

AMD

ocak 2015

onkoplastik cerrahi

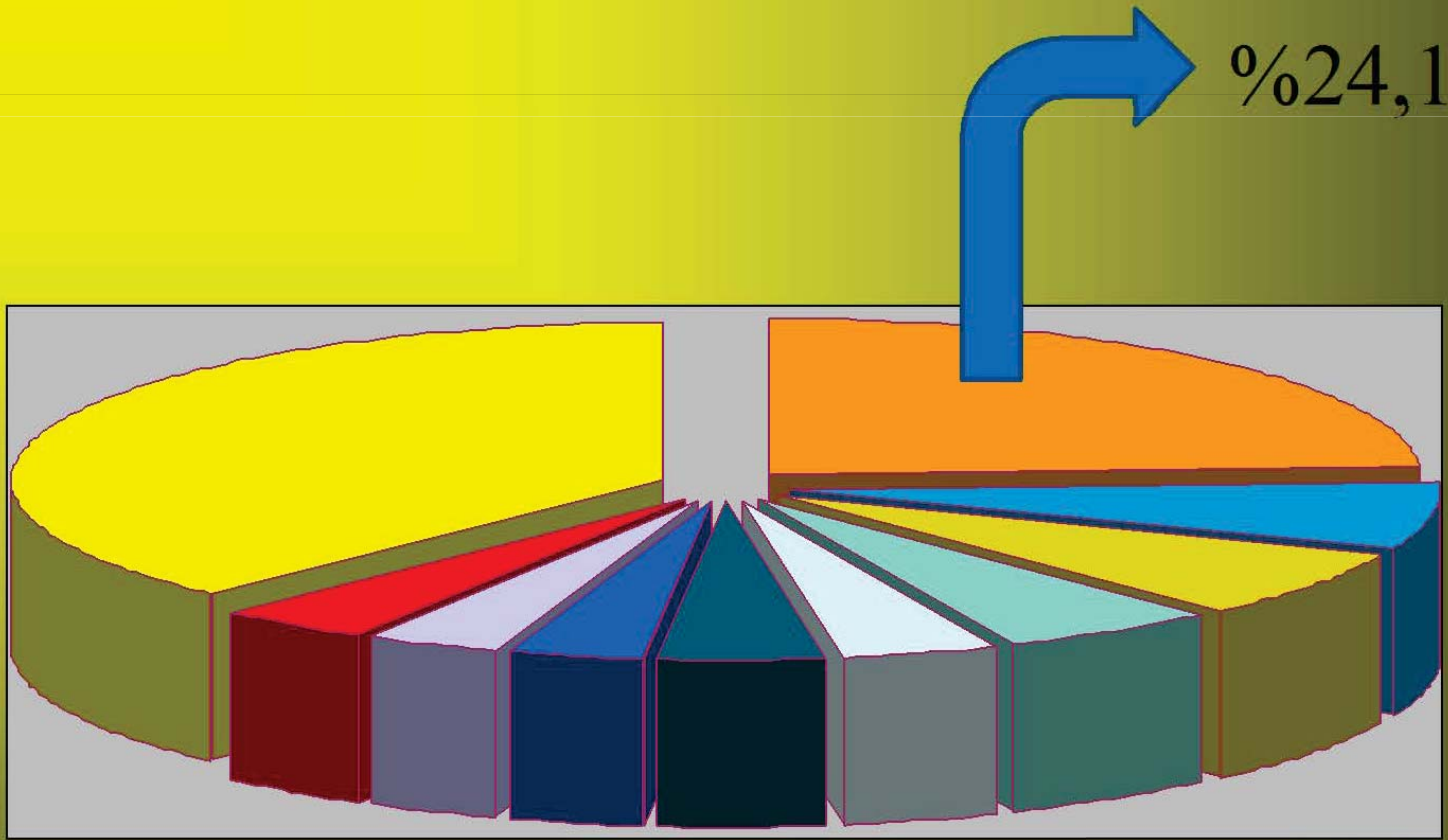
risk azaltıcı cerrahi

Meme kanseri gelişme riski
yüksek olan kadınlarda

Kanser riskinin azaltılması

Dr.Bülent Alıç
Ankara Univ.Tıp Fakultesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Meme & Endokrin Cerrahi Ünitesi

- Kadın kanserleri insidansında açık ara ilk
- Her yıl dünyada 1.5 milyon yeni tanı
- Oran 2030 larda tahminen x 2

