

MEME KANSERLİ KADINLARDA CERRAHİ YÖNTEMİN SEÇİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Taner Çolak¹, Emel Alimoğlu², Ayhan Mesci¹, Elif Peştereli³, Adnan Kabaalioglu², Şeyda Karaveli³, Mustafa Akaydın¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

ÖZET

GİRİŞ: Dünyada olduğu gibi Türkiye'de de beklenen oranda meme koruyucu cerrahi (MKC) yapılmamaktadır. MKC yerine modifiye radikal mastektomi (MRM) yapılmasına neden olabilecek faktörleri bulmak amacı ile bu çalışma yapıldı.

GEREÇ ve YÖNTEM: Meme kanseri tanısı ile 375 kadın hasta tedavi edildi ve potansiyel olarak MKC için uygun invaziv meme kanserli 273 kadın hasta seçildi ve MRM ve MKC yapılan olmak üzere iki gruba ayrıldı. Cerrahi tipine etkili olabileceği düşünülen faktörler tek yönlü analiz için Ki-kare ve Mann-Whitney U testi, çok yönlü analiz için Lojistik regresyon testi ile araştırıldı. Göreceli riskler (GR) ve güvenlik aralıkları (GA) hesaplandı ve $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR: MKC için uygun olduğu kabul edilen hastaların %68'ine MRM, %32'sine MKC yapıldı. Tümörün üst kadran dışında diğer kadrarlarda bulunması (GR: 0.46, GA: 0.24–0.87), ilk tanıda yapılan biyopsinin eksizyonel- frozen biyopsi olması (GR: 0.53, GA: 0.31–0.91), tümör çapının 2 cm'den büyük olması (GR: 0.49, GA: 0.28–0.86), ve ameliyatı yapan uzmanların çalışmanın süresi içinde 35'den daha az sayıda meme kanseri ameliyatı yapmış olması (GR: 0.38, GA: 0.17–0.72), MRM'nin seçilmesine etkili olduğu bulundu.

SONUÇ: Biyopsinin görüntüleme eşliğinde yapılmasının (işaretli veya kor), tümör çapının ölçüt olarak kullanılmamasının, üst dış kadran dışında yerleşmiş tümörlerde de MKC yapılmasının ve meme ameliyatını daha çok yapan doktorlarca tedavinin yönlendirilmesinin, MRM oranlarını azaltabileceğini düşünüldü.

Anahtar sözcükler: meme kanseri, meme koruyucu cerrahi, cerrahi tercih

FACTORS THAT INFLUENCE SURGICAL PROCEDURE CHOICES IN WOMEN WITH BREAST CARCINOMA

ABSTRACT

INTRODUCTION: Like the rest of the world, breast-conserving therapy (BCT) is not being applied at expected rates in Turkey. This study was carried out in order to find the factors causing the application of MRM instead of BCT.

METHOD: 375 women were treated with diagnosis of breast cancer and 273 women potentially suitable for BCT who have invasive breast cancer were chosen and they were divided into two groups as MRM and BCT. Factors that may affect surgery type were examined with chi-square test and Mann-Whitney U test for one-directional, and with logistic regression for multi-directional analysis. Relative risks (RR) and confidence intervals (CI) have been calculated and $p < 0.05$ was accepted significant.

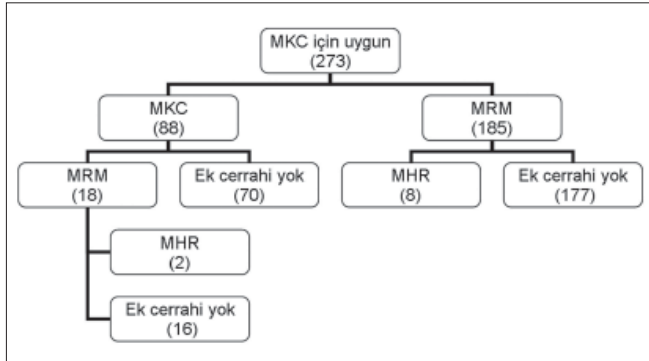
RESULTS: For patients, who were accepted suitable for BCT, MRM has been applied to 68 % and BCT has been applied to 32%. The existence of the tumor at quadrants other than upper quadrant (RR: 0.46, CI: 0.24–0.87), application of excisional-frozen biopsy as the first diagnostic biopsy (RR: 0.53, CI: 0.31–0.91), tumor diameter being more than 2 cm (RR: 0.49, CI: 0.28–0.86) and the surgeon's experience of less than 35 breast cancer operations during the period of study (RR: 0.38, CI: 0.17–0.72) have been effective at the choice of MRM.

