

Bölüm 12

YÜKSEK RİSKLİ MEME LEZYONLARININ PATOLOJİSİ VE YÖNETİMİ

Ayla YILMAZ¹

GİRİŞ

Meme kanseri dünyada kadınlarda en sık görülen kanser türüdür. Kanserden ölüm nedenlerinde ise akciğer kanserinden sonra ikinci sıradadır.

Kadın kanserlerinin %32'sini oluşturur. Kanser ile ilişkili ölümlerin ise %19'unu oluşturmaktadır.

Günümüzde meme kanserinin erken tanısı amacıyla tarama programları yaygın kullanılmaktadır. Mamografi, meme ultrasonografisi manyetik rezonans görüntüleme gibi radyolojik görüntüleme metotlarının yaygın kullanılması sonucu meme lezyonlarının erken tanısı mümkün olmaktadır. Sonuçta gideren artan sıklıkta görüntüleme eşliğinde biyopsi uygulamaları ile şüpheli lezyonlardan biyopsi (kor biyopsi, vakum yardımcı biyopsi, ince iğne aspirasyon biyopsisi...vs) ile doku örneği alınarak patolojik tanı koyulabilmektedir. Cerrah için önemli olan meme kanserini dışlamak için hangi lezyonlara cerrahi eksizyon gerektiğine karar vermektir. Görüntüleme yöntemleri ile tespit edilen durumun alınan patoloji sonucuyla ve klinik muayene bulguları ile uyumlu olup olmadığını belirlemek en kritik ve ileri ve geri feed back mekanizmasıyla sürekli kontrolü gerektiren en temel multidisipliner yaklaşım olmalıdır. Çoğu kez benign kabul edilen bir lezyonun yanında ilerde kansere dönüşebilecek değişiklikler tesadüfen saptanmaktadır. İlerde kansere dönüşme potansiyeline sahip meme lezyonları yüksek riskli meme lezyonları olarak tanımlanmaktadır. Bu bölümde bahsedilen tanım içinde kalan Atipik lobuler hiperplazi (ALH), Atipik duktal hiperplazi (ADH), lobuler karsinoma insitu(LKİS) ve duktal karsinoma insitu(DKİS)' nun patolojisi ve yönetiminden bahsedilecektir.

¹ Genel Cerrahi Uzmanı, Sağlık Bilimleri Üniversitesi – Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi, keceli.ayla61@gmail.com

- 1-Lumpektomi+Radyoterapi
- 3- Total mastektomi+rekonstrüksiyon
- 4- Sadece lumpektomi ve gözlem

Atipik Duktal Hiperplazide(ADH) eksizyonel biyopsi yapılmalı ve tanı kesinleştikten sonra ayrıntılı değerlendirme sonucu tedavi protokolüne karar verilmelidir.Patoloji sonucu radyal skar, papiller lezyon, kolumnar hücreli lezyon ve LN gelenlerde literatürde eksizyonel biyopsiyi önerenler olsa da multidisipliner yaklaşım ve risk faktörlerinin birlikte değerlendirilip yakın takip önerisi öne geçmiştir(27,28).

SONUÇ

Yüksek riskli meme lezyonlarının tanınması ve proaktif yönetimi, invaziv hastalığa ilerlemeyi önlemeye yardımcı olur ve bu nedenle meme kanseri insidansını, morbiditesini ve mortalitesini azaltabilir. Yüksek riskli meme lezyonları klinik, morfolojik ve biyolojik olarak heterojendir. Artan meme kanseri riski ile ilişkilidir. Bu durum bazen gereksiz olabilecek girişimlere de yol açabilir. Bilimsel ve teknolojik ilerlemelere rağmen invaziv forma ilerleyecek olan yüksek riskli meme lezyonlarına sahip kişileri belirleyebilecek parametreler halen yoktur. Bu amaçla çalışmalar devam etmekte ve buna bağlı olarak ta yönetim stratejileri sürekli yenilenmektedir. Temel prensip klinik bulgular, radyolojik bulgular ve patolojik bulguların uyumlu olup olmadığının belirlenmesi, yönetimine multidisipliner yaklaşımla karar verilmesi ve hastanın ayrıntılı bilgilendirilmesi olarak görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: yüksek riskli meme lezyonları, meme kanseri, patoloji

