

CASE DISCUSSION OLGU TARTIŞMASI

Hazırlayanlar: *Bülent Ünal, Atilla Soran*

Tartışmacılar: *Erkin Arıbal, Gürsel Soybir, Ferah Yıldız, Nilüfer Güler*

Kırk beş yaşında meme kanseri için aile hikayesi yok. Rutin tarama için meme polikliniğine başvuran hastanın yapılan fizik muayenesinde memede palpabl kitle yok, aksilla muayenesi normal. Ultrasonografide (USG) sağ meme üst iç kadranda kanlanması artmış 2 mm'lik irregüler alan saptanıyor. Mammografide üst dış kadranda mikrokalsifikasyon var. USG eşliğinde yapılan kor biyopsisi sonucu lobuler karsinoma insitu (LCIS) ve atipik lobüler hiperplazi (ALH) olarak raporlanıyor. Takip eden eksizyonel biopside tübüler tip invaziv duktal karsinoma saptanıyor. Tümör çapı 2.5 mm, lenfovasküler invazyon yok, LCIS alanları mevcut, cerrahi sınırlar negatif, grade 1, ER/PR kuvvetli pozitif, Her 2 negatif, Ki67 %5.

Sorular

1. Radyoloji: Meme MRI gerekir mi?
2. Cerrahi: SLNB gerekir mi, nomogram kullanılabilir mi?
3. Radyasyon Onkolojisi: RT gerekir mi, gerekirse genişliği? (Brakiterapi?)
4. Medikal Onkoloji: Hormonoterapi gerekir mi, gerekirse süresi? Genetik danışmanlık, Oncotype gerekir mi?

Yorumlar

1- Radyoloji: Prof. Dr. Erkin Arıbal (Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı)

Kırkbeş yaşında düşük gradlı tübüler tip invaziv duktal karsinoma ve eşlik eden LKIS tanısı alan hastanın evreleme amaçlı MR incelemesi yapılması ne kadar gereklidir? MR endikasyonlarını irdelediğimizde buhasta açısından 3 nedenden dolayı MR endikasyonu olabileceği ortaya çıkıyor. Bunlar: 1. Multifokalite ve multisentrisite açısından memenin değerlendirilmesi, 2. Karşı memede ikinci bir primer olasılığı açısından değerlendirme, 3. LKIS olması açısından farklı odak veya karşı meme hastalığı riskinin artması. Bu hasta açısından baktığımızda düşük gradeli tümörü nedeni ile hastada ek bir lezyonun olma olasılığının düşük olması ek MR tetkikine gerekliliği azaltmakta ancak hastanın genç yaşı nedeni ile meme dokusu yoğunluğuaçısından mamografinin yetersiz kalmış olması olasılığının ve LKIS tanısının ile riskinin arttığından da göz önünde tutulması gerektiği görülmektedir. Bu durumda kesin MR endikasyonu olmakla beraber MR çekilmemesi için de karşı net bir neden yoktur. Sonuç olarak eğer mamografileri tatmin edici nitelikte (yağdan zengin meme dokusu) ise MRsız tedaviye başlamayı ancak hetero-

jen dens yapıda ise ek MR incelemesi yapmayı önerirdim. Benzer şekilde takiplerde de meme dokusu yapısına göre yağdan zengin ise sadece mamografi ya da yoğun meme dokusu ise mamografive MR ile takip önerirdim.