CONCLUSION: MRM rates may be decreased by having the biopsy with screening methods (needle localization or cor), not using the tumor diameter as a criterion, application of BCT to tumors at other sides than upper quadrant and orientation of the treatment by surgeons who are more experienced at breast operations.

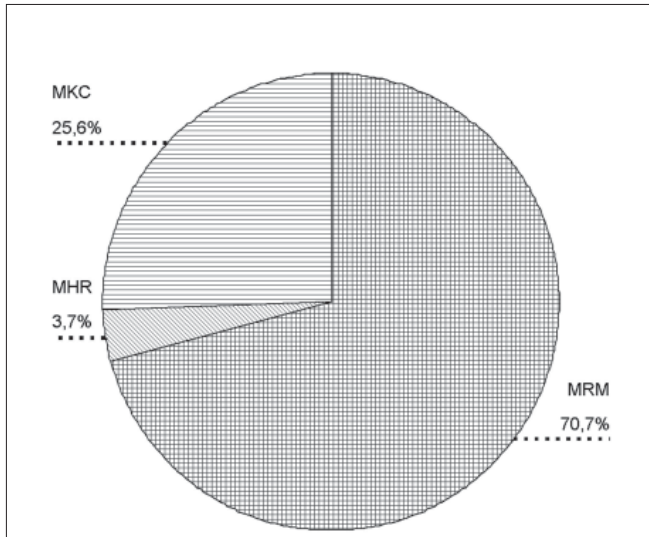
Key words: breast carcinoma, breast-conserving therapy, surgical choices

Erken evre meme kanserinde cerrahi tedavi alternatifleri, modifiye radikal mastektomi (MRM), mastektomi ve hemen rekonstrüksiyon (MHR), meme koruyucu cerrahidir (MKC). Erken evre meme kanserinde, yirmi yıla yakın izlemde, MKC ve radyoterapi ile MRM sonucunda hasta ve hastalısız sağ kalım yönünden fark olmadığı gösterilmiştir (1). Bir çalışmada tüm meme kanseri hastalarının % 48'inin MKC için uygun olduğu ve Evre I için

%57± 10, evre II için %52± 9 hastaya MKC yapılabileceği ileri sürülmektedir (2). Diğer bir çalışmada evre I için %90, evre II için %72, evre III için %67 hasta için MKC uygun olduğu, buna karşın MKC için uygun olan hastaların %50 den fazlasına MRM yapıldığı ifade edilmektedir (3). Türkiye'de sıklıkla seçilen yöntem mastektomidir ve kesin kayıtlar olmasa da MKC oranı tüm meme kanserli hastalarda %5- 60 arasında değişmektedir (4). Meme kanserli kadın



Şekil 1. Yapılan cerrahi tedaviler. Parantez içindeki sayılar hasta sayılarıdır.



Şekil 2. Hastalara uygulanan cerrahi tedaviler.

hastaların büyük bölümü MKC için uygun iken halen MRM'nin tercih edilmesinin nedenleri ortaya koyulmalıdır. Biz bu retrospektif çalışmada, MKC için uygun olabilecek hasta grubunda, MRM yapılmasına neden olabilecek potansiyel faktörleri bulmayı amaçladık.

Materyal ve Metodlar

Akdeniz Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı meme kanseri veri tabanına hasta verileri prospektif olarak kayıt edilmektedir. Bu çalışmada kullanılan veriler bu nedenle prospektif olarak elde edilmiş ve retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Ocak 2003- Mart 2007 tarihleri arasında 375 yeni meme kanseri tanısı almış kadın hastaya cerrahi tedavi uygulandı. Bu grup içinde, invaziv, noninvaziv toplam tümör çapı 4 cm altında, lokal ileri evre olmayan, invaziv meme kanseri patolojisi olan, potansiyel olarak MKC için uygun olan 273 kadın hasta seçildi. Hastalar, ilk ameliyatta MRM ve MKC yapılan hastalar olmak üzere iki gruba ayrıldı. İki grup arasında karşılaştırılan veriler; yaş (yıl), menopoz durumu (premenopozal, menopozda), tümörün memedeki yeri (üst dış kadran, diğer kadranlar), biyopsi türü (frozen- eksizyonel,

Tablo 1. Evrelere göre modifiye radikal mastektomi (MRM) ve meme koruyucu cerrahi (MKC) yapılan hastaların sayı ve yüzdeleri.

