

20. BÖLÜM

OKKÜLT MEME KANSERİNDE AKSİLLAYA YAKLAŞIM

Yasin TOSUN¹

GİRİŞ

Başvuru anında primer odağı belli olmayan tümörler, tüm kanser vakalarının %5-10'unu oluşturur ve bu hastaların %10-40'ında lenf nodlarına (LN) sınırlı metastatik lezyonlar vardır(1, 2). Okkült meme kanseri (OMK), meme kanserinin klinik ve radyolojik tetkiklerle memedeki primer meme lezyonunun tespit edilemediği, aksiller lenf nodu (ALN) metastazı ile ortaya çıkan nadir bir formudur(3). Tablo 1'de detayı verilen çalışmalarda bu hastaların meme piyeslerinin patolojik incelemesinde %35 invaziv, %13,3 insitu kanser tespit edildiği gösterilmiştir.

Tablo-1. OMK nedeni ile mastektomi yapılan hastaların patolojik piyes bulguları

Yazar ve yıl	Çalışma yılları	mastektomi	İn situ (n)	invaziv (n)	Kanser yüzdesi
Baron P.; 1990	1975-78	28	4	16	71
EllerbrokeN;1990	1944-87	13	0	1	8
Merson M;1992	1945-87	33	0	27	82
Feigenberg S;2003	1971-74	4	0	3	80
Blanchard D;2004	1975-98	18	1	5	33
He M;2012	1998-2010	64	16	4	31
Toplam	-	160	21	56	48

¹ Op. Dr., İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği yasintosun@gmail.com

Sohn G. ve ark.'ı çalışmalarında nod pozitif (N1) okkült meme kanserli hastaların, T1N1 hastalığı olanlara kıyasla daha iyi sağkalım oranına sahip olduğunu, T0N2-3 hastaların ise T1N2-3 hastalar ile benzer sağkalım oranına sahip olduğunu bildirmiştir(29). Baron ve ark.'ı, OMK ile primer meme tümörü saptanan hastalar arasında 5 ve 10 yıllık sağkalımların benzer olduğunu göstermiş, ek olarak ER(-) olanların ER(+) olanlara göre daha az sağkalım oranına sahip olduğunu belirtmiştir(30). Montagna ve ark'ının yaş, lenf nodu ve immuno histokimyasal farklılıklar açısından homojen olan, OMK ve erken evre meme kanseri olan grupları karşılaştırdıkları çalışmada, hastalısız ve genel sağkalımda gruplar arası önemli fark saptanmadı. Bununla birlikte dörtten fazla lenf nodu tutulumu ve triple-negatif olan OMK'li hastalarda daha kötü prognoz saptandı(8). Bu bulgulara göre teorik olarak tedavide daha minimalist bir yaklaşım benimsemek mümkün olabilir.

ÖZET VE ÖNERİLER

OMK nadir görülen bir meme kanseri olup tedavisi tartışmalı bir konudur. Düşük insidansı nedeni ile kanıt teşkil edecek birinci düzey kanıt sağlayan çalışmalar çok sınırlıdır. Bu nedenle tedavi önerileri daha çok retrospektif çalışmalara dayanmaktadır. Teşhis teknikleri gelişmeye devam ettikçe patolojik OMK insidansı daha da azalacaktır. Memedeki primer odağı tespit etmek için yapılan radyolojik çalışmalar içerisinde MRG artık standart yaklaşım olarak önerilmektedir. Güncel veriler, ipsilateral meme tedavi edilirse daha iyi sonuçların elde edildiğini ve tüm meme RT'si ile hastaların mastektomiden kaçınabileceğini göstermektedir. Son zamanlarda daha minimal invaziv aksiller tedavi eğilimi ışığında, NAK dikkate alınmalıdır. Daha homojen kohortlar ile yapılacak çalışmalarda aksiller cerrahiyi önemli ölçüde azaltmak mümkün olabilir.

KAYNAKÇA

1. Van de Wouw A, Janssen-Heijnen M, Coebergh J, et al. Epidemiology of unknown primary tumours; incidence and population-based survival of 1285 patients in Southeast Netherlands, 1984–1992. *European journal of cancer*. 2002;38(3):409-13.
2. Randén M, Rutqvist L-E, Johansson H. Cancer patients without a known primary: incidence and survival trends in Sweden 1960–2007. *Acta oncologica*. 2009;48(6):915-20.
3. Van den Bruele AB, Lavery J, Plitas G, et al. Axillary Downstaging in Occult Primary Breast Cancer After Neoadjuvant Chemotherapy. *Annals of Surgical Oncology*. 2020:1-7.
4. Galimberti V, Bassani G, Monti S, et al. Clinical experience with axillary presentation breast cancer. *Breast cancer research and treatment*. 2004;88(1):43-7.
5. Halsted WS. I. The results of radical operations for the cure of carcinoma of the breast. *Annals of surgery*. 1907;46(1):1.
6. Cameron HC. An address entitled some clinical facts regarding mammary cancer. *British medical journal*. 1909;1(2514):577.