Kaynaklar

1. Arıbal E, Tunçbilek N, Çelik L. Türk Radyoloji Derneği Meme Radyolojisi Çalışma Grubu, Meme Kanseri Radyolojik Tarama Standartları. Meme Hastalıkları Dergisi 2012; 8: 11-8.
2. Saslow D, Boetes C, Burke W, Harms S, Leach MO, Lehman CD, et al. American Cancer Society Breast Cancer Advisory Group. American Cancer Society guidelines for breast screening with MRI as an adjunct to mammography. CA Cancer J Clin 2007; 57: 75- 89. (PMID: 17392385) [CrossRef]
3. Lehman CD, Gatsonis C, Kuhl CK CK, Hendrick RE, Pisano ED, Hanna L, et al. MRI evaluation of the contralateral breast in women with recently diagnosed breast cancer. N Engl Med 2007; 356: 1295-303. (PMID: 17392300) [CrossRef]
4. American Cancer Society recommendations for early breast cancer detection in women without breast symptoms. <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/moreinformation/breastcancerearlydetection/breast-cancer-early-detection-ac-recs>
5. ACR Practice guideline for the performance of contrast enhanced magnetic resonance imaging (MRI) of the breast. <http://www.acr.org/~media/2A0EB28EB59041E2825179AFB72EF624.pdf>.

2- Genel Cerrahi: Prof. Dr. Gürsel Soybir (Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı)

Tüm meme kanserlerinin %3-5'ini, tarama programlı serilerin %10'unu, mamografik serilerin ise %25 kadarını oluşturan tübüler kanserler iyi prognoza sahiptirler (1,2).

Histolojik olarak 2 alt tipten biri olan saf tübüler tip, 95% tubul formasyonu içerir. Mikst tipte tümörün 75% kadarı tübüler olurken, 25% kadarı invaziv duktal tip olur. Bu olguda olduğu gibi saf olarak bulunduğu uzak metastaz riski oldukça düşüktür (1,3).

Tübüler karsinomlar genelde ufak boyutludur ve nadiren regional lenf nodlarını tutar (4-6). Lenf nodu tutulumu genellikle 15 mm den büyük olan tümörlerde görülür bu da çok küçük saf tümörlerin haricinde tübüler karsinomada lenfatik evrelemeyi gerekli kılar (3). Tübüler kanserleri de içeren tüm düşük riskli meme kanserlerinde;

sentinel lenf nodu aksiller evrelemede etkili ve en uygun metoddur (7). Her ne kadar aksiller lenf nodülü tutulumu tübüler kanserlerde %4-5 gibi düşük oranda olsa da, bu hastalarda aksiller lenf nodülü tutulumunu belirleyebilecek güvenli bir prediktör henüz yoktur. Dolayısıyla tübüler kanserlerde de rutin, SLN uygulaması ile aksiller evreleme gereklidir (6, 8).

Sentinel lenf nodu metastazı olan hastalarda, %40-70 lere kadar çikabilen gereksiz aksiller lenf diseksiyonu yapılabilmektedir (9-11). Nomogramlar, pozitif sentinel lenf nodülü olan meme kanserli hastalarda, aksiller lenf diseksiyonu sonrası rezidiv non-sentinel metastaz riskini hesaplamaya yardımcı olan istatistiksel araçlardır. Gereksiz aksiller diseksiyonları önlemek amacıyla, non-sentinel lenf nodu metastazlarını tespit için kullanılır (12-16). Bu alanda literatürde yaygın olarak kullanılan 4 nomogram modeli tanımlanmıştır. MSKCC, Tenon, Cambridge, Stanford i ve Türk Nomogramlarıdır (12-15). Bunların arasında Memorial Sloan-Kettering Kanser Merkezi Nomogramı (MSKCC) daha yaygın kabul görmekte ve kullanılmaktadır. Türkiye'de de yapılan çok merkezli bir çalışma ile bu dört nomogram kullanılarak yeni bir nomogram (Türk Nomogramı) geliştirilmiştir (17).

Nomogramlar, sentinel lenf nodülü biyopsisi yapmaya bir alternatif değildir. Olgumuzda henüz sentinel lenf nodülü yapılmamıştır ve bu haliyle sentinel lenf nodülü uygulaması yerine bir nomogram yapılmaz. Ancak sentinel lenf nodülü pozitif çıktığı takdirde, zaten aksiller diseksiyondan olabildiğince kaçınılması gereken tübüler karsinomlarda nomogramlar kullanılabilir.

