

# Gebelikte meme kanseri metastazına bağlı nörolojik defisit: Olgu sunumu

Neurological deficit due to breast cancer metastasis during pregnancy: a case report

**Sinem ALBAYRAK KAYA,<sup>1</sup> Remzi ABALI,<sup>2</sup> Taylan ONAT,<sup>1</sup> Hayriye Serpil BOZKURT,<sup>3</sup> Işıl ŞENEL<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>*Istanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul;*

<sup>2</sup>*Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tekirdağ;*

<sup>3</sup>*Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul*

Gebelik ve laktasyon döneminde memelerdeki hassasiyet ve büyüme, bu dönemde ortaya çıkan bir kitleyi maskeleyebilmekte ve dolayısıyla meme kanserinin tanısını geciktirebilmektedir. Otuz sekiz yaşındaki H.K. (G3;P1) acil servisimize bacaklarda güçsüzlük, uyuşma, karıncalanma, yürüyememe, gaita ve idrar inkontinansı ile başvurdu. Ultrasonografide 33-34 hafta gebeliği mevcuttu. Fetal distress nedeni ile acil sezaryenle 1850 gr ağırlığında mekonyumlu bir erkek bebek doğurtuldu. Postoperatif dönemde hiperkalsemi ve prerenal yetmezlik tablosu gelişti. Tüm sistemik tetkikleri yapılan hastamızın kraniyum, vertebralar, sakroiliyak bölge ve karaciğerde yaygın metastazları saptandı. Meme kanseri tanısı konulduğunda inoperatif olarak kabul edildi. Gebelikteki meme kanserinin tanısını koymadaki güçlüğü ve olası gecikmenin doğuracağı dramatik sonuçları vurgulamak için olgumuzu sunmayı uygun bulduk.

**Anahtar sözcükler:** Gebelik; hiperkalsemi; meme kanseri; nörolojik defisit.

The hypervascularization of the pregnant breast and the role of hormones during pregnancy and lactation have been incriminated for the delays in diagnosis of breast cancer. A 38-year-old multiparous patient (H.K.), G3P1, was admitted to our clinic to evaluate her inability to walk, paresthesia in her legs, and fecal and urine incontinence. According to obstetric ultrasonography (USG), she was at 33-34 weeks of gestation. Because of fetal distress, we performed cesarean section, and she delivered a 1850 g male baby with meconium. Postoperatively, she had prerenal failure and hypercalcemia. Following our investigations, we determined metastatic lesions in the cranium, liver, and sacroiliac and vertebral bones. Unfortunately, when we diagnosed her breast cancer, it was inoperable. We wanted to present our case to discuss how diagnosis can be challenging in a pregnant woman and to emphasize the dramatic and severe prognosis of breast cancer during pregnancy because of the delay in diagnosis.

**Key words:** Pregnancy; hypercalcemia; breast cancer; neurological deficit.

Günümüzde özellikle kişisel ve mesleki nedenlerle gebeliği otuzlu ve kırklı yaşlarına dek erteleyen kadınların sayısı arttıkça gebelikte görülen meme kanseri insidansı da artış göstermektedir.<sup>[1]</sup> Gebelik ve meme kanseri birlikteliği oldukça nadir olmasına karşın insidansı %0.2 ile 3.8 arasında değişmektedir.<sup>[2]</sup> Gebe memesindeki hipervaskularizasyon, hormonal değişim, immünolojik faktörlerin varlığı suçlanan olası faktörlerdir. Tanıdaki gecikme ve hasta popülasyonunun daha genç yaş gu-

rubunda olması nedeniyle prognoz çok daha olumsuz olmaktadır.<sup>[3]</sup>

## OLGU SUNUMU

Olgumuz H.K.'nın özgeçmişinde penisilin alerjisi ve gestasyonel diyabet dışında özellik yoktu. Acil servisimize geldiğinde yaklaşık 15 gündür yürüyememe, halsizlik, uykuya meyil, çok su içme ve sık idrara çıkma şikayetleri mevcuttu. Son iki gündür idrar ve gaita inkontinansı da başlayan

İletişim (Correspondence): Dr. Remzi ABALI. Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, 59100 Tekirdağ, Turkey. Tel: +90 - 282 - 261 00 00 e-posta (e-mail): remziabali@yahoo.com

hastamızın TA: 140/100 mm/Hg, NDS: 120/dk. KG: ARh (+), Hgb: 11.8 mg/dl, Hct: 33.5, lökosit: 19500, Plt: 503.000, üre 87 mg/dl, kreatinin: 1.5 mg/dl olarak saptandı. Obstetrik ultrasonografide (USG); BPD: 33 hafta (82.1 mm), AC: 33 hafta 5 gün (297 mm), FL: 33 hafta 6 gün (65 mm) olarak ölçüldü. NST’de varyabilite kaybı ve geç deselerasyonlar izlenmesi üzerine acil sezaryene karar verilerek mekonyumlu bir erkek bebek doğurtuldu.