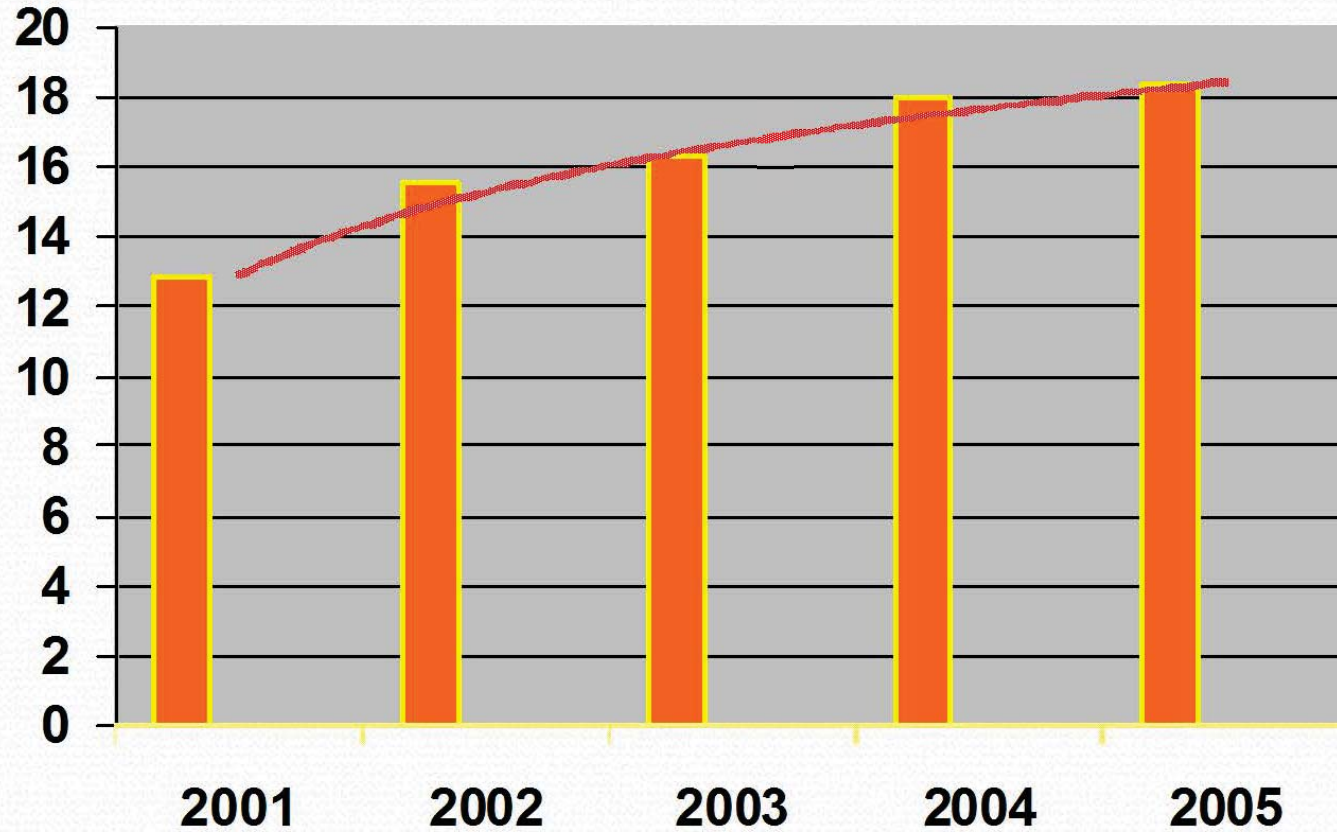


- meme
- mide
- deri
- over
- akciğer
- kolon
- serviks
- beyin
- rektum
- diğer

TÜRKİYE'DE KADINLARDA EN ÇOK GÖRÜLEN ON KANSER TÜRÜ, 1999

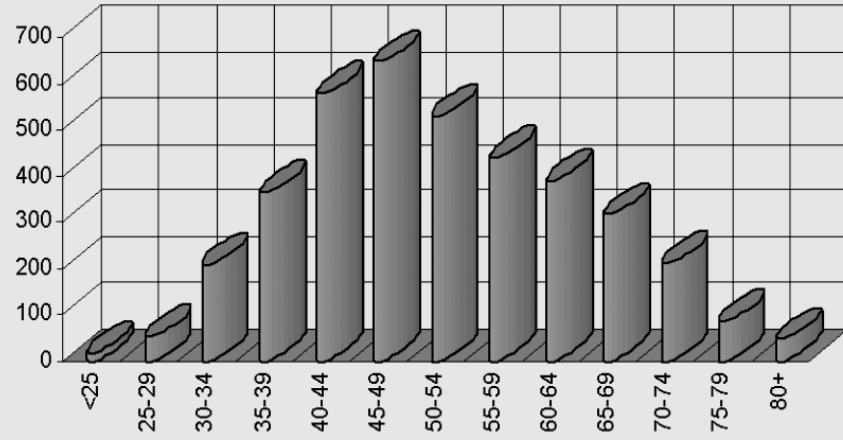
% 40.6

Türkiye'de Meme CA İnsidans Hızı



Sekiz ilden elde edilen 2005 yılı verisi: 35.47/105 S.B.Kanser Savaş D.B. 2005

Yaş Grubuna Göre Dağılım



Haydaroğlu A., Özaran Z., Ege Üniversitesi Kanser İstatistikleri 1992- 2003.
EUKSUAM Yayın no:5, 2005.

Ömürboyu risk

1/9

American Cancer Society Atlanta 1998

Bu oran Görece riskin

(RR)

1 olduğu bayan birey demektir

- **Menarş**
- **İlk doğum yaşı**
- **Menapoz**
- **Aile öyküsü** (meme-over-endom.ca.premenaposal ?,bilateral ?)
- **Laktasyon süresi**
- **Oral kontraseptif kullanımı,HRT**
- **Beniğn proliferatif meme hst**
- **Dietteki yağ miktarı**
- **Alkol tüketimi**
- **Organochlorine'ler** (DDT...)
- **Genetik predispozisyon *****
- **Radyasyon** (lenfoma,tbc...)