Kaynaklar

1. Shapiro C, Barsky SH. Infiltrating Carcinomas of the Breast: Not One Disease. In: The Breast Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases. Ed: Bland KI, Copeland EM. Fourth Edt. Saunders Elsevier, Philadelphia, 2009.p.231-47.
2. Styblo TM, Wood WC. Clinically established prognostic factors in breast cancer. In: The Breast Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases. Ed: Bland KI, Copeland EM. Fourth Edt. Saunders Elsevier, Philadelphia, 2009.p.455-62.
3. Cabral AH, Recine M, Paramo JC, McPhee MM, Poppiti R, Mesko TW. Tubular Carcinoma of the Breast: An Institutional Experience and Review of the Literature. Breast J 2003; 9: 298-301. (PMID: 12846864) [CrossRef]
4. Rakha E, Lee A, Evans A, Menon S, Assad NY, Hodi Z, et al. Tubular carcinoma of the breast: further evidence to support its excellent prognosis. J Clin Oncol 2010; 28: 99-104. (PMID: 19917872) [CrossRef]
5. Liu G, Yang Q, Haffty B, Moran MS. Clinical-pathologic features and long-term outcomes of tubular carcinoma of the breast compared with invasive ductal carcinoma treated with breast conservation therapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2009; 75: 1304-8. (PMID: 19386432) [CrossRef]
6. Hansen CJ, Kenny L, Lakhani SR, Ung O, Keller J, Tripcony L, et al. Tubular breast carcinoma: An argument against treatment de-escalation. J Med Imaging Radiat Oncol 2012; 56: 116-22. (PMID: 22339755) [CrossRef]
7. Gill G; SNAC Trial Group of the Royal Australasian College of Surgeons (RACS) and NHMRC Clinical Trials Centre. Sentinel-lymph-node-based management or routine axillary clearance (SNAC): a randomized controlled surgical trial. Ann Surg Oncol 2009; 16: 266-75. (PMID: 19050973) [CrossRef]
8. Winchester DJ, Sahin AA, Tucker SL, Singletary SE. Tubular carcinoma of the breast. Predicting axillary nodal metastases and recurrence. Ann Surg 1996; 223: 342-7. (PMID: 8604915). [CrossRef]
9. Giuliano AE, Haigh PI, Brennan MB, Hansen NM, Kelley MC, Ye W, et al. Prospective observational study of sentinel lymphadenec-

tomy without further axillary dissection in patients with sentinel node negative breast cancer. J Clin Oncol 2000; 18: 2553-9. (PMID: 10893286)

10. Sachdev U, Murphy K, Derzie A, Jaffer S, Bleiweiss IJ, Brower S. Predictors of nonsentinel lymph node metastasis in breast cancer patients. Am J Surg 2002; 183: 213-7. (PMID: 11943113) [CrossRef]
11. Unal B, Gur AS, Kayiran O, Johnson R, Ahrendt G, Bonaventura M, et al. Models for predicting non-sentinel lymph node positivity in sentinel node positive breast cancer: the importance of scoring system. Int J Clin Pract 2008; 62: 1785-91. (PMID: 19143863) [CrossRef]
12. Van Zee KJ, Manasseh DM, Bevilacqua JL, Boolbol SK, Fey JV, Tan LK, et al. A nomogram for predicting the likelihood of additional nodal metastases in breast cancer patients with a positive sentinel node biopsy. Ann Surg Oncol 2003; 10: 1140-51. (PMID: 14654469) [CrossRef]
13. Barranger E, Coutant C, Flahault A, Delpech Y, Darai E, Uzan S. An axilla scoring system to predict non-sentinel lymph node status in breast cancer patients with sentinel lymph node involvement. Breast Cancer Res Treat 2005; 91: 113-9. (PMID: 15868438) [CrossRef]
14. Pal A, Provenzano E, Duffy SW, Pinder SE, Purushotham AD. A model for predicting non-sentinel lymph node metastatic disease when the sentinel lymph node is positive. Br J Surg 2008; 95: 302-9. (PMID: 17876750) [CrossRef]
15. Kohrt HE, Olshen RA, Bermas HR, Goodson WH, Wood DJ, Henry S, et al. New models and online calculator for predicting non-sentinel lymph node status in sentinel lymph node positive breast cancer patients. BMC Cancer 2008; 8: 66. (PMID: 18315887) [CrossRef]
16. Gür AS, Ünal B, Johnson R, Ahrendt G, Bonaventura M, Evrensel T, et al. The predictive probability of two different breast cancer nomograms for non sentinel axillary lymph node metastasis in positive sentinel lymph node biopsy. Meme Sağlığı Dergisi 2008; 4: 169-73.
17. Gur AS, Unal B, Ozbek U, Ozmen V, Aydoğan F, Gokgoz S, et al. Validation of breast cancer nomograms for predicting the non-sentinel lymph node metastases after a positive sentinel lymph node biopsy in a multi-center study. Eur J Surg Oncol 2010; 36: 30-5. (PMID: 19535217) [CrossRef]