KAYNAKÇA

1. Schwartz S.I.(2016).Schwartz Cerrahinin ilkeleri. (M. Mahir Özmen, Çev. Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri,10.baskı. ,467-564
2. Dizbay, Sak, S.(2011). Meme kanseri patolojisi. Süha Aydın, Taner Akçalı (Eds), Tüm yönleriyle meme kanseri içinde (s. 189-213). Adana: Nobel Kitabevi
3. Schwartz S.I.(1994). Schwartz's Principles of Surgery.(6. Edit). New York: Mc Graw-Hill
4. Dupont W.D., Page D.L. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. N Engl J Med.1985;312: 146-151
5. Dupont W.D., Parl F.F., Hartman W.H.,et al. Breast cancer risk associated with proliferative breast disease and atypical hyperplasia. Cancer 1993 71: 1258-1265
6. Dupont W.D. Page D.L., Parl F.F.,et al. Long term risk of breast cancer in women with fibroadenoma. N Engl j Med 1994; 331: 10-15
7. Kabat G.C., Jones J.G., Olson N., et al. A multicenter prospective cohort study of benign breast disease and risk of subsequent breast cancer. Cancer Causes Control 2010; 21: 499-507
8. Monfrin E., Mariotto R., Remo A.,et al. Benign breast lesions at risk of developing cancer. A challenging problem in breast cancer screening programs: five years' experience of the breast cancer screening problem in Verona (1999-2004). Cancer. 2009, 115(3): 499-507

9. Güllüoğlu B. M. (2011). Meme kanserinde kliniklerarası iletişim (İdeal Meme Merkezi). Süha Aydın, Tamer Akça (eds.), Tüm Yönleriyle Meme Kanseri İçinde (s. 49-69)
10. Page D.L., Dupont W.D. Anatomic markers of human premalignancy and risk of breast cancer. *Cancer*. 1990;66:1326-1335
11. Georgian-Smith D., Lawton T.J. Calcifications of lobular carcinoma insitu of the breast : radiologic-pathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol*. 2001;176(5):1255-1259
12. Berg WA., Mrose H.E., Ioffe O.B. Atypical lobular hyperplasia or lobular carcinoma in situ at core-needle breast biopsy. *Radiology*. 2001;218(2):503-509
13. Güllüoğlu B.M.(2011).Risk faktörleri. Süha Aydın, Tamer Akça(eds.), Tüm yönleriyle meme kanseri içinde(s.34-46) Adana: Nobel Kitabevi
14. Hussain M., Cunnick G.H. Management of lobular carcinoma in-situ and atypical lobular hyperplasia of the breast—a review. *Eur J Surg Oncol* 2011;37(4):279-289
15. Collins L.C., Baer H.J., Tamimi R.M., et al. Magnitude and laterality of breast cancer risk according to histologic type of atypical hyperplasia: results from the Nurses' Health Study. *Cancer*. 2007; 109: 180-187
16. Calhoun B.C., Collie A.M., Lott-Kimbach A.A., et al. Lobular neoplasia diagnosed on breast Core biopsy: frequency of carcinoma on excision and implications for management. *Ann Diagn Pathol*, 2016 25:20-25
17. Dixon J.M., Anderson T.J., Page D.L. Infiltrating lobular carcinoma of the breast. *Histopathology*, 1982;6(2):149-161
18. Rosen PP., Rosen's Breast Pathology. 2nd. 2001. Lobular carcinoma in situ and atypical lobular hyperplasia; 581-618
19. O'Driscoll D., Britton P., Bobrow L., et al. Lobular carcinoma in situ on core biopsy: surgical biopsy findings. *AJR Am Roentgenol*. 1999 Aug;173(2): 291-299
20. Foster M.C., Helvie M.A., Gregory NE., Rebner M., Nees A. V., Paramagul C. Lobular carcinoma in situ or atypical lobular hyperplasia at core-needle biopsy: is excisional biopsy necessary? *Radiology*. 2004 Jun;231(23):813-819
21. Arpino G., Allred D.C., Mohsin S.K., et al. Lobular neoplasia on core needle biopsy-clinical significance. *Cancer*. 2004 Jul 15;101(2):242-250
22. Hwang H., Barke L.D., Mendelson E.B., et al. Atypical lobular hyperplasia and classic lobular carcinoma in situ in core biopsy specimens: routine excision is not necessary. *Mod Pathol*. 2008 Oct;21(10):1208-1216
23. Atkins K.A., Cohen M.A., Nicholson B., Rao S. Atypical lobular hyperplasia and lobular carcinoma in situ at core biopsy breast biopsy: use of careful radiologic-pathologic correlation to recommend excision or observation. *Radiology*. 2013 Nov;269(2):340-347
24. Zhao C., Desoiki M.M., Florea A., et al. Pathologic findings of follow-up surgical excision for lobular neoplasia on breast core biopsy performed for calcification. *Am J Clin Pathol*. 2012 Jul;138(1):72-78
25. Nachlis F., Gilmore L. Tari A. The incidence of adjacent synchronous invasive carcinoma and/or ductal carcinoma in situ in patients with lobular neoplasia on core biopsy: Results from a prospective Multi-Institutional Registry *Ann Surg Oncol*, 2016 23(3): 722-728.
26. Jorns J., Sabel M.S., Pang J.C. Lobular neoplasia: morphology and management. *Arch Pathol Lab Med* 2014; 138(10):1344-1349
27. NCCN(2019). National Comprehensive Cancer Network 2019. NCCN Guidelines for Breast Cancer Risk Reduction Version 3.2019 dan ulaşılmıştır.
28. NCCN(2019). National Comprehensive Cancer Network 2019. NCCN Guidelines for Breast Cancer Screening and Diagnosis Version 1.2019 (https://www2.tri-kobe.org/nccn/guideline/breast/english/breast_risk.pdf dan ulaşılmıştır.)
29. Zhao C., Raza A., Martin S.E., et al. Breast fine-needle aspiration samples reported as "proliferative breast lesion": clinical utility of the subcategory "proliferative lesion with atypia" *Cancer (Cancer Cytopathol)* 2009;117:137-147