Her yıl yaklaşık
% 1

Am J Clin Oncol 1991;451-454

Kontrilateral memede ca

Yeni bir risk faktörü

**OVULASYON İNDÜKSİYONU AMAÇLI
ESTROGEN YÜKLEMESİ**

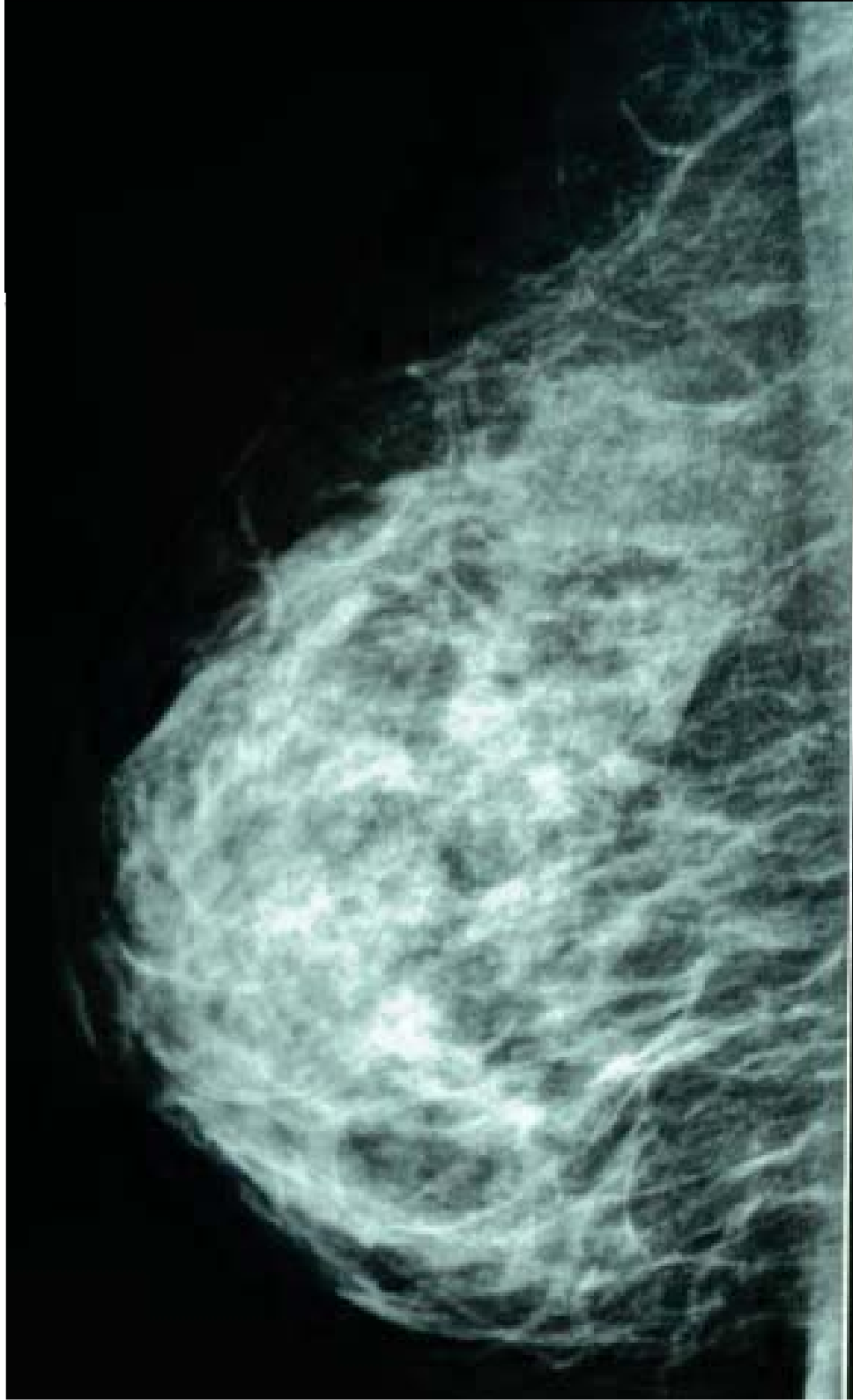
**yeni bir risk faktörü
önerisi**

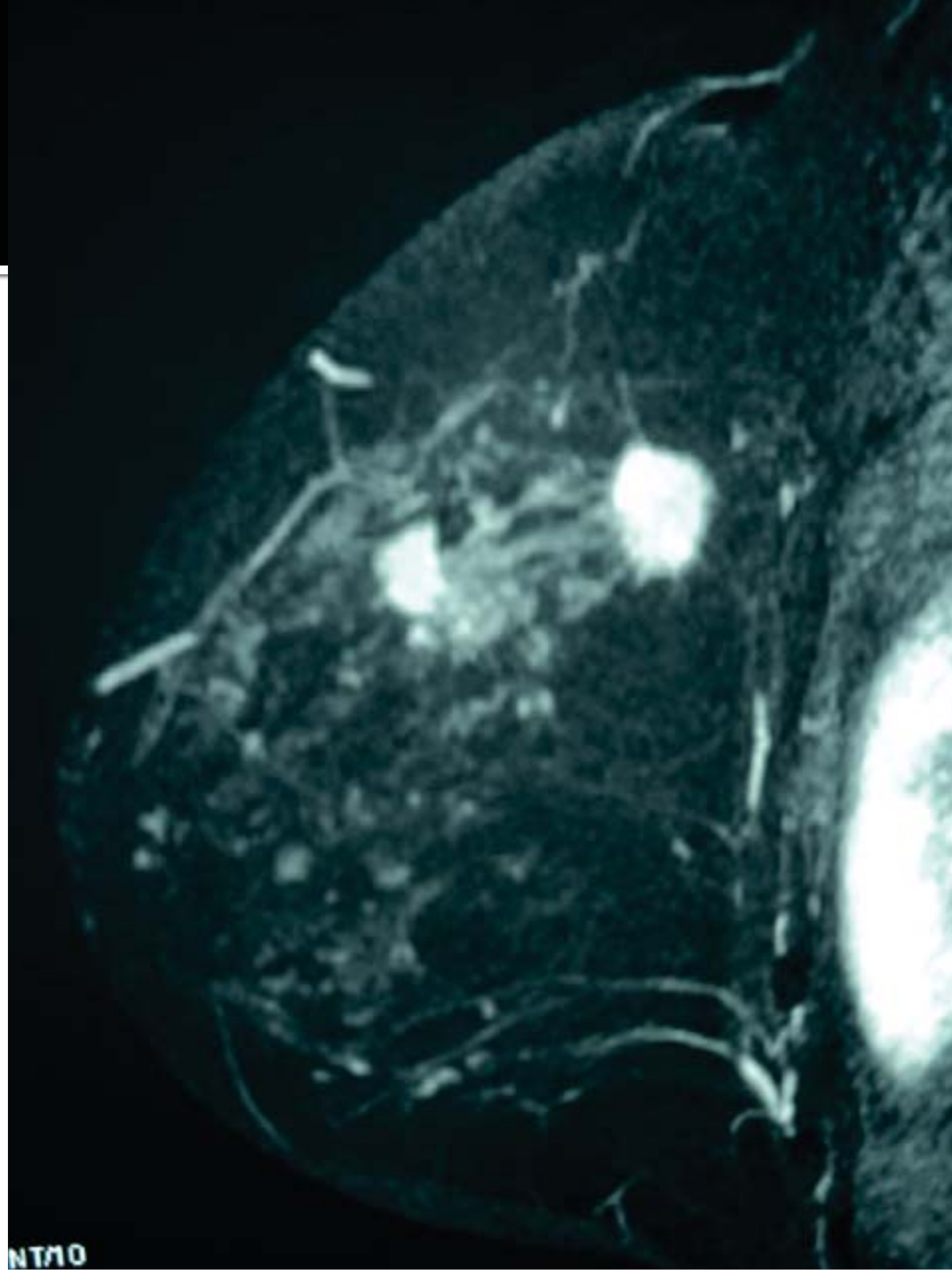
Mamografik

densite

Br Cancer Res 2007;9.213

Hiçbir risk değerlendirme modelinde yok





Meme kanseri riskinin hesaplanması

- Kümülatif risk analizi (Risk faktörlerinin kombinasyonu sonucu, meme kanseri olasılığının ortaya konması)

(hasta yaşı, menarş yaşı, ilk canlı doğum yaşı, meme biopsi sayısı, ADH, ailede meme ca öyküsü...) n:243 000

GAIL ALGORITMI (riskler kombinasyonunun multivariate logistic regresyon modeli)
NSABP risk profili

- **ADH** x 4-5 (premeaposal x 6)
- **ALH** x 4-5
- **DCIS** x 8-10
- **LCIS** x 8-10
- Birinci derece yakında premen-bilateral meme ca x 9

BRCA 1 / 2

- **Genellikle occult kanserlerdir**
- **Mammografik görüntü olgularının çoğunda normaldir (% 60)**
- **MR mammografi yarar sağlayabilir (?)**
- **Daha genç yasta ortaya çıkarlar**

Tilanus M.

2. Eur Breast Cancer Cong. Sept 2000
Abstract book pp 131

Bazı yüksek meme kanseri riskli ailelerde BRCA
1-2 mutasyon taşıyıcılığı
% 25-50 oranlarına çıkabilir

BRCA $\frac{1}{2}$

- **Yaşam boyu meme kanserine yakalanabilme olasılığı**
% 50 - 80

E.Paci

2.Eur Breast Cancer Conf
Abstract book pp 16-17 Sept 2000

BRCA 1/2

Histopatolojik olarak

YÜKSEK GRADELI

Steroid hormon **RESEPTÖR NEGATIF**

olma eğilimindedir

Br Cancer Res Treat

2001 Sep; 69(2) : 101

Meme kanseri riski azaltılabilir mi



Risk azaltılması

- **Chemoprevention**
- **Profilaktik cerrahi**
- **Yaşam tarzı düzenlenmesi**

Yüksek riskli hastada

Yakın takip (?)

- **FM**
- **GÖRÜNTÜLEME** US, MG; MRG, ...

Hereditör meme ca olgularında MG tanısal değeri **% 29.4** $p < 0.001$
Cancer 2006.106(11) 2318-37

Benzer bir çalışmada **MG % 33** MG & USG % 40
Semin Ultrasound CT MRI 27:333-338 Elsevier Inc 2006

- **SERM** etkisiz
- **GÖRÜNTÜLEME** güvenilirliği sınırlı
seçenekleri azaltıyor > cerrahi

**Bilateral ooforektominin
meme kanseri beklentilerini
azaltmadaki etkinligi
mastektomiye karsın oldukça
düsüktür**

% 22-50



Int J Cancer 1997.70:150

Eur J Obs Gyn Repro Biol 1992.47:59

Yöntemin risk azalmasındaki etkinliğinin anlamlı olmadığını

savunan çalışmalar da var

Lancet 1996.348:1189

BRCA 1/2 olgularda Over ablasyonu

Over ca riskini ortadan kaldırır
, meme kanseri riskini oldukça azaltır (bu yarar mastektomiye göre
düşüktür)

N:551

Takip:8 yıl

259 olgu > salpingo-ooforektomi >21 meme ca

292 " > kontrol gr >60 meme ca

N Eng J Med 2002.346:1616

Risk azaltıcı cerrahi

- **Meme glandular dokusunun ablasyonu**
- **Bozulan kozmezisın saglanması**

meme kanseri olgularında karşı memeye profilaktik mastektomi endikasyonları

- **Diffüz mikrokalsifikasyonlar**
- **LCIS**
- **DCIS (?)**
- **Ek risk : ADH, aile öyküsü, genç yas, ...**
- **Genetik predispozisyon (BRCA 1/2)**
- **Değerlendirim ve-veya takip zorluğu**

Profilaktik mastektomi asla böyle bitmemeli



PROFILAKTIK CERRAHI

Prevantif Cerrahi

Risk reduction***

- Glandular ablasyon

TOTAL MASTEKTOMİ

SUBKÜTAN MASTEKTOMİ

- Bilateral ooforektomi

Risk grubu

639 olgu

Bilateral mastektomi

1/3 yüksek – 2/3 orta risk grubu

Mayo Klinik

N Eng J Med 1999.340:77

J Clin Oncol 2000.18:1980

Cancer 1999.86:2502

Orta risk grubunda (425 olgu)

Meme ca beklentisi 37.4 ...Gerçekleşen 4

Mortalite beklentisi 10.4...Gerçekleşen 0

belentide mort.

Risk azalma oranı **% 89.5** & **% 100**

YÜKSEK RISK GRUBU

(214 olgu)

Cerrahi girişim uygulanmayan aynı özellikteki 403 olgu ile karşılaştırıldığında(14 yıl izlem)

403 olgu cerrahi kabul etmedi > 156 / 403 ca tanısı aldı

meme ca beklentisi 52.9gerçekleşen 3 olgu

mortalite beklentisi 30.6....gerçekleşen 2 olgu

RISK AZALMA oranı % 94.3 & % 92

N.Eng.J.Med.

