

Memenin fillodes tümöründe cerrahi tedavi

Gürhan Sakman ve ark.'nın eleştiriyeye yanıtı

Gürhan Sakman*

Sayın Editör,

Ulusal Cerrahi Dergisi'nde yayınlanan "Mememin Fillodes Tümöründe Cerrahi Tedavi" (Ulusal Cerrahi Dergisi 2005;21:1 27-32) başlıklı makalemize ait eleştiri yazısı için Sayın Kayar'a teşekkür ediyoruz.

Yazının titizlikle incelendiğine inanıyoruz ancak, eleştiri üslubunun aynı titizlikle seçilmediği kanaatindeyiz. Sekreteryaya kaynaklı yazım hataları için üzgünüz ve orijinal yazıya ait baskıda Gürhan Sakman olarak doğru basılmış birinci yazar isminin "Editöre Mektup" baskısında Gürkan Sakman olarak yanlış basılmış olmasının da aynı nedenden olduğuna eminiz.

İlgi çeken noktalara ait açıklamalar aşağıdadır:

1 a) Tablo 1'de takip süresi 24 ay olarak bildirilen olgu tarafımızdan 7 gün ara ile iki kere ameliyat edilmiş ve son ameliyatından 18 ay sonra nüks kitle ile müracaat etmiştir. Üç aylık periyotlarla iki kez kontrolü yapılan olgunun toplam takip süresi yazının gönderilme tarihi itibarı ile 24 aydır (18+3+3) (1).

b) Radyoterapi uygulaması fillodes tümörlerde rutin olarak tavsiye edilmemekte ve kullanılmamaktadır (2). MD Anderson serisinde büyük tümör, pozitif cerrahi sınır, rekürrens ve/veya malign fillodes tümör (FT) olgularını kapsayan 8 hastaya radyoterapi uygulamış ve yan etkiler göz önünde bulundurularak 50-60 Gy radyoterapinin uygulanabileceğini önermiştir. Ancak lokal rekürrens durumunda radyoterapinin etkinliği ile lezyonun büyüklüğü ve mitotik aktivitesi arasındaki ilişki verilmemiştir (3). MD Anderson kaynaklı aynı yazarın geniş serisinde "radyoterapinin yetersiz eksizyon uygulanan olgularda kullanılabileceği" bildirilmiştir (4). Yüzbir olgu içeren seride dört lokal rekürrens gelişmiş, tamamına reeksizyon uygulanmış ve sonrasında radyoterapi verilmemiştir.

c) Tanımlanan olgunun ikinci ameliyatı yineleme nedeni ile değil cerrahi sınırın tümöre yakınlığı nedeni ile ilk ameliyattan 7 gün sonra yapılmıştır. Dolayısı ile histopatolojik değişim söz konusu değildir. Lokal yenileme 18 ay sonra gerçekleşmiştir. Hasta lezyona ait herhangi bir girişimi kabul etmediğinden biyopsi tanısı yoktur(1).

2. FT'nin kapsüle sahip olmaması nedeni ile enükleasyonun tedavi için yetersiz olduğu kabul edilmektedir (2-4). MD Anderson serisinde tümör çapı 5 cm'den küçük 41 olgunun 11'ine mastektomi uygulanması dikkat

* Cukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi
Genel Cerrahi AD, ADANA

Dr. Gürhan SAKMAN
Cukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi
Genel Cerrahi AD, Yüreğir / ADANA
e-posta: gursakman@yahoo.com

çekicidir. Seride 101 olgu bildirilmesine rağmen tümör çapı 41 olguda ≤ 5 cm ve 45 olguda > 5 cm olarak verilmiştir (Toplam 86 olgu). Yazarlar tümör çapının çok büyük olmadığı hallerde lezyonun 1 cm'lik çevre doku ile çıkarılmasının malign olmayan lezyonlarda düşük lokal yineleme ve yüksek sağkalım sağladığını bildirmiştir. Tedavide cerrahi enükleasyonun yetersiz olduğunu, 1-2 cm cerrahi sınır önerildiğini belirterek iyi kozmetik sonuç sağlanabilen durumlarda uygun cerrahi sınırla lokal eksizyonu tavsiye etmiştir (4). Barth (5), 320 olgunun değerlendirildiği derleme nitelikli makalesinde geniş lokal eksizyon sonrasında benign lezyonlarda %8, borderline lezyonlarda %29 ve malign lezyonlarda %36 oranında yineleme görüldüğünü rapor etmiş ve lokal tümör kontrolünde kabul edilen metodun tekrar gözden geçirilmesi gerektiğini bildirmiştir. Soumarova ve ark. 25 olguyu içeren serilerinde FT'nün lokal eksizyonunda 2 cm'lik cerrahi sınırın gerekli olduğunu bildirmiştir. Guerrero, MD Anderson serisinin de içinde bulunduğu literatür değerlendirmesi ve derleme niteliğindeki makalesinde, küçük FT'lerde 2 cm cerrahi sınır ile birlikte lokal eksizyonun tedavide esas unsur olduğu sonucuna varmıştır (2).