	MRM n(%)	MKC n(%)	Toplam n(%)
Evre I	59(58)	42(42)	101(37)
Evre IIa	59(70)	25(30)	84(31)
Evre IIb	31(72)	12(28)	43(16)
Evre IIIa	27(87)	4(13)	31(11)
Evre IIIc	9(64)	5(36)	14(5)
Toplam	185(68)	88(32)	273

işaretili-kor biyopsi), tümör büyüklüğü (mm), tümör büyüklüğü grubu (2 cm altı, 2 cm ve üstü), aksiller lenf düğümlerinin durumu (metastaz yok, var), ameliyatı yapanların uzmanlıktan sonraki süresi (20 yıldan az, 20 yıldan fazla), ameliyatı yapanların 2003 den beri yaptıkları meme ameliyat sayıları (35' dan az, 35 ve üzeri) idi. Değerlendirilemeyen hasta özellikleri; hastanın mastektomi tercihi, tümör ile meme çapı oranı, hastaların sosyal, ekonomik, sağlık güvencesi ve eğitim durumları idi.

Ayrıca, ilk ameliyatta MKC yapılan ve sınıır pozitifliği saptanması sonrası mastektomi yapılan hastalar için mastektomiye yukarıda sayılan değişkenleri etkisi araştırıldı.

Tek yönlü analizde, Kategorik değişkenler için Ki-kare, sürekli değişkenler için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Çok yönlü analizde, tek yönlü analizde MRM' ye etkisi anlamlı bulunan kategorik değişkenler için Lojistik regresyon analizi yapıldı. Değişkenlerin, MRM için rölatif riski ve %95 güvenlik aralığı hesaplandı. Tüm istatistik analizlerinde $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Sonuçlar

MKC için, daha önce verilen ölçütlere göre, uygun olduğu kabul edilen 273 hasta çalışmaya alındı. Hastaların evrelere ve yapılan cerrahiye göre dağılımları Tablo 1'de verilmiştir. Hastaların % 37'si Evre I, %47'si Evre II, %16'sı Evre III meme kanseriydi. Hastaların 88'ine MKC yapıldı (%32). MKC oranları, Evre I, II, III'de sırasıyla %42, %29 ve %20 bulundu. Başlangıçta MKC yapılanların 18'ine (%21) cerrahi sınır pozitifliği nedeni ile mastektomi uygulandı. İki hastaya MHR yapıldı. İlk ameliyatta MRM yapılan 185 hastanın (%68) 8'ine MHR uygulandı (Şekil 1). Sonuç olarak MRM, 193 hastaya (%70.7), MHR, 10 hastaya (%3.7), MKC, 70 hastaya (%25.6) yapıldı (Şekil 2). Sonuçta, 203 hastaya MRM, 70 hastaya MKC uygulanmış oldu. İki hastaya neoadjuvan tedavi sonrası MKC uygulandı. Bir hastaya radyoterapi komplikasyonu nedeni ile ilk ameliyattan bir yıl sonra mastektomi yapıldı.

Tablo 2. Araştırılan özellikler ile modifiye radikal mastektomi (MRM) ve meme koruyucu cerrahi (MKC) ilişkisi. P değeri tek yönlü analiz için, P* değeri çok yönlü analiz için verilmiştir.