1999 .340:77

Toplam 639 olguya

**uygulanan profilaktik mastektomi
yöntemi**

575 olguyaSubkütan mastektomi

64 olguyaTotal mastektomi

Subkütan X total

**Nüks açısından uygulanan
mastektomi seçenekleri arasında**

anlamlı bir fark saptanamamıştır

$p = 0.38$

**Aynı seri ,bu kez olgu sayısı 745 e
ulastıktan sonra yapılan yayında
“kontrlateral proflaktik
mastektomi”nin kanser riskini
azaltmadaki etkinliğini**

% 96

olarak açıkladı

Meme ca olgularında kontrilateral memeye profilaktik amaçlı mastektomi

Jefferey E. & **KROLL S.**

M.D.Anderson Hast

155 olgu

Yaş ortalaması 46

İzlem süresi median 3 yıl

Endikasyon : aile öyküsü, 40 yaş altı, değerlendirme güçlüğü

Kontrilateral meme spesmeninin histopatolojik deęerlendirmesi

- **% 1.3 Invasiv ductal kanser**
- **% 1 Invasive lobular kanser**
- **% 2.7 DCIS**
- **% 6.5 LCIS**
- **% 12.2 ADH (Atipik Duktal hiperplazi)**
- **% 5 ALH (Atipik lobular hiperplasia)**

yaklaşık **1/4 MALIGNITE *****

(Her yıl yaklaşık % 1 artış)

glandular ablasyonun

(profilaktik cerrahinin)

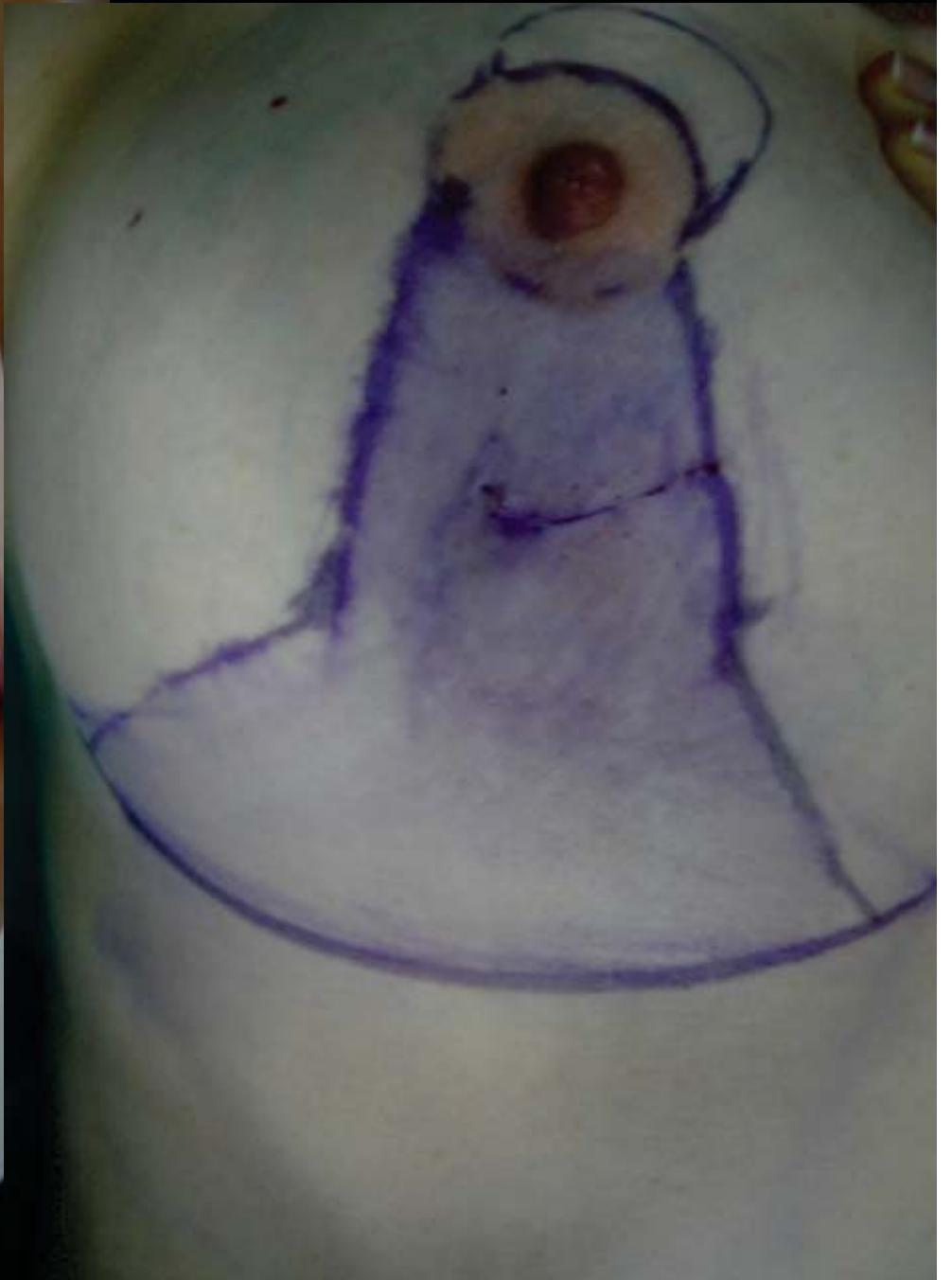
planlanması

- **Daha önce bir cerrahi girişim var mı**
- **Multisentrisite , multifokalite**
- **bilateralite**
- **Memenin büyüklüğü**
- **Ptosis**
- **Nipple areola**
- **Meme deri & subkütan dokusu**
- **Aksilla**