3. Yazıda geçen "Boyutu 5 cm'den büyük lezyonlar çevre sağlam doku ile birlikte çıkartıldığında memede kabul edilemez kozmetik deformite oluşacak ise mastektomi uygulanabilir" şeklindeki öneri literatür bilgisidir (2,5-7). Ayrıca, Salvadori ve ark. (7) lokal rekürrens gelişen borderline ya da malign lezyonlarda da mastektomi gerektiğini bildirmiştir. Özellikle dev boyutlu kitle varlığında yeterli cerrahi sınır elde edilememesi durumunda ve nüks lezyonlarda mastektomi uygulanmaktadır. Sayın Kayar'ın konu ile ilgili en geniş seri olarak kaynak gösterdi-

ği MD Anderson serisinde 101 olgunun 52'sine mastektomi uygulanmış ve sonuç olarak "iyi kozmetik sonuç elde edilebilecek durumlarda lokal eksizyon" önerilmiştir (4). Gelişen onkoplastik teknikler gelecekte, meme kanser cerrahisinde olduğu gibi dev ya da nüks malign FT'de de memenin korunmasını esas alan nitelikte uygulanabilir. Ancak FT için yeterli sayıda deneyimin henüz oluşmadığı kanaatindeyiz.

4. Yazımızda "Salvadori ve ark. (7) tarafından 71 olgunun değerlendirildiği seride, büyük FT ve lokal nüks gelişen borderline ya da malign lezyonlarda mastektomi gerektiğini bildirmiştir" ve "Buchanan'ın algoritmine göre, iğne biyopsisi, sağlam cerrahi sınır olacak şekilde tümör eksizyonu ve eğer tümör çapı 5 cm'in üzerinde ise veya histolojik tipi borderline ya da malign fillodes tümör ise simple mastektomi, uygulanması gereken yöntemlerdir" şeklindeki atıflar literatür bilgisidir (7,8). Bunun yanında MD Anderson serisinde 30 malign FT olgusunun 24'üne mastektomi 6'sına meme koruyucu cerrahi uygulanmıştır. Yazarlar "olgu sayısının az olmasının kesin karar için engel oluşturduğunu" vurgulayarak, "yeterli sınır sağlandığı taktirde malign FT'de meme koruyucu cerrahinin uygun olabileceği" fikrini bildirmiştir (3). Tümör çapı, memenin küçük olması ve bu nedenlerle yeterli salim cerrahi sınır ya da kozmetik sonuç sağlanamaması mastektomi için kabul gören ortak gerekçelerdir (5-8). Ancak FT histolojik tiplerindeki cerrahi tedavi yaklaşımları için farklı görüşler güncelliğini korumaktadır. De Roos, benign lezyonlarda uygulanan geniş lokal eksizyon ya da mastektomi sonrası lokal yinelemenin olmadığını ancak malign lezyonlarda her iki yöntemle yapılan cerrahi tedavi sonrasında lokal yinelemenin görüldüğünü bildirmiştir (9). Barth (5),

320 olgunun değerlendirildiği derleme nitelikli makalesinde geniş lokal eksizyon sonrasında benign lezyonlarda %8, borderline lezyonlarda %29 ve malign lezyonlarda %36 oranında yineleme görüldüğünü rapor etmiş ve lokal tümör kontrolünde kabul edilen metodun tekrar gözden geçirilmesi gerektiğini bildirmiştir.