3- Radyasyon Onkolojisi: Prof. Dr. Ferah Yıldız (Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı)

Meme dergisinin bu yeni sayısında 45 yaşında, aile öyküsü olmayan ve eksizyonel biyopsi ile Tübüler tip invaziv kanser tanısı almış, 2.5 mm çapında tümörü olan, eksizyonel biyopsi ile cerrahi sınırların ≥ 8 mm olduğu ve eşlik eden LKİS olan bir olgu sunuluyor. Bir radyasyon onkoloğu olarak görevim bu olguda 'Radyoterapi (RT) gereksinimi var mı? Varsa nasıl RT?' konularını tartışmak. Bu amaçla önce tübüler kanserin özellikleri sonra da eşlik eden LKİS varlığının prognostik değerinden bahsedip hasta için optimal RT seçeneğine odaklanacağım.

Tübüler kanser geçmişte tüm meme kanserlerinin <5'ini oluşturduğuna inanılan, günümüzde ise invaziv tümörler içinde gittikçe artan oranda tanı konulan ve değişik serilerde %10-20 oranında bildirilen bir tümördür. Genelde tümör <1 cm iken tanı konur ve prognoz çok iyidir. Tümör daha çok meme içinde kalmaya eğilimlidir ve lenf nodülü metastaz olasılığı düşüktür. Dokuz merkezin katıldığı bir Fransız çalışmasında, 234 hastada sentinel lenf nodülü disseksiyonunda mikrometastaz riski %6.4, makrometastaz riski %2.5, izole tümör hücreleri %0.08 oranında bildirilmiş ve lenf nodülü metastaz riskini belirleyen en önemli faktör olarak >1 cm tümör çapı gösterilmiştir.

LKİS, ilk kez 1941 yılında Foote ve Stewart tarafından tanımlanmıştır. Bu patolojik antijenin ana özelliği %90'lara varan oranda mul-

tisentrisite, %35-59 oranında bilateralite göstermesidir. Genelde başka nedenle yapılan cerrahiler sonrasında tesadüfen tanı konulmakta ve biyopsi spesmenlerinde %0.5-3.6 oranında LKİS varlığı bildirilmektedir. Erken evre invaziv kanserlerde %5-12 oranında eşlik eden LKİS varlığı rapor edilmektedir. LKİS varlığında meme içi rekürrens riskini araştıran çalışmalarında LKİS'nin rekürrens riskinde anlamlı artış yaratmadığı gösterilmiştir. Günümüzde LKİS tedavisi, eşlik ettiği duktal karsinoma insitu (DKİS) veya invaziv kansere yönelik tedavi şeklindedir. Pür LKİS lokal tedavisi ise biyopsi sonrası sıkı izlem veya bilateral mastektomi şeklindedir.

