A, Virota G, Giuliano LG, Bonasegale A, Bambina S, Pericotti S, Guerra U, Tondini C. Sentinel node biopsy in the surgical management of breast cancer: experience in a general hospital with a dedicated surgical team. Breast 2004; 13:200-5.
13. Klimberg VS, Rubio IT, Henry R, Cowan C, Colvert M, Korourian S. Subareolar versus peritumoral injection for location of the sentinel lymph node. Ann Surg 1999; 229:860-4; discussion 864-5.
14. Smith LF, Cross MJ, Klimberg VS. Subareolar injection is a beter technique for sentinel lymph node biopsy. Am J Surg 2000; 180:434-8.
15. Celleries L, Mann GB. Alternative sites of injection for sentinel lymph node biopsy in breast cancer. ANZ J Surg 2003; 73:600-4.
16. Jastrzebski T, Kopacz A, Lass P. Comparison of peritumoral and subareolar injection of Tc 99m sulphur colloid and blue-dye for detection of the sentinel lymph node in breast cancer. Nucl Med Rev Cent East Eur 2002; 5:159-61.
17. Gray RJ, Pockaj BA. A concordance study of subareolar and subdermal injection for breast cancer sentinel lymph node mappig. Am J Surg 2004; 188:423-5.
18. Ozmen V, Muslumanoglu M, Cabioglu N et al. Sentinel lymph node biopsy in patient with invasive breast cancer. Is multifocality a contrindication to sentinel lymph node biopsy. Breast Cancer Research and Treatment 2002; 65:1-8.
19. Özmen V. Sentinel Lenf Nodülü Biopsisi (SLNB). Türkiye Klinikleri Cerrahi Dergisi 2002; 2:78-90.
20. Krag D, Weaver D, Ashikaga T, Moffad F, Klimberg V.S, Shriver C, Feldman S, Kunsminsky R, Gadd M, Khun J, Harlow S, Beitsch P. The Sentinel Node in Breast cancer a multicenter validation study. The N Eng J Med 1998; 339; 941-946.
21. Kim T, Giuliano AE, Lyman GH. Lymphatic mapping and sentinel lymphnode biopsy in early-stage breast carcinoma: a metaanalysis. Cancer 2006; 106:4-16.
22. Chung MA, Cady B. New lessons from the sentinel node. Surg Oncol Clin North Am 2001; 10:461-73.
23. Houvenaeghel G, Nos C, Mignotte H, Classe JM, Giard S, Rouanet P, Lorca FP, Jacquemier J, Bardou VJ. Micrometastases in sentinel lymph node in a multicentric study: predictive factors of nonsentinel lymph node involvement-Groupe des Chirurgiens de la Federation des Centres de Lutte Contre le Cancer. J Clin Oncol 2006; 24:1788-90.
24. Chu KU, Turner RR, Hansen NM, Brennan MB, Bilchik A, Giuliano AE. Do all patients with sentinel node metastasis from breast carcinoma need complete axillary node dissection? Ann Surg 1999; 229:536-41.
25. Veronesi U, Paganelli G, Viale G, Path FRC, Luini A, Zurrada S, Galimberti V, Intra M, Veronesi P, Robertson C, Maisonneuve P, Renne G, Cicco CD, Lucia FD, Gennari R. A randomized comparison of sentinel-node biopsy with routine axillary dissection in breast cancer. N Eng J Med 2003; 349:546-53.
26. Wilke LG; Mccal LM, Posther KE, Whitwoth PW, Reintgen DS, Leitch AM, Gabram SG, Lucci A, Cox CE, Hunt KK, Herndon JE 2nd, Giuliano AE. Surgical complication associated with sentinel lymph node biopsy : results from a prosrective international cooperative group trial. Ann Surg Oncol. 2006; 13:491-500. Epub 2006 Mar 2.
27. Werner RS, Mc Cormick, Petrec J et al. Arm edema in conservatively maneged breast cancer: Obesity is a major predictive factor. Radiology 1991; 180:177-84.

İletişim

Mehmet Eser
Tel : 0(216) 345 85 39
E-Posta : mehmeser@hotmail.com