5. Klinik ve radyolojik değerlendirme FT tanısında genellikle yeterli olmaz. Stebbing, hasta yaşı, fizik muayene, tümör çapı, mamografi ve ultrasonografi bulgularının doğru tanı için yeterli olmadığını bildirmiştir (10). Rowell, ultrasonografide solid tümör içinde kistik alanların görülmesinin FT tanısında yüksek oranda başarı sağladığını, bununla birlikte olguların ancak %10-20'sinde FT tanısının preoperatif dönemde koyulabildiğini bildirmiştir (11). Chao ve ark. (12) FT ve fibroadenomlar arasında ultrasonografik olarak benzer özellikler olduğunu, bunun yanında FT olgularının yaş ortalamasının ve ortalama lezyon çapının fibroadenomdan daha büyük olduğunu bildirmiştir. Regresyon analizi sonucunda, lobule şekilli, düzensiz iç ekoya sahip ve mikrokalsifikasyon içermeyen lezyonların FT düşündürmesi gerektiği rapor edilmiştir. Yılmaz ve ark. (13) boyutları 3 cm'nin üzerinde 19 fibroadenom ve 12 FT olgusunun ultrasonografi bulgularını karşılaştırmıştır. Bu çalışmada ultrasonografide yuvarlak ya da lobüle görünümlü posterior akustik gölge veren ve içinde kistik alanlar içeren lezyonların FT'de istatistiksel olarak fibroadenomdan daha fazla görüldüğü bildirilmiştir. Lezyon çapının büyük olması (> 3 cm) ve kistik alanlar veya yarıkların bulunması daha çok FT tanısı koydurmasına rağmen, fibroadenom ve malign yada benign FT arasında belirgin benzerlik mevcuttur (14).

KAYNAKLAR

1. Sakman G, Parsak CK, Aslan A, Akinođlu A. Memenin fillodes tümöründe cerrahi tedavi. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 2005;21(1):27-32.
2. Guerrero MA, Ballard BR, Grau AM. Malignant phyllodes tumor of the breast: review of the literature and case report of stromal overgrowth. *Surg Oncol*, 2003;12:27-37.
3. Chaney AW, Pollack A, McNeese M, Zagars GK. Adjuvant radiotherapy for phyllodes tumor of breast. *Radiat Oncol Investing*, 1998;6:264-7.
4. Chaney AW, Pollack A, Mcneese MD. Primary treatment of cystosarcoma phyllodes of the breast. *Cancer* 2000; 89:1502-1510.
5. Barth Jr. RJ. Histologic features predict local recurrence after breast conserving therapy of phyllodes tumors. *Breast Cancer Res Treat*. 1999;57:291-295.
6. Soumarova R, Seneklova Z, Horova H, Vojkowska H, Horova I, Budikova M, Ruzickova J, Jezkova B. Retrospective analysis of 25 woman with malignant cystosarcoma phyllodes treatment results. *Arch Gynecol Obstet*. 2004;269:278-281.
7. Salvadori B, Cusumano F, Del Bo R, Delladonne V, Grassi M, Rovini D, Saccozzi R, Andreola S, Clemente C. Surgical treatment of phyllodes tumors of the breast. *Cancer*. 1989;63:2532-2536.
8. Buchanan EB. Cystosarcoma phyllodes and its surgical management. *Ann Surg*, 1995;61:350-355.
9. De Roos WK, Kaye P, Dent DM. Factors leading to local recurrence or death after surgical resection of phyllodes tumours of the breast. *Br J Surg*, 1999;86:396-399.
10. Stebbing JF, Nash AG. Diagnosis and management of phyllodes tumour of the breast: Experience of 33 cases at a specialist centre. *Ann R Coll. Surg. Engl*. 1995;77:181-184
11. Rowell MD, Perry RR, Hsiu JG, Barranco Sc. Phyllodes tumors. *Am J Surg*, 1993;165:376-379.
12. Chao TC, Lo YF, Chen SC. Sonographic features of phyllodes tumors of breast. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2002;20:64-71
13. Yılmaz E, Sal S, Lebe B. Differentiation of phyllodes tumors versus fibroadenomas. *Acta Radiol*. 2002;43:34-39.
14. Anderson BO, Lawton TS, Lehman CD, Moe RE. Phyllodes tumors in: *Diseases of Breast* (ed) Haris JR. Philadelphia Lippincot. 2004:991-1006.