

MEME HASTALIKLARINDA CERRAHİ YÖNTEMLER

Mustafa BERKEŞOĞLU¹
Ahmet DAĞ²

MEME VE AKSILLA CERRAHİSİNDE TARİHSEL DEĞİŞİM

Elde edilen bilgiler ve sağlanan gelişmeler ile birlikte meme kanseri tedavisindeki yaklaşımlar da değişmeye devam etmektedir. Daha önceki lokal kontrol sağlamak amacıyla yapılan radikal cerrahilerin aksine; yapılmış olan önemli ve öncü birçok çalışma sonucunda, sınırlı cerrahilerin uzun dönem sağ kalım sonuçlarının radikal cerrahilere benzer olduğu saptanmıştır. Çalışma sonuçlarında hastalığın lokal kontrolüne ek olarak tedavide hastalık biyolojisinin de önemli olduğu vurgulanmıştır. Sistemik tedavi (kemoterapi, hormonoterapi, hedefe yönelik tedavi) ve radyoterapi (RT) gibi adjuvan tedavilerde sağlanan gelişmelere rağmen cerrahi, günümüzde halen tedavinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Meme kanserinde mevcut cerrahi strateji; onkolojik sonuçları olumsuz yönde etkilemeden kozmetik sonuçları da önemseyerek cerrahi yapmak ve hastaların hayat kalitesini arttırmaktır. Her ne kadar radikal mastektomi ile ilgili ilk raporlar Bernard Peyrilhe'e (1737-1804) ait olsa da, tarihsel süreçte önemli dönüm noktaların-

dan biri Halsted öncesi ve sonrası dönem olarak ifade edilebilir. Halsted öncesi 18.yüzyılda, amputasyon ve koterizasyon olarak meme kanseri tedavisi uygulanmaktayken, memeden aksilla ve uzak organlara yayılım gösteren ve lokal-bölgesel bir hastalık olarak kabul gören meme kanserinin tedavisinde meme, pektoral kas ve aksiller lenf nodlarının (ALN) en-blok çıkarıldığı radikal mastektomi (RM) tekniği, 1880'li yıllardan sonra William Stewart Halsted tarafından tanımlanmış ve popularize edilmiştir. Bazı modifikasyonlar ile Halstedian yaklaşım uzun bir süre meme kanseri cerrahisinde etkili olmuştur. 1940'lı yıllardan itibaren ise radikal cerrahiler sonrasında hastaların hayat kalitesinde bozulmalar saptanmasının da etkisiyle daha sınırlı cerrahi yaklaşımlar tercih edilmeye başlanmıştır. Pektoral fasyanın bariyer olması düşüncesiyle, pektoral kasın korunduğu modifiye radikal mastektomi (MRM) tekniği ile ilgili başarılı sonuçlar Patey (1948) tarafından bildirilmiştir. Yine 1940'lı yıllardan sonra memeye sınırlı tümörler için McWhirter ve Crile tarafından ALND yapılmadan basit mastektomi ve RT uygulama sonuçları bildirilmiştir. 1960'lı yıllardan itibaren de Arthur Porrit, Peters, Crile, Fisher ve

¹ Dr.Öğr.Üyesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin Üniversitesi, berkesoglu@yahoo.com

² Prof.Dr., Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Mersin Üniversitesi, dahmetdag@yahoo.com

Eğer ilk aksiller tedavi yetersizse ve akiller bölgede tümör saptanırsa; bu durumu rekürrensten ziyade yetersiz tedavi olarak düşünmek gerekir. Yapılmadıysa ALND planlanmalıdır. İnoperabl hastalar için uzun süre kontrol sağlamasa da RT ve/veya sistemik tedavi planlanabilir. Cilt sorunlarına ve toksisiteye yol açsa da RT'nin normalden daha yüksek dozda verilmesi multidisipliner olarak değerlendirilebilir. ALN metastazına ek olarak diğer uzak organ metastazlar da var ise sistemik tedaviler planlanır (4,25,35).