Araştırılan Özellik	MRM(185) n(%)	MKC(88) n(%)	P	Göreceli risk	Güvenlik aralığı	P*
Menopoz öncesi	109(59)	54(61)	0.7			
Menopoz sonrası	76(41)	34(39)				
Tümör diğer kadranslarda	64(35)	17(19)	0.01	0.46	0.24-0.87	0.016
Tümör üst dış kadranda	121(65)	71(81)				
Eksizyonel-frozen biyopsi	104(56)	34(39)	0,007	0.53	0.31-0.91	0.021
İşaretli veya kor biyopsi	81(44)	54(61)				
Aksiller lenf düğümü +	87(47)	31(35)	0.06			
Aksiller lenf düğümü -	98(53)	57(65)				
Hasta yaşı ≥50 yıl	99(53)	40(45)	0.2			
Hasta yaşı <50 yıl	86(47)	48(55)				
Tümör çapı>2 cm	95(51)	28(32)	0.002	0.49	0.28-0.86	0.013
Tümör çapı≤2 cm	90(49)	60(68)				
Ameliyat sayısı <35 hasta	54(29)	11(13)	0.002	0.38	0.17-0.72	0.004
Ameliyat sayısı ≥35 hasta	131(71)	77(87)				
Uzmanlık süresi ≥20 yıl	111(60)	47(53)	0.3			
Uzmanlık süresi <20 yıl	74(40)	41(47)				

Belirtilen sürede, MRM yapılan üç hastada, MKC yapılan bir hastada uzak metastaz saptandı. Lokal nüks MKC yapılan hastalarda gözlenmezken, MRM yapılan bir hastada görüldü.

Ortalama hasta yaşı; MRM grubunda 52± 12 yıl, (ortanca 50 yıl), MKC grubunda 50± 11 yıl, (ortanca 48 yıl) (p=0.3), ortalama tümör çapı; MRM grubunda 22± 9 mm, (ortanca 22 mm), MKC grubunda 19± 10 mm, (ortanca 17.5 mm), (p= 0.002) bulundu.

Değişkenlerin ameliyat türü ile ilişkisi ve tek ve çok yönlü analiz sonuçları Tablo 2'de verilmiştir. Tümörün üst kadranda bulunması (p=0.01), ilk tanıda yapılan biyopsinin eksizyonel- frozen biyopsi olması (p= 0.007), tümör çapının 2 cm' den büyük olması (p=0.002) ve ameliyatı yapan uzmanların çalışmanın süresi içinde 35'den daha az sayıda meme kanseri ameliyatı yapmış olması (p=0.002) anlamlı olarak MKC yerine MRM' nin seçilmesine etkili olduğu bulundu.

Çok yönlü analizde yukarıda sayılan özelliklerin her birinin bağımsız olarak MRM yapılmasına etkili olduğu gözlemlendi. Tümörün üst kadranda bulunması %53, tanı için eksizyonel biyopsi yapılmış olması %47, tümör çapının 2 cm'den büyük olması %51 ve

daha az sayıda ameliyat yapan uzmanların ameliyatı yapması %62 oranında MRM ameliyatını artırdığı bulundu (Tablo 2).

Hastanın yaşının 50 yaş üzerinde olmasının (p= 0.2), menopozal durumun (p= 0.7), aksiller lenf düğüm metastazının bulunmasının (p= 0.06), ameliyatı yapan uzmanın uzmanlık süresinin daha fazla olmasının (p= 0.3) ameliyat seçimini etkilemediği bulundu (Tablo 2).

İlk ameliyatta MKC yapıp daha sonrası mastektomi yapılan hastalar için araştırılan değişkenlerden mastektomiye yönlendiren tek değişken tümörün üst kadranda bulunması olduğu bulundu (p= 0.018) (Tablo 3). Diğer değişkenler ile ilgili sonuçlar verilmemiştir.

Tartışma

Meme kanserinin cerrahi tedavisinde MKC tüm dünyada giderek artan oranda MRM' nin yerini almaktadır. Buna karşın gelişmiş toplumlarda bile MKC beklenen oranlara ulaşmamıştır. Toplumda yaygın çalışmalarda, Evre I ve II' de %50' den az oranda MKC yapıldığı bildirilmektedir (5). MKC için hasta seçiminde kesin ve göreceli kontraendikasyonlar belirlenmiştir (Tablo 4)(6). MKC yapılabilmesi için bilgilendirilen hastaların onayı gereklidir ve MKC hasta terci-

Tablo 3. İlk ameliyatta meme koruyucu cerrahi yapılan ve daha sonra mastektomi yapılan (MRM+) ve yapılmayan (MRM-) hastalarda tümörün memedeki yerinin mastektomiye etkisi.

