

Bölüm 34

İYİ PROGNOZLU HİSTOLOJİYE SAHİP MEME KANSERLERİNDE TEDAVİ

Yalçın ÇIRAK¹

Meme kanserinde iyi prognozlu olmaları nedeniyle tedavi yaklaşımları farklılık gösteren histopatolojik tipler mevcuttur. Bunlar tübüler, müsinoz ve papiller meme kanserleridir. Medüller meme kanseri ise iyi prognozlu olmakla birlikte tedavi yaklaşımı invaziv duktal meme kanserinden farklı değildir. Bu iyi prognozlu histolojiye sahip meme kanserlerinin klinikopatolojik özelliklerini kısaca özetledikten sonra tedavi yaklaşımları güncel kılavuzlar eşliğinde bu bölümde anlatılacaktır.

TÜBÜLER MEME KANSERİ

İnvaziv meme kanserlerinin % 2'sinden azını oluşturur. Pür tübüler karsinomda, tümörün en az %90'ı tek katlı epitel hücreleri ile çevrili küçük yuvarlak ya da oval tübüler yapılardan oluşmuştur.⁽¹⁾ Tarama mamografisinde genelde belirsiz kenar özellikleri ve spiküle uzanımları olan kitleler olarak görünürler. Ultrasonografik olarak posterior akustik gölgenme gösteren hipoekoik lezyonlar olarak görünür.⁽²⁾ Pür ve mix tübüler karsinom olarak ikiye ayrılır. %90'dan fazla tübüler kompozisyona sahip, düşük nükleer grade ve düşük mitotik aktiviteye sahip tümörler pür tübüler kanserler olarak isimlendirilirler. Neredeyse daima iyi diferansiye, düşük proliferasyon indeksine sahip, hormon reseptörü pozitif ve HER2 negatiftir.⁽²⁾ Vakaların yaklaşık %10-%20'sinde multifokal tübüler karsinom bildirilmiştir. İnvaziv duktal karsinoma kıyasla daha ileri yaşlarda görülürler. Lenf nodu metastazı %4-17 sıklıkda bildirilmiştir. Prognozu invaziv duktal kanserlere göre oldukça iyidir. Genel sağkalım verileri lenf nodu metastazı olanlarda bile toplumdaki genel populyasyondan istatistiksel anlamlı farklılık göstermemektedir. Bir çalışmada axiller lenf nodu metastazı olan 64 hastada 5 yıllık hastaliksız sağkalım

1 Doç. Dr. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, yalcincrk@gmail.com

mektedir. Hormon reseptörü negatif sapatndığında ise, bu iyi prognozlu histolojilerde negatif olma ihtimalinin çok düşük olmasından dolayı, hormon reseptörleri durumunun tekrar değerlendirilmesini önermektedir. Eğer ikinci değerlendirmede de hormon reseptörleri negatif saptanır ise olağan meme kanseri histolojileri gibi tedavi edilmesi önerilmektedir.⁽²⁸⁾ ESMO güncel klavuzunda ise 2013 St Gallen konsensus sonuçlarına göre endokrin tedaviye cevaplı özel histolojik tipler (musinöz tübüler ve papailer kanserler) için lenf nodu metastazından ve tümör boyutundan bağımsız sadece endokrin tedavi önerilmektedir.⁽²⁹⁾