SONUÇ

Hastaların onkolojik sonuçlarını olumsuz yönde etkilemeden kozmetik sonuçları da önemseyerek cerrahi uygulamak ve hastaların hayat kalitesini artırmak temel strateji olmalıdır. Meme koruyucu yaklaşımlarda invaziv kanserler için cerrahi sınırdaki tümör olmamasının yeterli olduğu kabul edilmektedir. Elde edilen bilgiler doğrultusunda özellikle aksillaya yaklaşımda değişim daha fazla olmaktadır. SLNB; cNO hastalarda standart yaklaşımdır. Z0011, IBCSG 23-01, AMAROS gibi çalışmalarda belirtilen klinik olarak okült metastaz saptanan hastalarda; ALND uygulanmaması eğilimi artmaktadır. Şüpheli lenf nodlarının USG ve biyopsi ile metastaz açısından değerlendirilmesi, metastaz durumunda işaretleme yapılması, NAST sonrası TAD yöntemi ile sentinel değerlendirme yapılması SLNB'nin yanlış negatiflik oranını azaltacaktır. NAST sonrası patolojik tam yanıt alınan hastalara RT verilip verilmemesi ile ilgili daha ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Pozitif SLN saptanan hastalarda ALND gerekliliği ile ilgili INSEMA, POSNOC, SENOMAC, SINODAR-ONE gibi çalışmaların sonuçları beklenmektedir. Sonuç olarak, bu bölümde anlatılan ve öne çıkan yaklaşımların da kaçınılmaz bir biçimde değişime uğrayabileceği bilinmelidir. Bu nedenle kılavuzların yakın takibi ve hastaların değerlendirmesinde multidisipliner yaklaşım oldukça önemlidir.

KAYNAKÇA

1. Halsted WS. I. The Results of Radical Operations for the Cure of Carcinoma of the Breast. *Ann Surg.* 1907 Jul;46(1):1-19. doi: 10.1097/0000658-190707000-00001.
2. Fisher B. The surgical dilemma in the primary therapy of invasive breast cancer: a critical appraisal. *Curr Probl Surg.* 1970;Oct:1-53.
3. Wyld L, Markopoulos C, Leidenius M, Senkus-Konefka E. *Breast Cancer Management for Surgeons, A European Multidisciplinary Textbook.* Switzerland: Springer, 2018.
4. Jatoi I, Rody A. *Management of Breast Diseases,* 2nd ed. Switzerland: Springer, 2016.
5. Litière S, Werutsky G, Fentiman IS, et al. Breast conserving therapy versus mastectomy for stage I-II breast cancer: 20 year follow-up of the EORTC 10801 phase 3 randomised trial. *Lancet Oncol.* 2012 Apr;13(4):412-419.
6. Veronesi U, Paganelli G, Viale G, et al. A randomized comparison of sentinel-node biopsy with routine axillary dissection in breast cancer. *N Engl J Med.* 2003 Aug 7;349(6):546-553.
7. Veronesi U, Paganelli G, Viale G, et al. Sentinel-lymph-node biopsy as a staging procedure in breast cancer: update of a randomised controlled study. *Lancet Oncol.* 2006 Dec;7(12):983-990.
8. Veronesi U, Viale G, Paganelli G, et al. Sentinel lymph node biopsy in breast cancer: ten-year results of a randomized controlled study. *Ann Surg.* 2010 Apr;251(4):595-600.
9. Fisher B, Redmond C, Fisher ER, et al. Ten-year results of a randomized clinical trial comparing radical mastectomy and total mastectomy with or without radiation. *N Engl J Med.* 1985;312(11):674-681.
10. Fisher B, Jeong JH, Anderson S, et al. Twenty-five-year follow-up of a randomized trial comparing radical mastectomy, total mastectomy, and total mastectomy followed by irradiation. *N Engl J Med.* 2002 Aug 22;347(8):567-575.
11. Litière S, Werutsky G, Fentiman IS, et al. Breast conserving therapy versus mastectomy for stage I-II breast cancer: 20 year follow-up of the EORTC 10801 phase 3 randomised trial. *Lancet Oncol.* 2012 Apr;13(4):412-9.
12. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Effects of radiotherapy and surgery in early breast cancer. An overview of the randomized trials. *N Engl J Med.* 1995 Nov 30;333(22):1444-55.
13. Krag DN, Weaver DL, Alex JC, et al. Surgical resection and radiolocalization of the sentinel lymph node in breast cancer using a gamma probe. *Surg Oncol.* 1993 Dec;2(6):335-339; discussion 340.