Araştırılan Özellik	MRM-(70) n(%)	MRM+(18) n(%)	P
Tümör diğer kadrarlarda	10 (14)	7 (39)	0.018
Tümör üst dış kadranda	60 (86)	11 (61)	

hi ile yapılmalıdır. Türkiye için çok farklı MKC oranlarının verilmesi hastaların başvurusundaki tümör boyutunun farklı olması ile açıklanabileceği ileri sürülebilir. Yine de uygulama farklılığını sadece bu düşünce ile açıklamak olası değildir. Hastaların, cerrahi yöntemi seçimi, sosyal, ekonomik, sağlık güvencesi ve eğitim farklılıkları, medikal olanaklar arası farklar (radyoterapi olanağı gibi) MRM tercihinin yol açabilir.

Bu çalışmada, hasta tercihinin, hastaların sosyal, ekonomik, sağlık güvence ve eğitim durumlarının etkisini, geriye dönük bir çalışma olması ve bu konudaki kayıtların olmaması nedeni ile değerlendirilmememiz çalışmamızın eksik noktalarıdır.

Morrow ve arkadaşları, sadece tümör çapı kriterine göre hastaların %75' nin MKC için uygun olabileceğini, 16 643 hastada yaptıkları çalışmada MKC' nin %42.6' sında uygulandığını bildirmişlerdir (5). Çalışma süresince ameliyat edilen 375 hastanın 273' ü (% 73) MKC için uygun olmasına karşın ancak 88 hastada (%23) MKC' nin tercih edildiği bulundu. Hem bu MKC oranı hem de Tablo 1' de evrelere göre verilen MKC oranları Tyldesley ve arkadaşları ile Morrow ve arkadaşlarıncı bildirilen oranların altında olduğu görüldü (2, 3).

Çalışmamızda, MKC yapılan hastaların yaş ortalaması MRM yapılan hastalara göre düşük bulunmasına karşın bu fark azdı. Ortanca yaş MRM grubunda 50 yıl iken, MKC grubunda 48 idi. Buna karşın 50 yaş ve üzerindeki ile 50 yaş altındaki hastalarda MKC oranı arasında fark saptanmadı (p=0.2). Tanı anındaki hasta yaşının büyük olmasının, MKC yerine MRM tercihinin yol açtığı sıklıkla rapor edilmiştir (5, 7, 8, 9). Yaşlı hastalarda radyoterapinin risklerinin, pandüler meme şeklinin daha fazla olması nedeniyle MRM daha çok seçilmiş olabilir. Madan ve arkadaşları, ileri yaşa bağlı MKC yerine MRM seçiminin doktorlara bağlı olduğunu ve eğitimle önlenileceğini ileri sürmüşlerdir (10).

MKC için hasta seçiminde, tümör çapı belirleyici olmasına karşın, tümör çapı ile meme boyutu arasındaki oranın daha önemli olduğuna inanılmaktadır (8). Hastalarımızda tümör çapı MRM yapılanlarda, MKC yapılanlara göre anlamlı olarak daha büyüktü ve tümör çapının 2-4 cm arasında olmasının, 2 cm ve altında olmasına göre bağımsız olarak MRM riskini artırdığı bulundu. İki cm den büyük tümörü olan hastaların %77' sine (95/123), 2 cm ve altında tümör büyüklüğü olan hastaların %60' ına (90/ 150) MRM yapılmıştı. Tümör çapının MKC seçiminde bağımsız olarak etkili bir faktör oldu-

Tablo 4. Meme koruyucu cerrahi için kesin ve göreceli kontraendikasyonlar.

Durum	Kontraendikasyon
Birinci ve ikinci trimesterde gebelik.	Kesin
Memede ayrı kadrarlarda iki veya daha fazla malignite veya diffüz malignite veya yaygın mikrokalsifikasyonların olması temiz cerrahi sınır elde edilememesine yol açıyor ise.	Kesin
Daha önce meme bölgesine uygulanan radyoterapi.	Kesin
Kollagen vasküler hastalık varlığı.	Kesin
Genel kabul, tümör çapının 4-5 cm den büyük olması MKC için engel oluşturacaktır.	Göreceli
Büyük pandüler meme radyoterapi sorunları neden olabilir.	Göreceli
Santral yerleşimli tümör olması meme başının çıkarılmasını gerektiriyor ise.	Göreceli

ğunu bildiren birçok çalışma mevcuttur ve sonuçlarımıza benzer olarak bu çalışmalarda da tümör çapı arttıkça MKC yapılma oranı azalmaktadır (5, 7, 8).