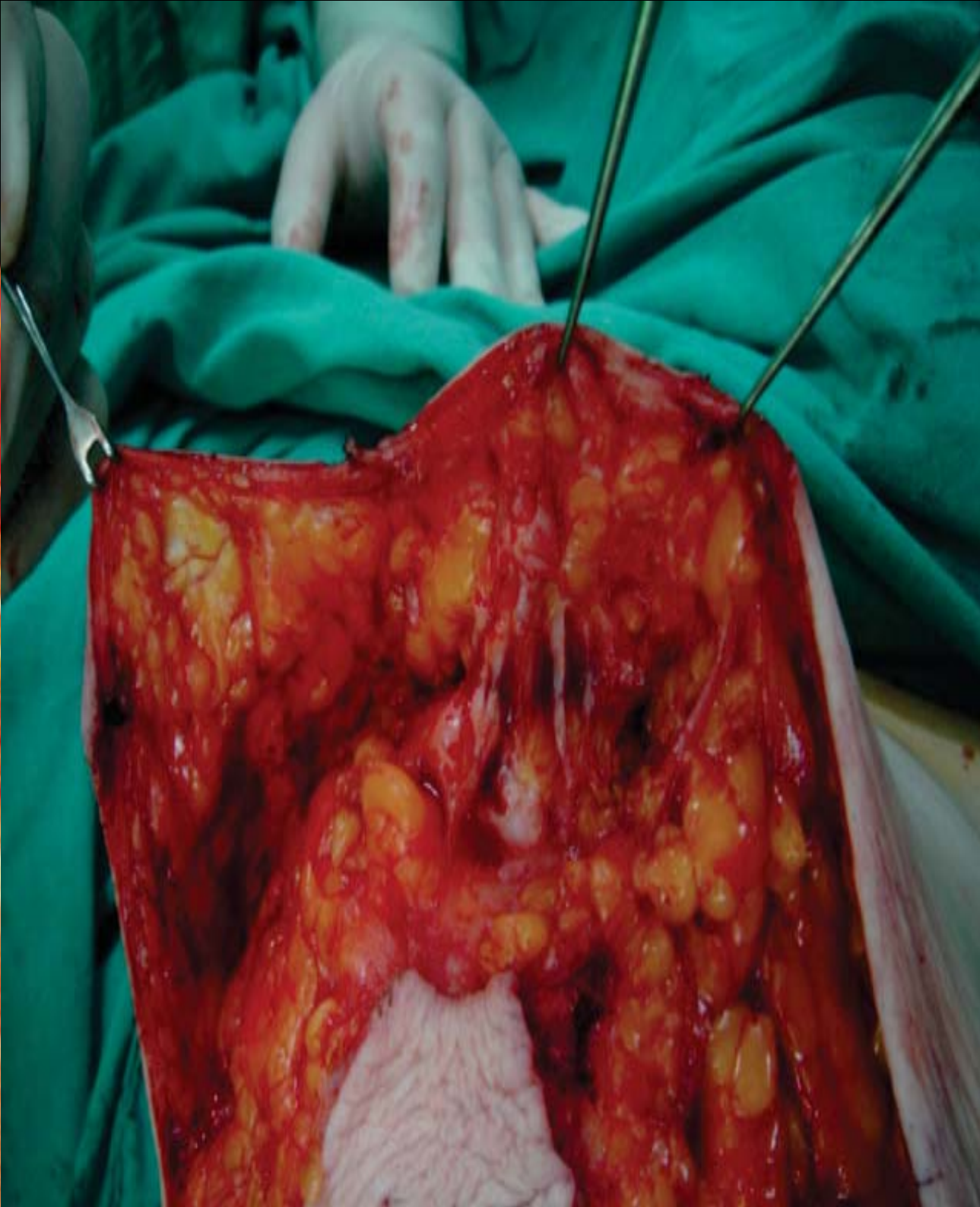
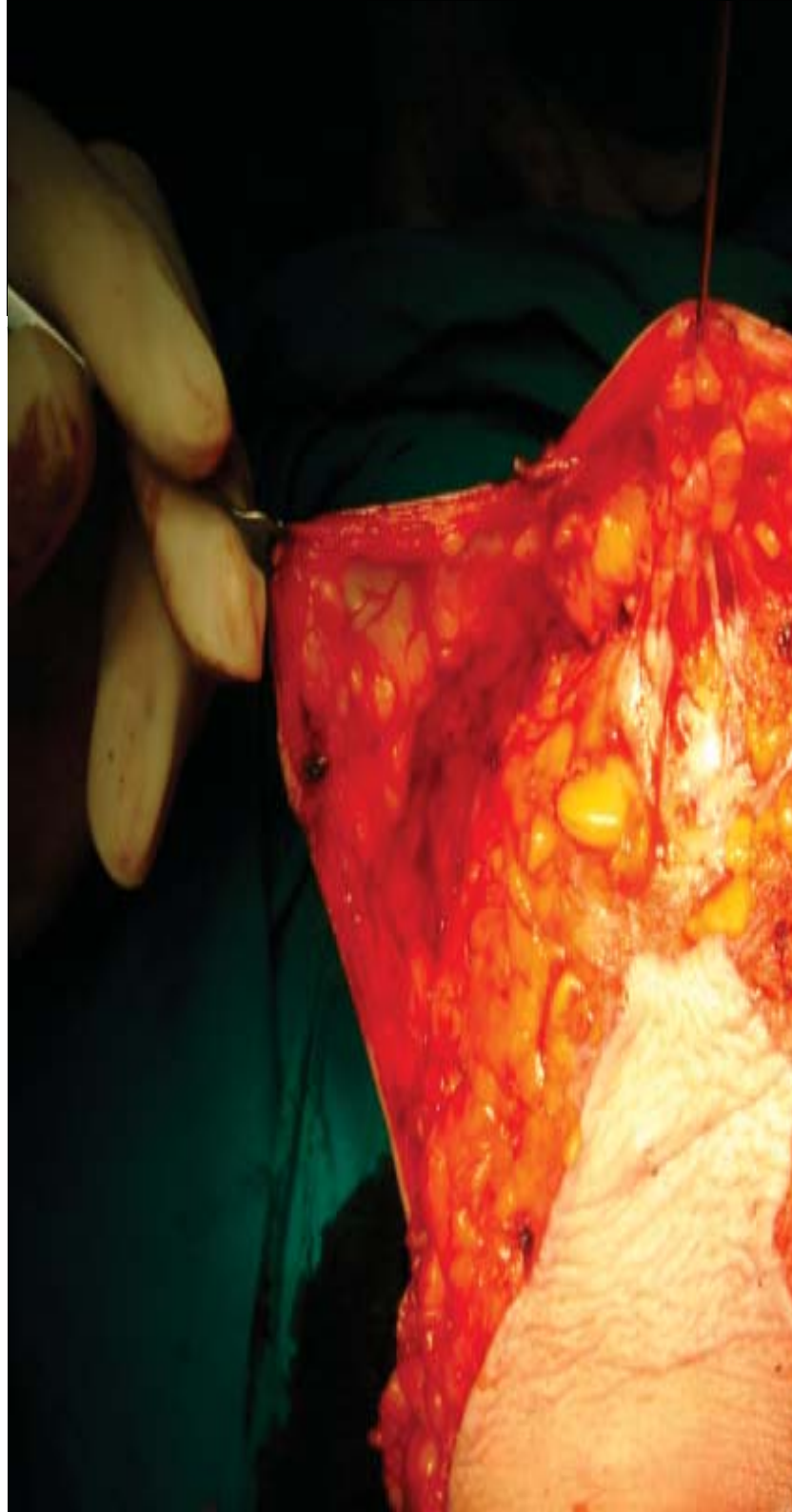
**Her hastaya
uygulanabilen standard
ablatif ve rekonstruktif
bir yöntem
yoktur**