14. Krag D, Weaver D, Ashikaga T, et al. The sentinel node in breast cancer--a multicenter validation study. *N Engl J Med.* 1998 Oct 1;339(14):941-946.
15. Giuliano AE, Kirgan DM, Guenther JM, et al. Lymphatic mapping and sentinel lymphadenectomy for breast cancer. *Ann Surg.* 1994 Sep;220(3):391-398; discussion 398-401.
16. Veronesi U, Paganelli G, Galimberti V, et al. Sentinel-node biopsy to avoid axillary dissection in breast cancer with clinically negative lymph-nodes. *Lancet.* 1997 Jun 28;349(9069):1864-1867.
17. Mansel RE, Fallowfield L, Kissin M, Goyal A, et al. Randomized multicenter trial of sentinel node biopsy versus standard axillary treatment in operable breast cancer: the ALMANAC Trial. *J Natl Cancer Inst.* 2006 May 3;98(9):599-609.
18. Straver ME, Meijnen P, van Tienhoven G, et al. Sentinel node identification rate and nodal involvement in the EORTC 10981-22023 AMAROS trial. *Ann Surg Oncol.* 2010 Jul;17(7):1854-1861.
19. Kuehn T, Bauerfeind I, Fehm T, et al. Sentinel-lymph-node biopsy in patients with breast cancer before and after neoadjuvant chemotherapy (SENTINA): a prospective, multicentre cohort study. *Lancet Oncol.* 2013 Jun;14(7):609-618.
20. Fisher B, Redmond C, Poisson R, et al. Eight-year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med.* 1989 Mar 30;320(13):822-828.
21. Olson JA Jr, McCall LM, Beitsch P, et al; American College of Surgeons Oncology Group Trials Z0010 and Z0011. Impact of immediate versus delayed axillary node dissection on surgical outcomes in breast cancer patients with positive sentinel nodes: results from American College of Surgeons Oncology Group Trials Z0010 and Z0011. *J Clin Oncol.* 2008 Jul 20;26(21):3530-3535.
22. Giuliano AE, Ballman K, McCall L, et al. Locoregional Recurrence After Sentinel Lymph Node Dissection With or Without Axillary Dissection in Patients With Sentinel Lymph Node Metastases: Long-term Follow-up From the American College of Surgeons Oncology Group (Alliance) ACOSOG Z0011 Randomized Trial. *Ann Surg.* 2016 Sep;264(3):413-420.
23. Giuliano AE, Hunt KK, Ballman KV, et al. Axillary dissection vs no axillary dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2011 Feb 9;305(6):569-575.
24. Giuliano AE, Ballman KV, McCall L, et al. Effect of Axillary Dissection vs No Axillary Dissection on 10-Year Overall Survival Among Women With Invasive Breast Cancer and Sentinel Node Metastasis: The ACOSOG Z0011 (Alliance) Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2017 Sep 12;318(10):918-926.
25. Reimer T, Hartmann S, Stachs A, et al. Local treatment of the axilla in early breast cancer: concepts from the national surgical adjuvant breast and bowel project B-04 to the planned intergroup sentinel mamma trial. *Breast Care (Basel).* 2014 May;9(2):87-95.
26. Ditsch N, Rubio IT, Gasparri ML, et al. Breast and axillary surgery in malignant breast disease: a review focused on literature of 2018 and 2019. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2020 Feb;32(1):91-99.
27. Krag DN, Anderson SJ, Julian TB, et al. Sentinel-lymph-node resection compared with conventional axillary-lymph-node dissection in clinically node-negative patients with breast cancer: overall survival findings from the NSABP B-32 randomised phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2010 Oct;11(10):927-933.
28. de Boniface J, Frisell J, Andersson Y, et al; SENOMAC Trialists' Group. Survival and axillary recurrence following sentinel node-positive breast cancer without completion axillary lymph node dissection: the randomized controlled SENOMAC trial. *BMC Cancer.* 2017 May 26;17(1):379.
29. Galimberti V, Cole BF, Zurrada S, et al; International Breast Cancer Study Group Trial 23-01 investigators. Axillary dissection versus no axillary dissection in patients with sentinel-node micrometastases (IBCSG 23-01): a phase 3 randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2013 Apr;14(4):297-305.
30. Galimberti V, Cole BF, Viale G, et al; International Breast Cancer Study Group Trial 23-01. Axillary dissection versus no axillary dissection in patients with breast cancer and sentinel-node micrometastases (IBCSG 23-01): 10-year follow-up of a randomised, controlled phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2018 Oct;19(10):1385-1393.
31. Elston CW, Gresham GA, Rao GS, et al. The cancer research campaign (King's/Cambridge trial for early breast cancer: clinico-pathological aspects. *Br J Cancer.* 1982;45(5):655-669.
32. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast.pdf, Erişim tarihi: 12.11.2020.
33. Özmen V, Cantürk Z, Çelik v, Güler N, Kapkaç M, Koyuncu A, Müslümanoğlu M. *Meme Hastalıkları Kitabı*, 2.baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri, 2012.
34. http://www.tmhdf.org.tr/Uploads/Editor/bolum_39_varol_celik_.pdf Erişim tarihi: 12.11.2020.
35. Clough KB, Lewis JS, Couturaud B, et al. Oncoplastic techniques allow extensive resections for breast-conserving therapy of breast carcinomas. *Ann Surg.* 2003 Jan;237(1):26-34.
36. Dixon JM. *ABC of Breast Diseases*. 4th ed. UK: Wiley-Blackwell, 2012.