Postoperatif dönemde hastamızın genel durumu somnolans halinde, Hgb: 11.2 mg/dl, Hct: 32.7, lökosit: 30.400, Plt: 459.000, TA: 120/70, NDS: 88/dk, üre:130 mg/dl, kreatinin: 1.6 mg/dl, AKŞ: 119 mg/dl, Ca: 12.1 mg/dl, Na: 136 mmol/L, K: 3.6 mmol/L, ½ saat sedimentasyon 150 mm, CRP: 8.17 mg/L idi. Postoperatif hastanın aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapıldı. Aldığı 3000 cc, çıkardığı 550 cc. idi. Tümör markerlarından CEA: 1.44 ng/ml, AFP: 17.87 IU/ml, CA 125: 44.72 U/ml, Ca 19.9: 31.45 U/ml, Ca: 15.3: 72.58 U/ml olarak saptandı. Postoperatif dönemde nörolojik defisiti devam eden hastamız hiperkalsemi ve prerenal yetmezlik tablosu nedeniyle paratiroid adenomu, meduller tiroid Ca, multipl miyelom, meme Ca ön tanıları ile tetkik edildi. Üriner sistem USG’sinde bilateral grade II nefropati, bilateral kortikomeduller ayırında belirginleşme izlendi.

Hastamızın PTH, osteokalsin, Bence Jones protein düzeyleri normal olarak saptandı. Prote-

in elektroforezinde albümin ve gama globulin düzeylerinde azalma, alfa 1-2 ve beta bandında artış, total proteinde azalma (5.70 mg/dl) saptandı. Tiroid USG’sinde patoloji saptanmazken, bilateral meme-aksiller USG’de; sağ meme 11 hizasında 14x5 mm anterioru hiperekojen lezyon. Sol memede multiple sayıda en büyüğü saat 2 hizasında 14x15 mm saat 2-3 hizasında 9x4 mm saat 3 hizasında 17x5 mm, inferiorunda 14x8 mm saat 5 hizasında düzensiz sınırlı 41x13 mm heterojen hipoejojen bazılarında internal kalsifikasyonlar izlenen solid kitlesel lezyon, sol aksillada 15x9 mm santal ekojenitesi kaybolmuş hipoejoik lezyon (metastaz) izlendi. Sol memeden yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi ve hücre bloğunun patolojik incelemesinde malignite özellikleri taşıyan sitolojik materyal saptandı.

Hastamızın radyolojik tetkiklerinde; kraniyum, dorsolomber vertebra, her iki humerus, el-ayak-pelvis radyogramında; kraniyum, toraks, kostalarda, pelviste ve özellikle sol iliyak kemikte, her iki iskium pubis kollarında, yine sol femur intertorakanterik bölgede öncelikle metastazı düşündürülen düzgün konturlu litik lezyonlar saptandı (Şekil 1).

Kontrastlı toraks tomografisinde; T4, T5, T6 vertebra korpuslarında metastatik lezyonlar lehine hipodens alanlar izlendi. Her iki hemitoraks bazalinde plevral mayii görünümüleri mevcuttu (Şekil 2).



Şekil 1. Pelvis radyogramında metastaza bağlı yaygın litik lezyonlar görülmekte.



Şekil 2. Kontrastlı BT’de vertebra korpuslarında metastatik lezyonlar lehine hipodens alanlar ve hemitoraks bazalinde plevral mayii görünümüleri izlenmekte.

Kontrastlı tüm batın tomografisinde; karaciğer parankimi içerisinde hipodens yer kaplayıcı lezyon izlendi ve metastatik lezyonlar lehine değerlendirildi (Şekil 3). Lomber vertebra korpuslarında her iki iliyak kanatta ve sakrumda metastatik lezyonlar lehine multipl hipodens lezyonlar mevcut olup sol iliyak kanatta kemik yapıda destrüksiyon ve medüller ekspansiyon saptandı.

