

GEBELİKTE MEME KANSERİNDE CERRAHİ ZAMANLAMASI VE YÖNTEMLERİ

28. BÖLÜM

Serap ULUSOY¹

GİRİŞ

Gebelikte meme kanseri (GMK), gebelik sırasında, gebelikten sonraki bir yıl içinde veya emzirme döneminde herhangi bir zamanda tanısı konan meme kanseri olarak tanımlanır.(1)

GMK insidansı, 10.000 doğumda 1,3- 3,7'dir. GMK insidansı artmakla beraber bu artış genel popülasyondaki çocuk doğurma yaşının artmasından kaynaklanmaktadır.(2) Ayrıca meme kanserinin doğurganlık çağındaki genç kadınlarda daha sık görülmeye başlaması da GMK görülme olasılığını arttırmaktadır.

GMK'nde etkilenmiş kadın grubu genellikle daha genç olduğu için, GMK hastaları yüksek dereceli tümörlere sahip olma ve lenfovasküler invazyon gösterme eğilimindedir. (3,4) Ayrıca daha düşük pozitif hormon reseptör durumu insidansına sahiptirler.(5) Buna rağmen, son yıllarda bu hastalar için sonuçların tümör özellikleri ve evresi açısından eşleştirildiğinde gebe olmayan hastalar ile benzer olabileceği gösterilmiştir.(6,7) GMK en iyi onkolojik ve obstetrik sonuçların elde edilebilmesi için özel yaklaşımlar gerektirir. Bu hastalarda amaç gebe olmayan hastalardaki onkolojik sonuçlara ulaşmak ve bu süreçte fetüse zarar vermemektir.(8)

Kanser tanısı konulduktan sonra hasta, onkologların yanı sıra obstetri uzmanları ve neonatologlar dahil olmak üzere multidisipliner bir klinik ekip tarafından değerlendirilmelidir. Karar alma sürecine hasta, varsa hastanın eşi ve yakınları da dahil edilmelidir. GMK 'nde tedavi kararı verilirken her hasta için özelleşmiş tedaviler planlanmalıdır.(9)

¹ Uzm. Dr., Ankara Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi serapulusoy13@gmail.com

(26) Gebelik ve laktasyon sırasında meydana gelen fizyolojik değişiklikler nedeni ile meme şekli ve simetrisiyle ilgili sorunlar, en iyi emzirme sonrası dönemde değerlendirilir. Bununla birlikte, bu hastalar arasında erken rekonstrüksiyonun güvenliğini gösteren küçük çalışmalar vardır. (27,28)

PLASENTAL METASTAZ

Plasental metastaz nadirdir ancak kötü maternal prognozu gösterir. Her durumda doğumdan sonra patolojik değerlendirme yapılması önerilir. (29)

SONUÇ

GMK insidansı artmaktadır. GMK'nde kabul edilebilir onkolojik sonuçlar elde edilip, fetüsün korunması esastır. Uygulanacak cerrahi şekli gebelik dönemine göre farklılıklar gösterebilir. Mastektomi ve aksiller diseksiyon her dönemde güvenle yapılabilir. Radyoterapinin doğum sonrasına bırakılabileceği ikinci ve üçüncü trimesterde meme koruyucu cerrahi yapılabilir. GMK de multidisipliner, hastanın dahil edildiği, her hasta için özelleşmiş tedavi planları yapılmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Petrek JA, Dukoff R, Rogatko A. Prognosis of pregnancy-associated breast cancer. *Cancer* 1991;67:869-72 doi: 10.1002/1097-0142(19910215)67:4<869::aid-cnrcr2820670402>3.0.co;2-q.
2. Shachar SS, Gallagher K, McGuire K, et al. Multidisciplinary management of breast cancer during pregnancy. *Oncologist* 2017;22:324-334 doi: 10.1634/theoncologist.2016-0208
3. Bell RJ, Fradkin P, Parathithasan N, et al. Pregnancy-associated breast cancer and pregnancy following treatment for breast cancer, in a cohort of women from Victoria, Australia, with a first diagnosis of invasive breast cancer. *Breast* 2013;22:9805 doi:10.1016/j.breast.2013.05.013.
4. Córdoba O, Llubra E, Saura C, et al. Multidisciplinary approach to breast cancer diagnosed during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. *Breast* 2013;22:5159 doi:10.1016/j.breast.2012.10.005.
5. Genin AS, Lesieur B, Gligorov J, et al. Pregnancy-associated breast cancers: do they differ from other breast cancers in young women? *Breast* 2012 ;21:550-5 doi: 10.1016/j.breast.2012.05.002.
6. Johansson ALV, Andersson TM, Hsieh CC, et al. Tumor characteristics and prognosis in women with pregnancy-associated breast cancer. *Int J Cancer*.2018;142:1343-1354 doi: 10.1002/ijc.31174.
7. Hartman EK, Eslick GD. The prognosis of women diagnosed with breast cancer before, during and after pregnancy: a meta-analysis. *Breast Cancer Res Treat.* 2016;160:347-360 doi: 10.1007/s10549-016-3989-3.
8. Özmen V.(2012) Meme hastalıkları dernekleri federasyonu, Meme hastalıkları kitabı,(1. baskı) Ankara, Güneş Tıp Kitapevleri
9. F A Peccatori, H A Azim Jr, R Orecchia, ESMO Guidelines Working Group. Cancer, pregnancy and fertility: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2013;24 Suppl 6:vi160-70 doi: 10.1093/annonc/mdt199.
10. Moran BJ, Yano H, Al Zahir N, et al. Conflicting priorities in surgical intervention for cancer in pregnancy. *Lancet Oncol* 2007 ;8:536-44 doi: 10.1016/S1470-2045(07)70171-7.