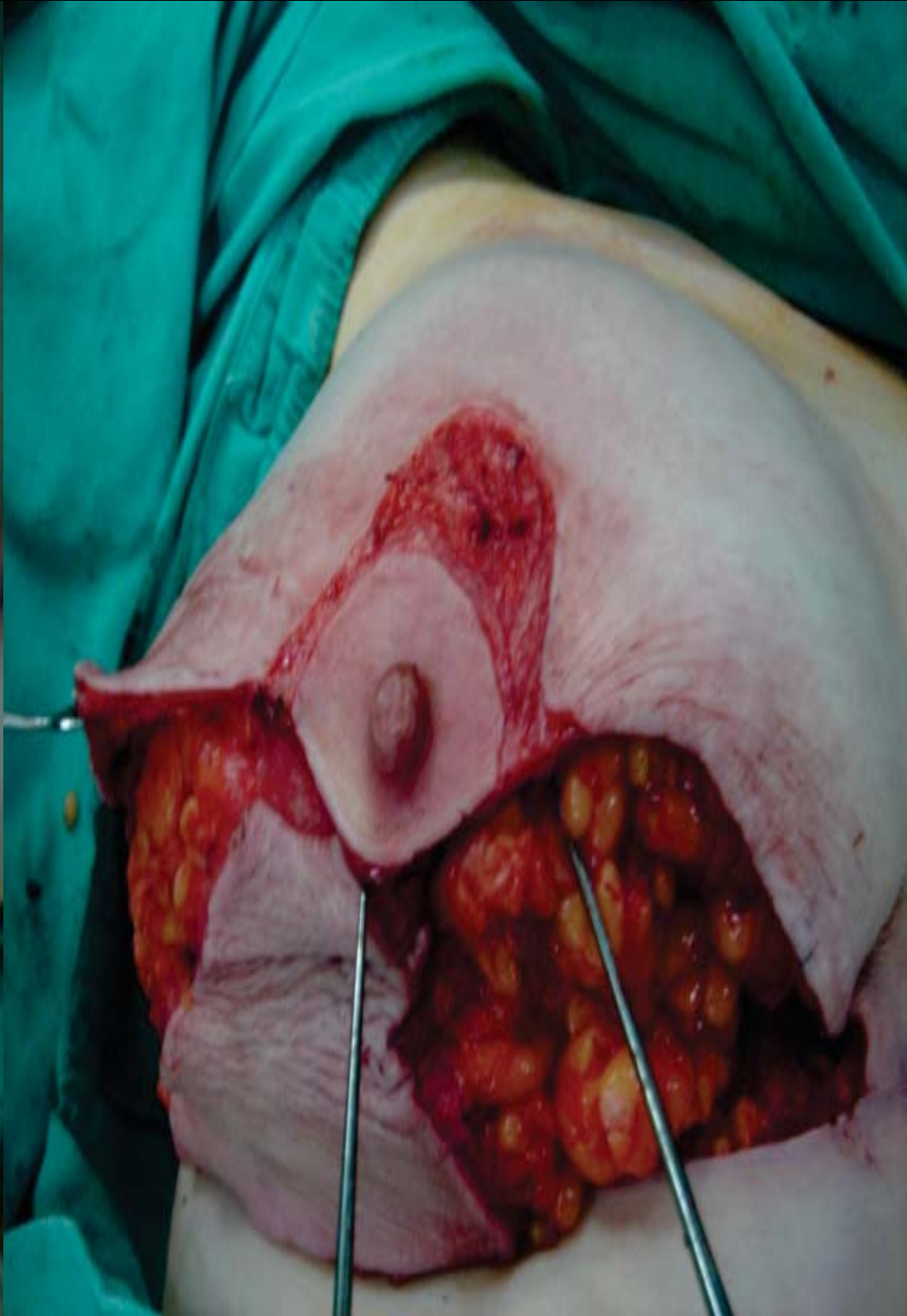
- Herbir olgu özgündür

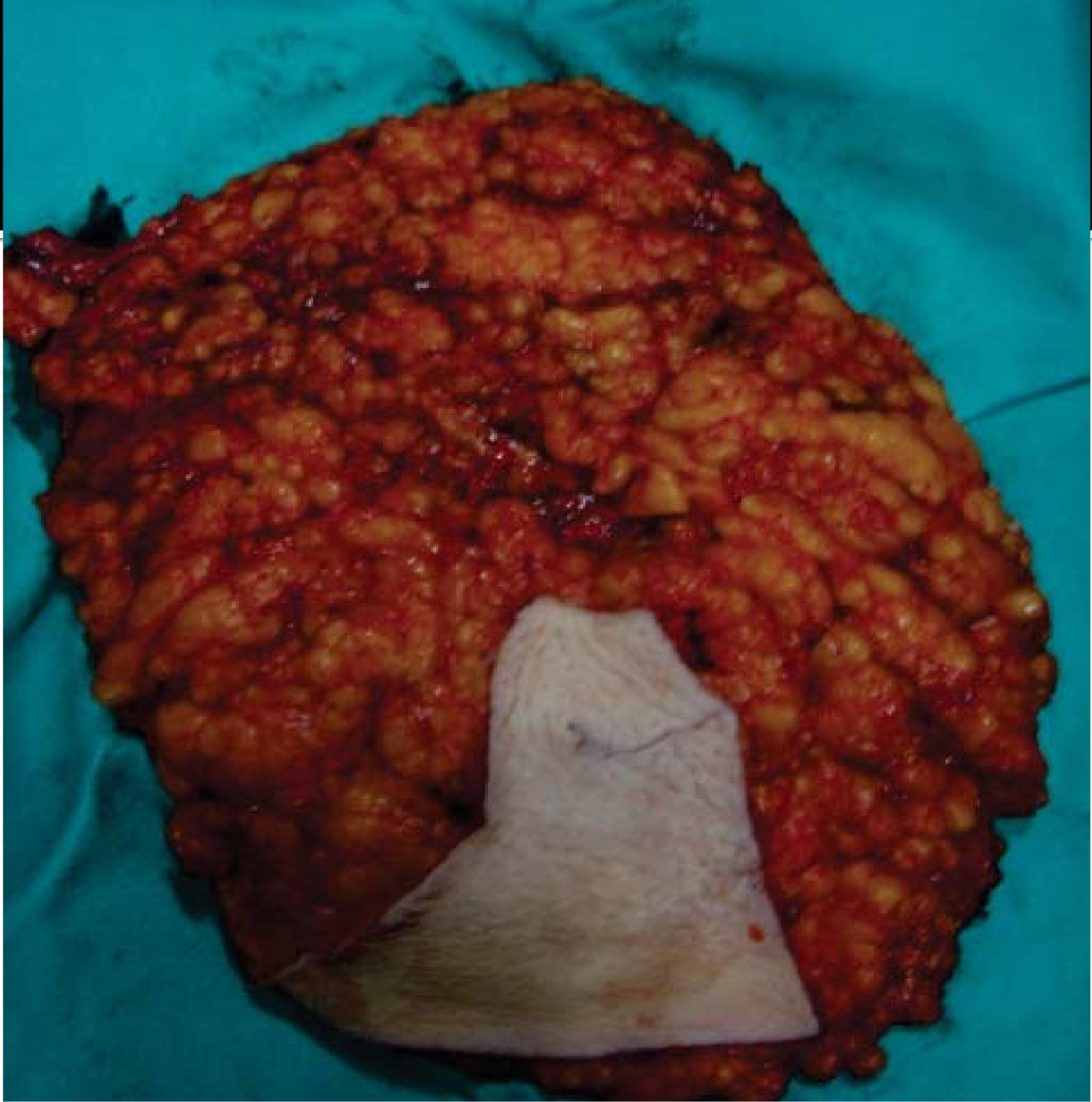
**Hastanın ve hastalığın
bireysel özellikleri
değerlendirilerek
kisiye özgün en uygun
ablatif ve rekonstruktif
yöntem seçilir**