Kontrastlı kraniyal manyetik rezonans görüntüleme (MRG); kalvarial osseöz yapılarda sol parietalde en belirgin olmak üzere ekspansil görünüm ve patolojik kontrast tutulum paterni izlendi. Tanımlanan görünüm primer malignite varlığında metastatik tutulumla ait olarak yorumlandı (Şekil 4).

Bu bulgular eşliğinde primer meme kanserini tanıyan hasta inoperatif kabul edildi. Tanı konmasından yaklaşık 2 ay sonra hasta hayatını kaybetti.

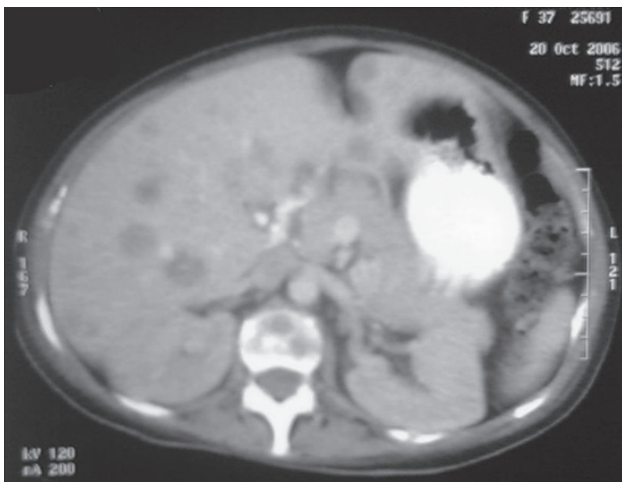
### TARTIŞMA

Gebelikte ve laktasyonda memede gelişen anormallikleri tespit etmek hem klinisyen hem de radyolog için zordur. Gebelik meme kanserinin prognozunu kötü yönde etkilemektedir.<sup>[2]</sup> Meme kanseri olan genç kadınlarda 4 yıllık prognozu olan aynı yaş grubundaki gebe kalmamış kadınlara göre daha kötüdür. Yine gebelikten kısa süre sonra meme kanseri tespit edilenlerde prognoz daha kötüdür.<sup>[3]</sup> Sporadik meme kanserleri ile karşılaştırıl-

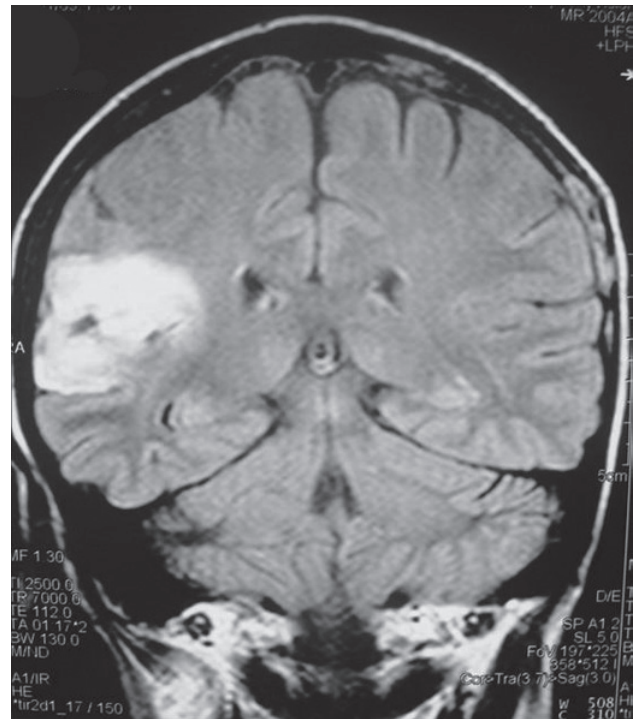
dığında gebelikte ilgili meme kanserleri daha genç yaşlarda ve daha ileri evrelerde tespit edilebilmektedir.<sup>[4]</sup>

797 gebelikte görülen meme kanseri vakasının, 4177 gebelik dışı meme kanseri ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, gebelik dönemi meme kanserlerinin daha ileri evrede, daha büyük çapta ve hormon negatif reseptör oranının daha fazla olduğu saptanmıştır. Ancak aynı evrelerdeki vakalar kıyaslandığında prognoz açısından bariz bir fark bulunmamıştır.<sup>[5]</sup>

Gebe ya da laktasyon döneminde memede kitle tespit edilince tam bir değerlendirme mutlaka yapılmalıdır. Teşhiste gecikme mortalitenin artmasına neden olacaktır. İlk görüntüleme yöntemi olarak USG önerilmektedir. USG ile %97 solid-kistik ayrımı yapılabilmektedir. Eğer USG’de solid kitle saptandı ise biyopsi yapılmalıdır. Gebelerde meme biyopsisi endikasyonları gebe olmayan kadınlarla aynıdır.<sup>[6]</sup> Biyopsi sonucu malign ise mamografi yapılmalıdır. Gebelikte meme parankimindeki yoğunluk artışından dolayı mamografinin kullanımı



Şekil 3. Batın BT'sinde karaciğerde parenkim içerisinde izlenen metastatik lezyonlar.