Dergimizin bu sayısında özellikleri verilen olgu 45 yaşındadır. Tübüler tip grad 1 invaziv kanser tanısı hastayı çok olumlu prognostik gruba soksa da meme koruyucu cerrahi sonrası adjuvan RT standart yaklaşımdır. Burada sorun yapılacak adjuvan RT'nin tüm meme RT veya parsiyel meme RT şeklinde seçilmesidir. Meme koruyucu cerrahi (MKC) tüm meme RT (TMRT) ile karşılaştırılan faz III çalışmalarda sadece MKC yapılan olgularda lokal rekürrenslerin 2/3'ünün primer tümör yatağı çevresinde ortaya çıktığı gösterilmiştir. Bu durum özellikle 1990'lı yıllardan başlayarak MKC sonrası sadece tümör yatağını geniş emniyetle ışınlama yakalaşımalarını popüler hale getirmiştir. Akselere Parsiyel Meme ışınlaması (APMI) olarak adlandırılan bu yöntemin en önemli avantajı toplam tedavi süresini kısıtlaması ve uzun RT sırasındaki barınma sorununu ortadan kaldırmasıdır. Günümüzde APMI için Intertisyel veya balon kateter ile implant şeklinde brakiterapi (BRT), kalıcı intertisyel implant şeklinde BRT, intraoperatif RT, 3 boyutlu konformal RT, yoğunluk ayarlı RT ve proton demet tedavisi kullanılmaktadır. APMI ve TMRT karşılaştıran Macar çalışmasında 258 hastada en az 2mm emniyet sınırı ile yapılan MKC sonrası APMI veya TMI şeklinde randomizasyon yapılmış ve 7 yıllık izlemede lokal rekürrens açısından iki kol arasında fark bulunmamıştır. Bu çalışmayı izleyen faz II ve faz III çalışmaların erken sonuçları iyi seçilmiş olgularda APMI'nin TMI yerini alabileceğini düşündürmektedir. GEC-ESTRO (Groupe Européen de Curietherapie-European Society for Therapeutic Radiology and Oncology) 2010 yılında APMI için hastaları düşük risk, orta risk ve yüksek risk olarak 3 gruba ayırmıştır. Düşük risk grupta >50y, Infiltratif duktal, tübüler, medüller veya kolloid histoloji, <3 cm tumor, >2 mm cerrahi sınır, pN0, unisentrisitik-unifokal tümörlü olgular bulunmaktadır. DKİS varlığı, ekstensif intraduktal komponent, lenfovasküler yatak tutulumu, invaziv lobular kanser ve neoadjuvan kemoterapi varlığı bu grup için kabul edilmezken, LKİS varlığı düşük risk grubu için kontrendikasyon teşkil etmemektedir. GEC-ESTRO düşük risk grubunda yer alan tüm özelliklere sahip hastalara klinik çalışma dışında APMI'nin TMI'na alternatif olarak sunulmasını önermektedir.

GEC-ESTRO sınıflamasında orta risk grubunda düşük risk grubundan farklı olarak 40-50y, invaziv lobular kanser, DKİS varlığı, <2 mm cerrahi sınır, pNmic-pN1a, multifokal olgular yer almakta ve bu olgulara rutin APMI önerilmemektedir. Bu olguların ancak klinik çalışmalar kapsamında APMI ile tedavi edilmesi önerilmektedir. Yüksek risk grubunu ise <40y, pT2, pozitif cerrahi sınır, multisentrik, multifokal tümör, ekstensif intraduktal komponent, lenfovasküler yatak tutulumu ve neoadjuvan kemoterapi varlığı oluşturmaktadır. Bu grup hastalarda hiç bir koşulda APMI önerilmemektedir.

Benzer bir rehber kılavuz American Society of Therapeutic Radioterapy and Oncology (ASTRO) tarafından yapılmış, ancak GEC-ESTRO rehber kılavuzundan farklı olarak yaş sınırı APMI uygun hastalar için ≥60y olarak belirlenmiştir. ASTRO, 50 yaş altı hastaları APMI için uygun görmemektedir.