KAYNAKLAR

1. Makki J. Diversity of Breast Carcinoma: Histological Subtypes and Clinical Relevance. Clin Med Insights Pathol. 2015 Dec 21;8:23-31.
2. Yerushalmi R¹, Hayes MM, Gelmon KA. Breast carcinoma--rare types: review of the literature. Ann Oncol. 2009 Nov;20(11):1763-70.
3. Cabral AH, Recine M, Paramo JC et al. Tubular carcinoma of the breast: an institutional experience and review of the literature. Breast J 2003; 9(4): 298-301.
4. Diab SG, Clark GM, Osborne CK et al. Tumor characteristics and clinical outcome of tubular and mucinous breast carcinomas. J Clin Oncol 1999;17: 1442-1448.
5. Roux P, Knight S, Cohen M et al. Tubular and mucinous breast cancer: results of a cohort of 917 patients. Tumori. 2019 Feb;105(1):55-62
6. Lam WW, Chu WC, Tse GM, Ma TK. Sonographic appearance of mucinous carcinoma of the breast. AJR Am J Roentgenol. 2004 Apr;182(4):1069-74
7. Dieci MV, Orvieto E, Dominici M et al. Rare breast cancer subtypes: histological, molecular, and clinical peculiarities. Oncologist. 2014 Aug;19(8):805-13.
8. Di Saverio S, Gutierrez J, Avisar E. A retrospective review with longterm follow up of 11,400 cases of pure mucinous breast carcinoma. Breast Cancer ResTreat2008;111:541-547.
9. Ueng SH, Mezzetti T, Tavassoli FA. Papillary neoplasms of the breast: A review. Arch Pathol Lab Med 2009;133:893-907.
10. Li CI, Moe RE, Daling JR. Risk of mortality by histologic type of breast cancer among women aged 50 to 79 years. Arch Intern Med 2003;163:2149-2153.
11. Wynveen CA, Nehhozina T, Akram M et al. Intracystic papillary carcinoma of the breast: An insitu or invasive tumor? Results of immunohistochemical analysis.
12. Collins LC, Schnitt SJ. Papillary lesions of the breast: Selected diagnostic and management issues. Histopathology 2008;52:20-29.
13. Fisher ER, Palekar AS, Redmond C et al. Pathologic findings from the national surgical adjuvant breast project (protocol no. 4). VI. Invasive papillary cancer. Am J Clin Pathol 1980; 73(3): 313-322
14. Huober J1, Gelber S, Goldhirsch A, Prognosis of medullary breast cancer: analysis of 13 International Breast Cancer Study Group (IBCSG) trials. Ann Oncol. 2012 Nov;23(11):2843-51
15. Ridolfi RL, Rosen PP, Port A, et al. Medullary carcinoma of the breast: a clinicopathologic study with 10 year follow-up. Cancer. 1977;40:1365-1385
16. Armes JE1, Venter DJ. The pathology of inherited breast cancer. Pathology. 2002 Aug;34(4):309-14.
17. Foschini MP, Eusebi V. Rare (new) entities of the breast and medullary carcinoma. Pathology. 2009;41:48-56.
18. Bertucci F, Finetti P, Cervera N, et al. Gene expression profiling shows medullary breast cancer is a subgroup of basal breast cancers. Cancer Res. 2006;66:4636-4644.

19. Vu-Nishino H, Tavassoli FA, Ahrens WA, Haffty BG. Clinicopathologic features and long-term outcome of patients with medullary breast carcinoma managed with breast-conserving therapy (BCT). *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2005; 62(4): 1040–1047.
20. Thurman SA, Schnitt SJ, Connolly JL et al. Outcome after breast-conserving therapy for patients with stage I or II mucinous, medullary, or tubular breast carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004; 59(1): 152–15.
21. Deiode M, Sagan C, Campion L, et al. Pure tubular carcinoma of the breast and sentinel lymph node biopsy: a retrospective multi-institutional study of 234 cases. *Eur J Surg Oncol* 2013; 39: 248–254.
22. Javid SH, Smith BL, Mayer E, et al. Tubular carcinoma of the breast: results of a large contemporary series. *Am J Surg* 2009; 197: 674–677.
23. Barkley CR, Ligibel JA, Wong JS, et al. Mucinous breast carcinoma: a large contemporary series. *Am J Surg* 2008; 196: 549–551.
24. Lim M, Bello J, Gelman R, et al. A prospective study of conservative surgery without radiation therapy in select patients with stage I breast cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2006;65:1149-1154.
25. Fisher B, Bryant J, Dignam JJ, et al. Tamoxifen, radiation therapy, or both for prevention of ipsilateral breast tumor recurrence after lumpectomy in women with invasive breast cancers of one centimeter or less. *J Clin Oncol*. 2002; 20: 4141-4149.
26. Chen JX, Zhang WW, Dong Y et al. The effects of postoperative radiotherapy on survival outcomes in patients under 65 with estrogen receptor positive tubular breast carcinoma. *Radiat Oncol*. 2018 Nov 20;13(1):226. doi: 10.1186/s13014-018-1177-9.
27. Rosen PP, Groshen S, Kinne DW et al. Factors influencing prognosis in node-negative breast carcinoma: analysis of 767 T1N0M0/T2N0M0 patients with long-term follow-up. *J Clin Oncol*. 1993 Nov;11(11):2090-100.
28. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. NCCN Guidelines, Breast Cancer v1.2019. Available at http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf
29. ESMO Clinical Practice Guidelines, early breast cancer 2019, <http://www.esmo.org/Guidelines/Breast-Cancer>