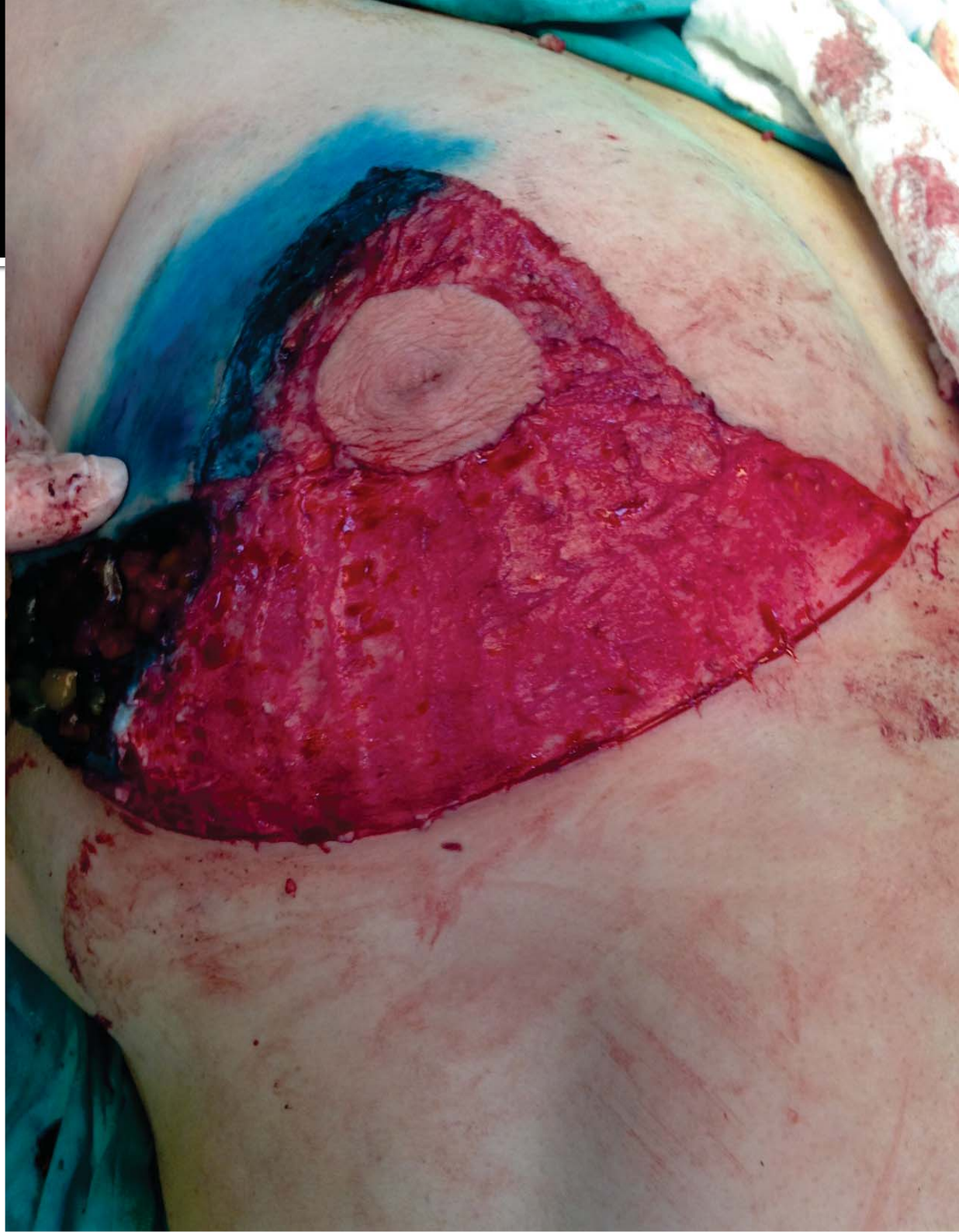


N
m
Rh
2.21 mGy
-

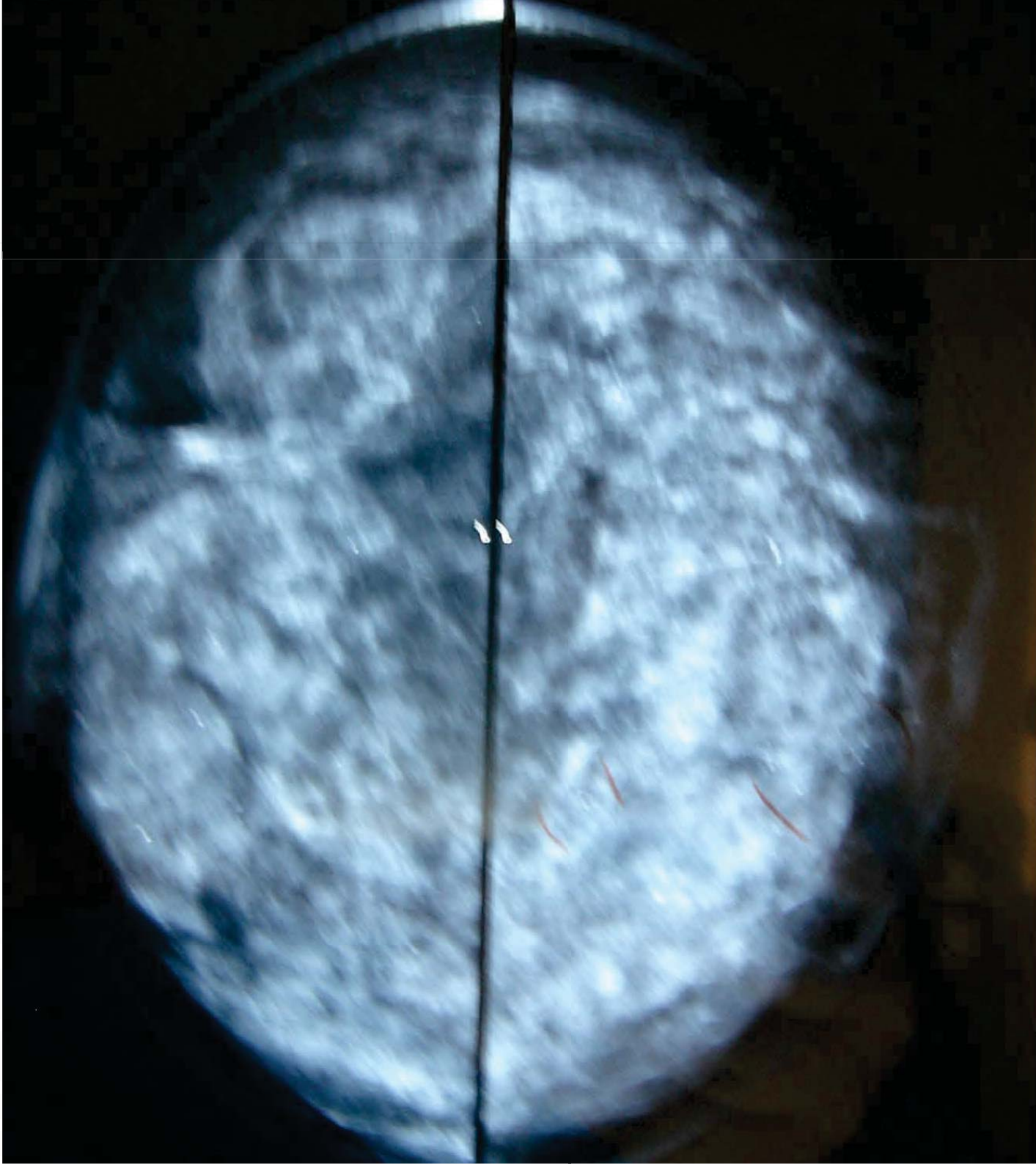


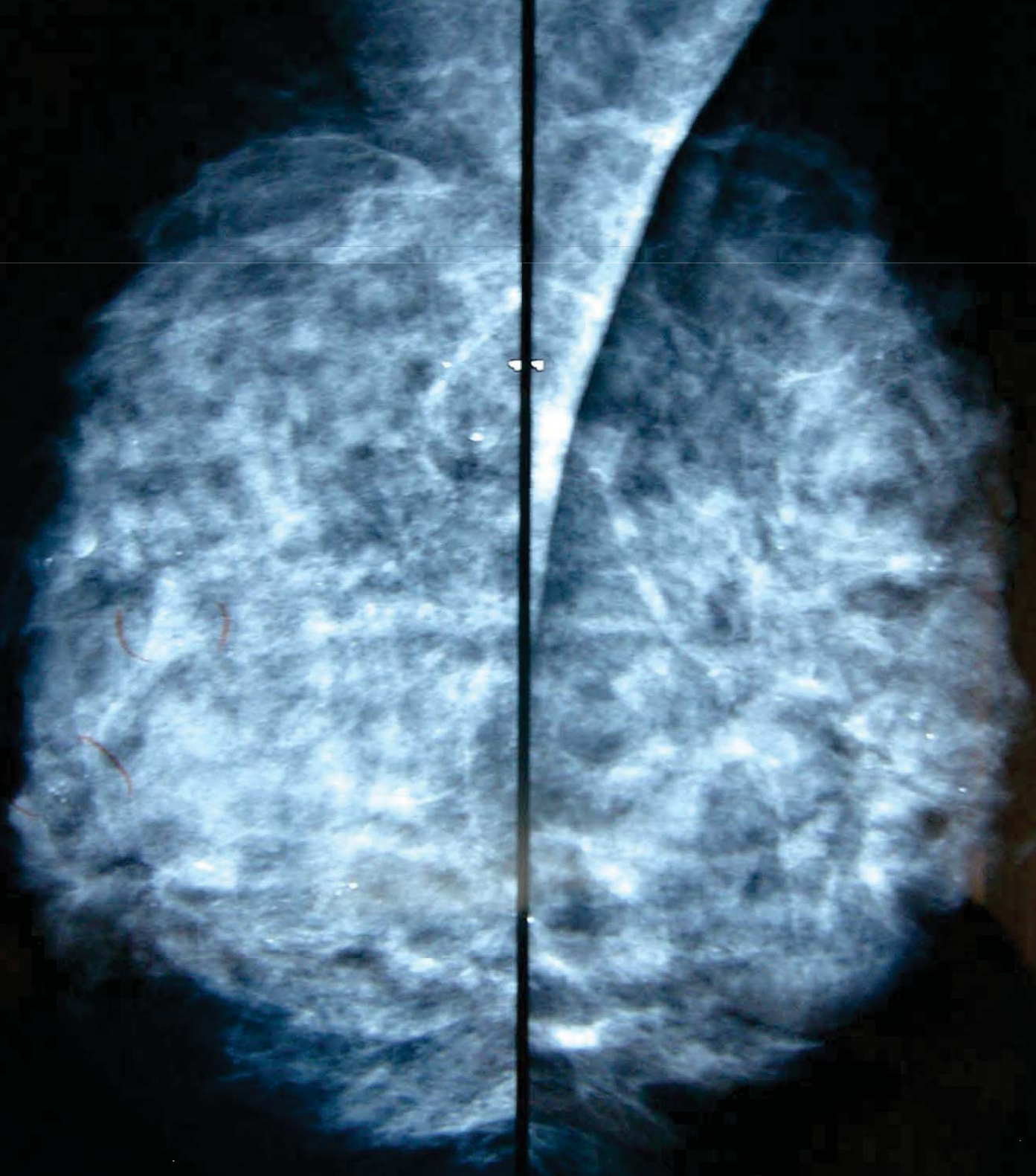
CONFERER
HHHRRRLLLOOHH



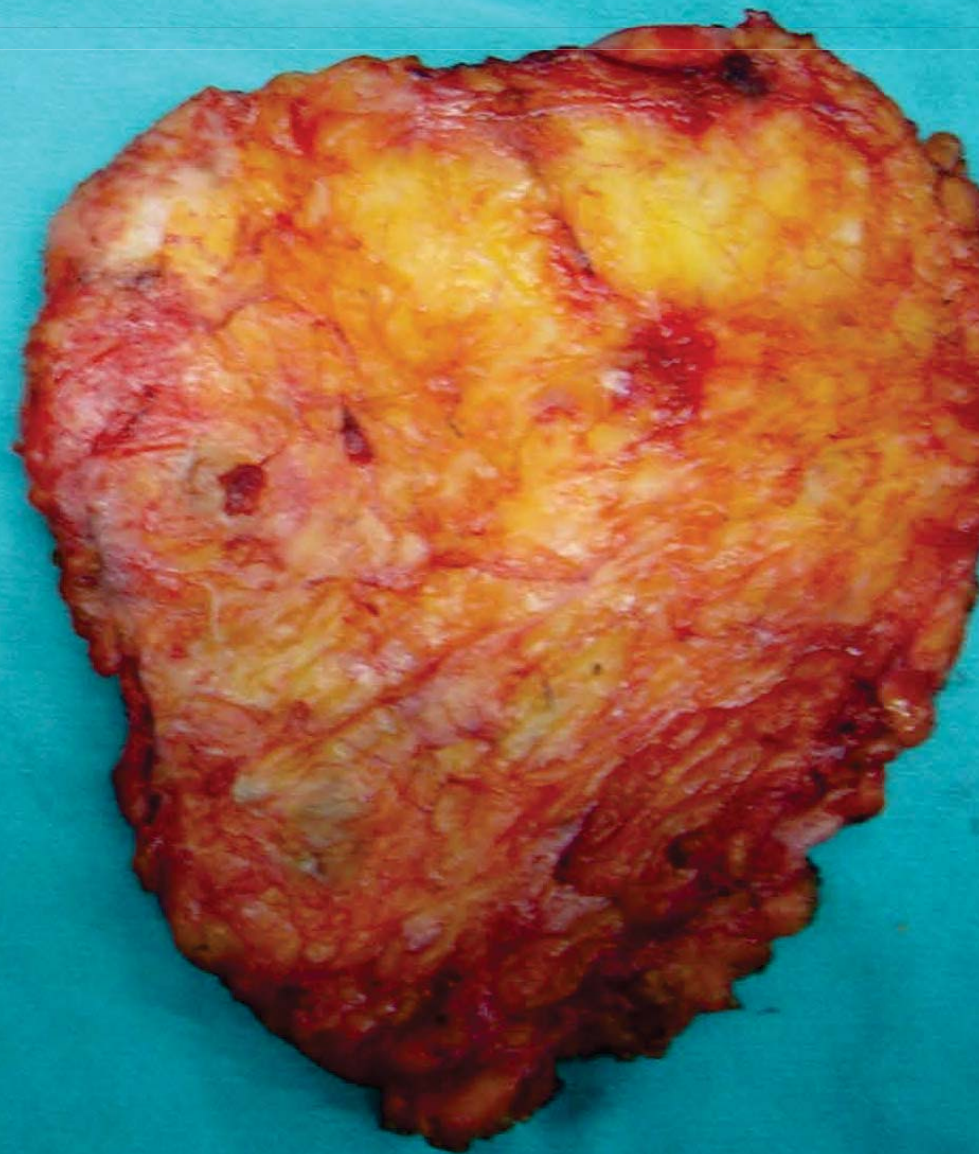