7. Walker GV, Smith GL, Perkins GH, et al. Population-based analysis of occult primary breast cancer with axillary lymph node metastasis. *Cancer*. 2010;116(17):4000-6.
8. Montagna E, Bagnardi V, Rotmensz N, et al. Immunohistochemically defined subtypes and outcome in occult breast carcinoma with axillary presentation. *Breast cancer research and treatment*. 2011;129(3):867.
9. Walsh R, Kornguth P, Soo M, et al. Axillary lymph nodes: mammographic, pathologic, and clinical correlation. *AJR American journal of roentgenology*. 1997;168(1):33-8.
10. Copeland EM, McBride CM. Axillary metastases from unknown primary sites. *Annals of surgery*. 1973;178(1):25.
11. Varadarajan R, Edge SB, Yu J, et al. Prognosis of occult breast carcinoma presenting as isolated axillary nodal metastasis. *Oncology*. 2006;71(5-6):456-9.
12. Hainsworth JD, Greco FA. Management of patients with cancer of unknown primary site. *Oncology*. 2000;14(4).
13. Douvetzemis SE. Management of Occult Breast Cancer with Axillary Involvement. *Hellenic Journal of Surgery*. 2018;90(1):33-5.
14. Brill KL, Brenin DR. Occult breast cancer and axillary mass. Current treatment options in oncology. 2001;2(2):149-55.
15. Dabbs DJ. Immunohistology of metastatic carcinoma of unknown primary. *Diagnostic immunohistochemistry*: Elsevier; 2006. p. 180-226.
16. Masinghe S, Faluyi O, Kerr G, et al. Breast radiotherapy for occult breast cancer with axillary nodal metastases—does it reduce the local recurrence rate and increase overall survival? *Clinical Oncology*. 2011;23(2):95-100.
17. Buchanan CL, Morris EA, Dorn PL, et al. Utility of breast magnetic resonance imaging in patients with occult primary breast cancer. *Annals of surgical oncology*. 2005;12(12):1045-53.
18. Olson JA, Morris EA, Van Zee KJ, et al. Magnetic resonance imaging facilitates breast conservation for occult breast cancer. *Annals of surgical oncology*. 2000;7(6):411-5.
19. Bedrosian I, Schlencker J, Spitz FR, et al. Magnetic resonance imaging-guided biopsy of mammographically and clinically occult breast lesions. *Annals of Surgical Oncology*. 2002;9(5):457-61.
20. Colfry A. ., *Surgical Clinics of North America Philadelphia*,. 2013(Pennsylvania: Elsevier);:520.
21. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer. v2.2015. Available at <http://www.nccn.org>.)
22. Ofri A, Moore K. Occult breast cancer: Where are we at? *The Breast*. 2020.
23. Wang X, Zhao Y, Cao X. Clinical benefits of mastectomy on treatment of occult breast carcinoma presenting axillary metastases. *The breast journal*. 2010;16(1):32-7.
24. Macedo FIB, Eid JJ, Flynn J, et al. Optimal surgical management for occult breast carcinoma: a meta-analysis. *Annals of surgical oncology*. 2016;23(6):1838-44.
25. Wu S-G, Zhang W-W, Sun J-Y, et al. Comparable survival between additional radiotherapy and local surgery in occult breast cancer after axillary lymph node dissection: a population-based analysis. *Journal of Cancer*. 2017;8(18):3849.
26. McCartan DP, Zabor EC, Morrow M, et al. Oncologic outcomes after treatment for MRI occult breast cancer (pT0N+). *Annals of surgical oncology*. 2017;24(11):3141-7.
27. Ellerbroek N, Holmes F, Singletary E, et al. Treatment of patients with isolated axillary nodal metastases from an occult primary carcinoma consistent with breast origin. *Cancer*. 1990;66(7):1461-7.
28. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Breast Cancer. v2.2020. Available at <http://www.nccn.org>.)
29. Sohn G, Son BH, Lee SJ, et al. Treatment and survival of patients with occult breast cancer with axillary lymph node metastasis: a nationwide retrospective study. *Journal of surgical oncology*. 2014;110(3):270-4.
30. Baron PL, Moore MP, Kinne DW, et al. Occult breast cancer presenting with axillary metastases: updated management. *Archives of Surgery*. 1990;125(2):210-4.