30. Rosai J. Borderline epithelial lesions of the breast. *Am J Surg Pathol.* 1991;15(3):209-221
31. Murray M. Pathologic high risk lesions, diagnosis and management. *Clin Obstet Gynecol.* 2016; 59(4): 727-732
32. Woganer M.J.,Laronga C., Acs G. Extent and histologic pattern of atypical ductal hyperplasia present on core needle biopsy specimens of the breast can predict ductal carcinoma in situ in subsequent excision. *Am J Clin Pathol* 2009; 131(1):112-121
33. Pinder S.E. Ductal carcinoma in situ(DCIS):pathological features, differential diagnosis, prognostic factors and specimen evaluation. *Modern Pathology.*2010; 23:8-13
34. Bellamy C.O., McDonald C. Salter D.M., et al. Noninvasive ductal carcinoma of the breast: the relevance of histologic categorization. *Hum Pathol* 1993;24:16-23
35. Consensus Conference on the classification of ductal carcinoma insitu. The consensus Conference Committee. *Cancer* 1997;80(9):1798-1802
36. Quinn C.M., Otrowski J.L. Cytological and architectural heterogeneity in ductal carcinoma in situ of the breast. *J Clin Pathol* 1997;50:596-599
37. Karabulut Gül Ş., Oruç A.F., Mayadağlı A. Duktal Karsinoma In Situ *J Kartal TR* 2013;24(2):130-135
38. Pathology Reporting of breast Disease, NHS BSP Publication No 58. Sheffield. January 2005 (<http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/nhsbsp58.html>).
39. Silverstein M.J.,Poller D.N., Waisman J.R.,etal. Prognostic classification of breast ductal carcinoma-in-situ. *Lancet* 1995;345:1154-1157
40. Lester S.C., Bose S., Chen Y-Y, et al.,fort he members of the Cancer Committee, College of American Pathologists. Protocolfor the examination of specimens from patients with ductal carcinoma in situ of the breast. *Arch Pathol Lab Med* 2009;133:15-25
41. Virnig B.A., Tuttle T.M., Shamliyan T. Ductal carcinoma in situ of the breast: a systematic review of incidance,treatment, andoutcomes. *J Natl Cancer Inst* 2010;102(3):170-178
42. Davis K.L., Barth R.J Jr., Gui J., et al. Use of MRI in preoperative planning for women with newly diagnosed DCIS: risk or benefit? *Ann Surg Oncol.* 2012;19(10):3270-3274