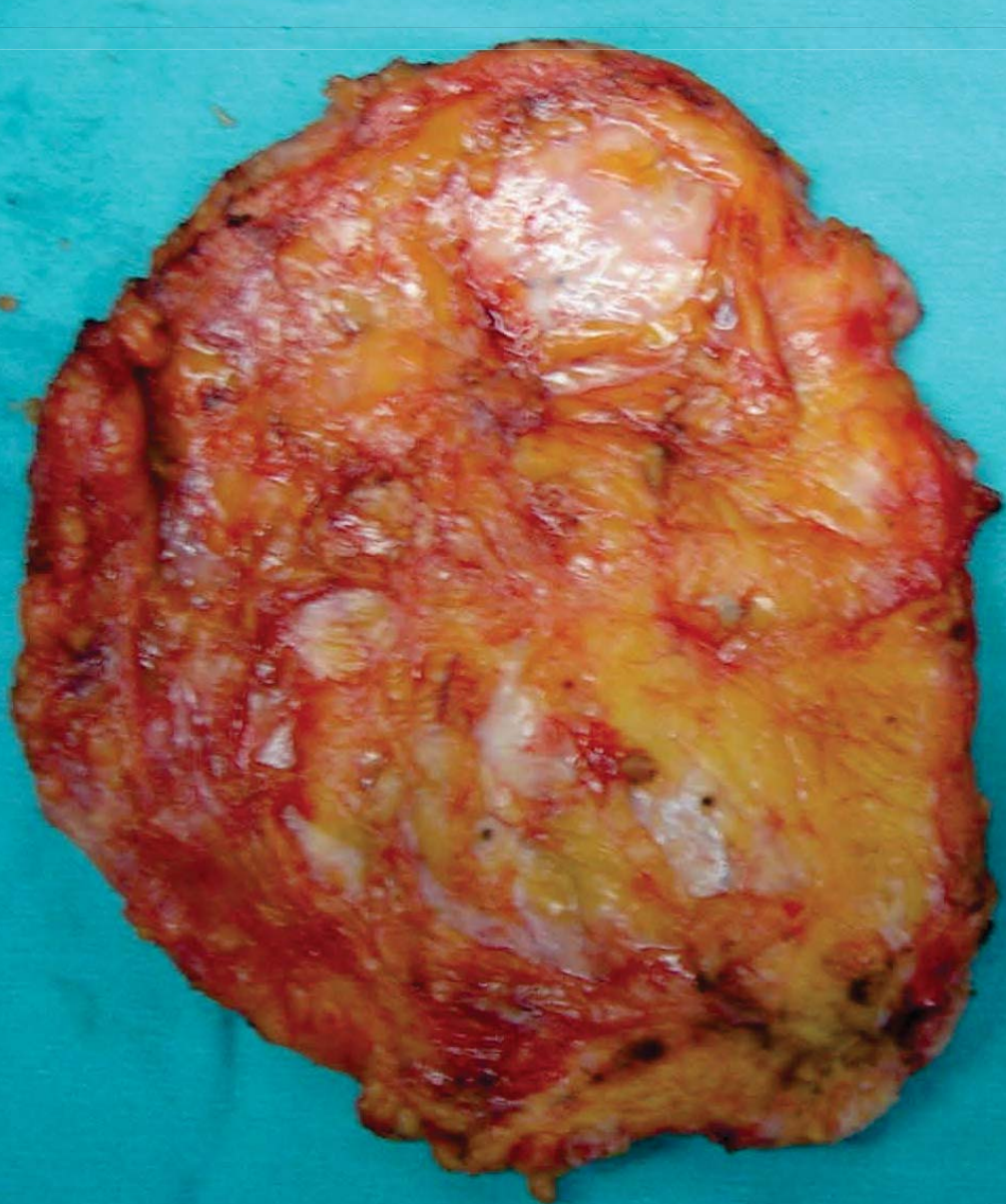
















Mastektomi sonrası eşzamanlı LD flebi kullanılarak (protezsiz) yapılan meme rekonstruksionu (nipple-areola rek. yapılmadan önceki hali)
(Kasım1980 AÜTF .B.A)



B.A.