Sonuç olarak olgumuz gerek histolojik tanının tübüler olması, gerekse tümör büyüklüğü nedeni ile çok olumlu prognostik grupta yer almaktadır. Ancak yaşın 45 olması nedeni ile rutin pratik için APMI önerilemez. Ancak klinik çalışma kapsamında APMI koluna alınabilir. Bu nedenle hastaya önerilecek yaklaşım TMI olmalıdır.

Kaynaklar

1. Deiode M, Sagan C, Campion L, Houvenaeghel G, Giard S, Rodier JF, Ferron G, Jaffre I, Levêque J, Bendavid C, Dravet F, Marchal F, Bordes V, Faure C, Tunon de Lara C, Classe JM. 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: 248-54. (PMID: 23273874). [CrossRef]
2. Foote FW, Stewart SW. Lobular carcinoma in situ: A rare form of mammary cancer. *Am J Pathol.* 1941; 17: 491-96. (PMID: 19970575)
3. Abner AL, Connolly JL, Recht A, Bornstein B, Nixon A, Hetelekidis S, et al. The relation between the presence and extent of lobular carcinoma in situ and the risk of local recurrence for patients with infiltrating carcinoma of the breast treated with conservative surgery and radiation therapy. *Cancer* 2000; 88: 1072-7. (PMID: 10699897) [CrossRef]
4. Moran M, Haffty B. Lobular carcinoma in situ as a component of breast cancer: the long-term outcome in patients treated with breast-conservation therapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1998; 40: 353-8. (PMID: 9457821) [CrossRef]
5. Ciocca RM, Li T, Freedman G, Morrow M. Presence of lobular carcinoma in situ does not increase local recurrence in patients treated with breast-conserving therapy. *Ann Surg Oncol* 2008; 15: 2263-71. (PMID: 18506537) [CrossRef]
6. Ben-David MA, Kleer CG, Paramogul C, Griffith KA, Pierce LJ. Is lobular carcinoma in situ as a component of breast carcinoma a risk factor for local failure after breast-conserving therapy? Results of a matched pair analysis. *Cancer* 2006; 106: 28-34. (PMID: 16329136) [CrossRef]
7. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, Greco M, Saccozzi R, Luini A, et al. Twenty year follow-up of a randomized study comparing BCS with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347: 1227-32. (PMID: 12393819) [CrossRef]
8. Fisher B, Anderson B, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, et al. Twenty year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347: 1233-41. (PMID: 12393820). [CrossRef]
9. Polgar C, Major T, Fodar J, Németh G, Orosz Z, Sulyok Z, et al. High-dose-rate brachytherapy alone versus whole breast radiotherapy with or without tumor bed boost after breast-conserving surgery: seven-year results of a comparative study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2004; 60: 1173-78. (PMID: 15519789) [CrossRef]
10. Smith BD, Arthur DW, Buchholtz TA, Haffty BG, Hahn CA, Hardenbergh PH, et al. Accelerated partial breast irradiation consensus statement from the American Society for Radiation Oncology (ASTRO). *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2009; 74: 987-1001. (PMID: 19545784) [CrossRef]
11. Polgar C, van Limbergen E, Pötter R, Kovács G, Polo A, Lyczek J, et al. Patient selection for accelerated partial-breast irradiation (APBI) after breast-conserving surgery: recommendations of the Groupe Européen de Curietherapie-European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (GEC-ESTRO) breast cancer working group based on clinical evidence (2009). *Radiother Oncol* 2010; 94: 264-73. (PMID: 20181402) [CrossRef]

4- Medikal Onkoloji: Prof. Dr. Nilüfer Güler (Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji)

Tübüler karsinom (TK) tüm invazif meme kanserlerinin %1-4'ünü oluşturan spesifik bir alt gruptur (1). Tarama programlarının kullanıldığı ülkelerde ise taramayla saptanan kanserlerin %9'unu TK oluşturmaktadır (2). Mamografik tarama serilerinde bu oran %27'ye kadar çıkabilmektedir (2).