37. Fitzal F, Florian P. *Oncoplastic Breast Surgery A Guide to Clinical Practice*. Wien, Austria: Springer-Verlag, 2010.
38. Fitzal F, Florian P. *Oncoplastic Breast Surgery A Guide to Clinical Practice*. 2nd ed. Vienna: Springer-Verlag, 2015.
39. Fitoussi A, Berry MG, Couturaud B, Salmon RJ. *Oncoplastic and Reconstructive Surgery for Breast Cancer, The Institut Curie Experience*. Berlin: Springer-Verlag. 2009.
40. <https://www.uptodate.com/contents/oncoplastic-breast-surgery>, Erişim tarihi: 23.11.2020.
41. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet*. 2005 May 14-20;365(9472):1687-1717.
42. Sener SF. Advances in axillary surgery for breast cancer 2019. *J Surg Oncol*. 2020 Jan;121(1):20-24.
43. Reimer T, Hartmann S, Stachs A, et al. Local treatment of the axilla in early breast cancer: concepts from the national surgical adjuvant breast and bowel project B-04 to the planned intergroup sentinel mamma trial. *Breast Care (Basel)*. 2014 May;9(2):87-95.
44. Boughey JC, Suman VJ, Mittendorf EA, et al; Alliance for Clinical Trials in Oncology. Sentinel lymph node surgery after neoadjuvant chemotherapy in patients with node-positive breast cancer: the ACOSOG Z1071 (Alliance) clinical trial. *JAMA*. 2013 Oct 9;310(14):1455-1461.
45. Boughey JC, Ballman KV, Le-Petross HT, et al. Identification and Resection of Clipped Node Decreases the False-negative Rate of Sentinel Lymph Node Surgery in Patients Presenting With Node-positive Breast Cancer (T0-T4, N1-N2) Who Receive Neoadjuvant Chemotherapy: Results From ACOSOG Z1071 (Alliance). *Ann Surg*. 2016 Apr;263(4):802-807.
46. Giuliano AE. Sentinel lymphadenectomy in primary breast carcinoma: an alternative to routine axillary dissection. *J Surg Oncol*. 1996 Jun;62(2):75-77.
47. Uras C, Aydoğan F. *Sentinel lenf nodu biyopsisi*. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 2007.
48. Caudle AS, Yang WT, Krishnamurthy S, et al. Improved Axillary Evaluation Following Neoadjuvant Therapy for Patients With Node-Positive Breast Cancer Using Selective Evaluation of Clipped Nodes: Implementation of Targeted Axillary Dissection. *J Clin Oncol*. 2016 Apr 1;34(10):1072-1078.