Meme kanserinin tanısında biyopsi yöntemi seçiminin yapılan ameliyat türünü tümör çapından bağımsız olarak etkilediği saptandı. Tanı eksizyonel biyopsi veya ameliyat sırasındaki frozen biyopsi ile koyulduğunda %75 (104/ 138), işaretli veya kor biyopsi yapılanlarda %60 (81/135) oranında mastektomi yapılmıştı. Daha önce benign nedenle meme biyopsisi yapılan hastalarda, açıklanamayan nedenlerle MRM' nin MKC' ye göre daha fazla tercih edildiğini Staradub ve arkadaşları bildirmişlerdir (7). Biyopsi tipinin ile cerrahi tedaviye etkisini araştıran bir çalışmayı literatürde bulamadık ve bunun nedenini açıklamak güçtür. Ameliyat sırasında frozen biyopsi sonrasında daha çok mastektomi yapılması (%78) önceden kesin tanının bilinmemesi ve hasta ile alternatifler konusunda konuşulamaması nedeni ile olabilir. Eksizyonel biyopsi yapılan hastalarda ise sıklıkla cerrahi sınırların bilinmemesi, hastanın üçüncü belki dördüncü cerrahiye gerektirecek olması daha sık mastektomi tercihinde (%75) rol oynayabilir. Buna karşın, kor biyopsi ve işaretli biyopsi yapılan hastalarda mastektomi oranı sırasıyla %64 ve %57 idi.

Meme kanserinde tümörün memede üst dış kadranda dışında bir yerde bulunması mastektomi tercihinin bağımsız olarak artırdığı bulundu. tümör üst dış kadranda ise %63 (121/192) memenin diğer bölgelerinde ise %79 (64/ 81) oranında mastektomi yapılmıştı. Üst dış kadranda, meme dokusunun en fazla olduğu bölge olduğu

için, kozmetik görünümü bozmadan temiz cerrahi sınırlar ile daha çok meme dokusu çıkarılabilir. Santral bölgedeki tümörün meme başını çıkarmadan MKC yapılması güçtür, diğer kadranlarda ise iyi kozmetik sonucu sağlamak daha güç olabilir. Morrow ve arkadaşları, dış ve iç kadranlarda tümörün olmasının, santral bölgeye göre sırasıyla 1.99 ve 1.96 kat MKC'yi artırdığını bildirmişlerdir (5). Ayrıca ilk ameliyatta MKC yapılıp daha sonra cerrahi sınır pozitifliği veya yakınlığı (Hastanemizde invaziv tümörler için cerrahi sınır yakınlığı, 2 mm den yakında tümör hücresi olmasıdır) nedeni ile mastektomi yapılmasını etkileyen tek faktörün tümörün üst dış kadranda olmaması olduğu bulundu. Üst dış kadranda tümörlerinde mastektomiye dönme oranı %18 (11/61), diğer kadranlarda %41 (11/61) bulundu. Diğer kadranlardaki tümöre reeksizyon yapılması sonrası, meme dokusunun yetersizliği sonucu, beklenen kozmetik sonucu elde edememenin neden olduğu düşünüldü.

Meme kanseri ameliyatlarını çalışma periyodu sırasında 35 den az yapan doktor grubu %83 (54/65) oranında mastektomi yaparken, 35 ve üzerinde yapan doktor grubu %63 oranında mastektomi yapmıştı. Doktorun ameliyat sayısı bağımsız olarak ameliyat tercihinin belirleyici bir faktördü. Çalışmamızda mastektomi seçimi belirleyen faktörlerden en önde geleni, doktorun meme kanseri ameliyatlarını yapma sıklığı idi. Daha az meme kanseri yapan doktorlar daha çok yapanlara göre %62 daha fazla MRM yapmışlardı. Doktorun eğitim aldığı yıl ve dolaylı olarak yaşı ise ameliyat tercihinin etkilemiyordu.