Şekil 4. Kraniyal MRG'de kalvarial osseöz yapılarda ekspansil görünüm ve patolojik kontrast tutulum paterni metastatik lezyon lehine yorumlandı.

kısıtlı olmakla beraber, olguların yarısında mikrokalsifikasyonları gösterebilir. Gebelikte deneyimler kısıtlı olmakla beraber MRG meme kanserinin tanısında ümit verici bir tekniktir.<sup>[7]</sup>

Bizim olgumuz kliniğimize başvurduğu sırada vücutta yaygın metastazlara bağlı olarak, nörolojik defisit ve renal yetmezlik tablosu hakimdi, oldukça ileri evredeydi. Ancak hastanın anemnezinden daha önce gebelik kontrolleri için farklı merkezlerde takip edildiği öğrenildi. Bu dönem içerisinde hastanın şikâyetlerinin gebeliğe bağlandığı ve görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç duyulmadığı anlaşıldı. Sonuç olarak, gebelerde meme ile ilgili şikâyetler daha hassasiyetle değerlendirilmeli, fizik muayenede şüpheli bir kitle varlığında mutlaka ilk basamak olarak USG önerilmelidir.

Meme kanseri multidisipliner olarak obstetrisyenin, cerrahın ve onkoloğun birlikte takip etmesi gereken bir patolojidir. Tedavi gebe olmayan hastalara yapılanlarla aynıdır. Ancak gebeliğin getirdiği fizyolojik değişikliklerin kemoterapotikler üzerine etkisi ve verilen tedavinin fetus üzerine olası olumsuz etkileri tedavide gözönünde bulundurulmalıdır.<sup>[8]</sup> Kemoterapotikler ilk trimesterde teratojen etkileri nedeniyle kullanılmamalıdır ve nötropeninin komplikasyonlarından korunmak için doğumdan 2 hafta önce kesilmelidir. Radyoterapiden fetus etkileneceği için doğum sonrasına bırakılmıdır.<sup>[9]</sup>

Gebelikte meme kanseri metastazına bağlı geli-

şen nörolojik defisit nedeniyle acil servisimize başvuran olgumuzu, tanı ve tedavideki yetersizliklerin doğurduğu olumsuz sonuçlara bağlı dramatik tabloyu vurgulamak amacıyla sunmayı uygun bulduk.

## KAYNAKLAR

1. Gemignani ML, Petrek JA. Pregnancy-Associated Breast Cancer: Diagnosis and Treatment. *Breast J* 2000;6(1):68-73.
2. Michel RM, Aguilar JL, Arrieta O. Human chorionic gonadotropin as an angiogenic factor in breast cancer during pregnancy. *Med Hypotheses* 2007;68(5):1035-40.
3. Pavlidis N, Pentheroudakis G. The pregnant mother with breast cancer: diagnostic and therapeutic management. *Cancer Treat Rev* 2005;31(6):439-47.
4. Koyuncu A, Canbay E. Gebelik ve laktasyon döneminde meme kanseri C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2002;24(1):53-6.
5. Rodriguez AO, Chew H, Cress R, Xing G, McElvy S, Danielsen B, et al. Evidence of poorer survival in pregnancy-associated breast cancer. *Obstet Gynecol* 2008;112(1):71-8.
6. Sádecký E, Brezina R, Kazár J, Urvölgyi J. Immunization against Q-fever of naturally infected dairy cows. *Acta Virol* 1975;19(6):486-8.
7. Psyrrri A, Burtneß B. Pregnancy-associated breast cancer. *Cancer J* 2005;11(2):83-95.
8. Guinee VF, Olsson H, Möller T, Hess KR, Taylor SH, Fahey T, et al. Effect of pregnancy on prognosis for young women with breast cancer. *Lancet* 1994;343(8913):1587-9.
9. Kuerer HM, Cunningham JD, Brower ST, Tartter PI. Breast carcinoma associated with pregnancy and lactation. *Surg Oncol* 1997;6(2):93-8.