11. Cheek TG, Baird E. Anesthesia for nonobstetric surgery: maternal and fetal considerations. *Clin Obstet Gynecol* 2009 ;52:535-45.doi: 10.1097/GRF.0b013e3181c11f60.
12. Committee Opinion No. 696: Nonobstetric Surgery During Pregnancy .*Obstet Gynecol* 2017;129:777-778 doi: 10.1097/AOG.0000000000002014.
13. Shachar SS, Gallagher K, McGuire K, et al. Multidisciplinary Management of Breast Cancer During Pregnancy. *Oncologist* 2017;22:324-334 doi: 10.1634/theoncologist.2016-0208.
14. Keyser EA, Staat BC, Fausett MB, et al. Pregnancy-Associated Breast Cancer. *Rev Obstet Gynecol.* 2012;5: 94–99
15. National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice in Oncology Guidelines Breast Cancer Version 5.2020, sayfa 83
16. Carmichael H, Matsen C, Freer P, et al. Breast cancer screening of pregnant and breastfeeding women with BRCA mutations. *Breast Cancer Res Treat* 2017;162:225–230. doi: 10.1007/s10549-017-4122-y.
17. Vashi R, Hooley R, Butler R, et al. Breast imaging of the pregnant and lactating patient: imaging modalities and pregnancy-associated breast cancer. *AJR Am J Roentgenol* 2013;200:321–328. doi:10.2214/ajr.12.9814.
18. Han SN, Amant F, Cardonick EH, et al. Axillary staging for breast cancer during pregnancy: feasibility and safety of sentinel lymph node biopsy. *Breast Cancer Res Treat* 2018;168:551–557. doi: 10.1007/s10549-017-4611-z.
19. Shlensky V, Hallmeyer S, Juarez L, et al. Management of breast cancer during pregnancy: Are we compliant with current guidelines? *AJP Rep* 2017;7:e39–e43 doi: 10.1055/s-0037-1599133.
20. Spanheimer PM, Graham MM, Sugg SL, et al. Measurement of uterine radiation exposure from lymphoscintigraphy indicates safety of sentinel lymph node biopsy during pregnancy. *Ann Surg Oncol* 2009;16:1143–1147 doi: 10.1245/s10434-009-0390-z.
21. Pandit-Taskar N, Dauer LT, Montgomery L, et al. Organ and fetal absorbed dose estimates from 99mTc-sulfur colloid lymphoscintigraphy and sentinel node localization in breast cancer patients. *J Nucl Med* 2006;47:1202–1208.
22. Gentilini O, Cremonesi M, Toesca A, et al. Sentinel lymph node biopsy in pregnant patients with breast cancer. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2010;37:78–83 doi: 10.1007/s00259-009-1217-7.
23. Gropper AB, Calvillo KZ, Dominici L, et al. Sentinel lymph node biopsy in pregnant women with breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2014;21:2506–2511 doi: 10.1245/s10434-014-3718-2.
24. Morita ET, Chang J, Leong SP. Principles and controversies in lymphoscintigraphy with emphasis on breast cancer. *Surg Clin North Am* 2000;80:1721-39 doi: 10.1016/s0039-6109(05)70257-7.
25. Keleher A, Wendt R 3rd, Delpassand E et al. The safety of lymphatic mapping in pregnant breast cancer patients using Tc-99m sulfur colloid. *Breast J* 2004;10 :492-5 doi: 10.1111/j.1075-122X.2004.21503.x.
26. Keleher AJ, Theriault RL, Gwyn KM, et al. Multidisciplinary management of breast cancer concurrent with pregnancy. *J Am Coll Surg* 2002;194:54-64 doi: 10.1016/s1072-7515(01)01105-x.
27. Caragacianu DL, Mayer EL, Chun YS, et al. Immediate breast reconstruction following mastectomy in pregnant women with breast cancer. *J Surg Oncol* 2016;114:140–143 doi: 10.1002/jso.24308.
28. Lohsiriwat V, Peccatori FA, Martella S, et al. Immediate breast reconstruction with expander in pregnant breast cancer patients. *Breast* 2013;22:657-60 doi: 10.1016/j.breast.2013.06.005.
29. Padmagirison R, Gajjar K, Spencer C. Management of breast cancer during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2010;12:186-92.