Kaynaklar

1. Poggi MM, Danforth DN, Sciuto LC, Smith SL, Steinberg SM, Liewehr DJ, Menard C, Lippman ME, Lichter AS, Altemus RM. Eighteen-year results in the treatment of early breast carcinoma with mastectomy versus breast conservation therapy. The National Cancer Institute randomized trial. *Cancer* 2003; 98:697-702. (PMID: 12910512)
2. Tyldesley S, Foroudi F, Barbera L, Boyd C, Schulze K, Walker H, Mackillop WJ. The appropriate rate of breast conserving surgery: an evidence-based estimate. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2003; 15:144-155. (PMID: 12801054)
3. Morrow M, Bucci C, Rademaker A. Medical contraindications are not a major factor in the underutilization of breast conserving therapy. *J Am Coll Surg* 1998; 186:269-274. (PMID: 9510257)
4. Özmen V. Editörden. *Meme Sağlığı Dergisi* 2006; 2:55-58
5. Morrow M, White J, Moughan J, Owen J, Pajack T, Sylvester J, Wilson JF, Winchester D. Factors predicting the use of breast-conserving therapy in stage I and II breast carcinoma. *J Clin Oncol* 2001; 19:2254-2262. (PMID: 11304779)

MKC yapılmasını belirleyen ve en sık araştırılan faktörlerden biri de ameliyatı yapan doktordur. Hiotis ve arkadaşları yılda 15'den fazla meme kanseri ameliyatı yapan doktorların, yılda 1-5 hasta tedavi edenlere göre 1.66 kat fazla MKC yaptıklarını bildirmişlerdir (8). Luther ve Studnicki'nin Florida bölgesinde yapılan ameliyatları inceledikleri çalışmada da iki yılda 36 ameliyatın altında yapan doktorların 53 ve üzerinde ameliyat yapanlara oranla 1.35-1.78 kat daha fazla mastektomi yaptıkları gösterilmiştir (11).

Türkiye'de meme kanserinin cerrahi tedavisinde MRM, MKC bilinen etkinliğine rağmen halen en sık yapılan ameliyattır. Nedenleri için sosyal, ekonomik, sağlık güvencesi ve eğitim gibi birçok etkenin araştırılması gerekliliği açıktır. Bunun gibi nedenleri, yeterli veri olmadığı için araştırmadık ve çalışmamızın önemli bir eksiği idi.

Doktor ve/veya hastayı mastektomi seçimine yönlendiren nedenlerin, tümör çapının 2 cm'den büyük olması, tümörün üst dış kadranda bulunması, biyopsinin eksizyonel-frozen ile yapılması ve ameliyatı yapan doktorun meme kanseri ameliyatlarını az yapması olduğu kanısına varıldı. Sonuç olarak bu çalışma bize, biyopsinin görüntüleme eşliğinde yapılmasının, tümör çapının tek ölçüt olarak kullanılmamasının, üst dış kadranda yerleşmiş tümörlerde de MKC yapılmasının ve meme kanseri ameliyatını daha çok yapan doktorlarca tedavinin yönlendirmesinin, MRM oranlarını azaltabileceğini düşündürdü.

6. Winchester DP, Cox JD. Standards for breast-conservation treatment. *CA Cancer J Clin* 1992; 42:134-176. (PMID: 1568135)
7. Staradub VL, Hsieh YC, Clauson J, Langerman A, Rademaker AW, Morrow M. Factors that influence surgical choices in women with breast carcinoma. *Cancer* 2002; 95:1185-1190. (PMID: 12216083)
8. Hiotis K, Ye W, Spoto R, Skinner KA. Predictors of breast conservation therapy: size is not all that matters. *Cancer* 2005; 103:892-899. (PMID: 15641031)
9. Kotwall CA, Covington DL, Rutledge R, Churchill MP, Meyer AA. Patient, hospital, and surgeon factors associated with breast conservation surgery. A statewide analysis in North Carolina. *Ann Surg* 1996; 224:419-426. (PMID: 8857847)
10. Madan AK, Aliabadi-Wahle S, Beech DJ. Age bias: a cause of underutilization of breast conservation treatment. *J Cancer Educ* 2001; 16:29-32. (PMID: 11270896)
11. Luther SL, Studnicki J. Physician practice volume and alternative surgical treatment for breast cancer in Florida. *Health Serv Res* 2001; 36:166-179. (PMID: 1383613)

İletişim

Taner Çolak
Tel : +90 242 2496506
E-Posta : tcolak@akdeniz.edu.tr