Hastamızın biyopsisinde TK yanında klasik tip lobüler karsinoma in situ (LKİS) mevcut. TK ile birlikte kolumnar hücre değişiklikleri (%93) ve , lobuler neoplazi (%35), düşük grade'li duktal karsinoma in situ (DKİS) (%92) görülebilmektedir. Yüksek grade'li DKİS ile birliktelik oranı düşüktür (%1) (3).

TK düşük grade'li luminal A tipi meme kanserlerinden (ER ve/veya PR pozitif; HER-2 negatif; Ki 67<%14) birisidir (müsinöz ve kripriform tiplerle birlikte). Aksiller lenf bezi metastazı, lenfovasküler invazyon(LVİ) oranı çok düşüktür. Saf TK ile grade 1 invazif duktal kanserli hastaların karşılaştırmasının yapıldığı retrospektif bir çalışmada (102 TK ve 212 grade 1 invazif duktal kanserli hasta; ortanca izlem süresi 127 ay) TK'nin mamografik olarak daha iyi tanındığı, ortanca tümör çapının daha küçük olduğu ve daha az LVİ gösterdiği saptanmıştır (3). Hastalısız sağkalım ve meme kanserine spesifik sağkalım TK grubunda diğer gruba göre anlamlı olarak daha uzun bulunmuştur (sırasıyla p<.001 ve p=.003). TK'nin biyolojik davranışı grade 1 invazif duktal karsinomdan daha iyidir (3).

Hastamızda da LVİ negatif T1a bir TK mevcuttur. Saf TK'da uzak metastaz ve ölüm riski hemen hiç beklenmez. Genelde beklenen sağkalım genel popülasyonla aynıdır (2, 3-5). Beş yıllık hastalısız

sağkalım %98.7'dir (5). Bu nedenle adjuvan tedavi önerilmeyebilir. Bu tanıyı almış olan bir hastada adjuvan tedavi kararı için Oncotype Dx gerekmez.

TK tanılı hastalarda diğer memede %13-26 oranında ikinci primer meme kanseri görülebilir (6). Bu kanser daha yüksek grade'li ve daha kötü prognozlu olabilir. Hastamıza, patoloji raporundaki LKİS varlığı ve ikinci primer meme kanseri riski nedeniyle preventif amaçlı hormonal tedavi önerilebilir. Kullanma süresi 5 yıldır. Uzatılmış adjuvan tedaviye gerek yoktur.

Aile öyküsünün olmaması, yaşı ve histolojik tip nedeniyle genetik danışma gerekli değildir.

Kaynaklar

1. Tavassoli F, Devilee P. World Health Organization Classification of Tumours. Lyon. France IARC Press. 2003
2. Shapiro C, Barsky SH. Infiltrating Carcinomas Of The Breast: Not One Disease. In: Bland KI, Copeland EM (eds). The Breast Comprehensive Management of Benign and Malignant Disease. Volume One. 4th ed. Canada, Saunders Elsevier, 2009; 231-48.
3. Rakha EA, Lee AH, Evans AJ, Menon S, Assad NY, Hodi Z, et al. Tubular carcinoma of the breast: further evidence to support its excellent prognosis. J Clin Oncol 2010; 28: 99-104. (PMID: 19917872) [CrossRef]
4. Li CI. Risk of mortality by histologyc type of breast cancer in the United States. Horm Cancer 2010; 1: 156-65. (PMID: 21761358) [CrossRef]
5. Colleoni M, Rotmensz N, Maisonneuve P, Mastropasqua MG, Luini A, Veronesi P, et al. Outcome of special types of luminal breast cancer. Ann Oncol 2012; 23: 1428-36. (PMID: 22039080) [CrossRef]
6. Günhan Bilgen I, Oktay A. Tubular carcinoma of the breast. Mamographic, sonographic, clinical and pathologic findings. Eur J Radiol 20007; 61: 158-62. (PMID: 16987629)