

Bölüm 10

MEME KANSERİNDE NÜKSLER

Jülide SAĞIROĞLU¹

GİRİŞ

Meme kanseri tedavisi sonrasında tekrar görülen kanser ‘nüks meme kanseri’ olarak adlandırılır ve birincil tümörden yayılan hücrelerden gelişir. Tedavide amaç hastalığı tamamen yok etmektir ancak, tümör agresif olduğunda adjuvan tedaviyle dahi tümüyle ortadan kaldırılamayabilir. Kanser ilk odakta tekrarlayabileceği gibi uzak organlarda dayineleyebilir. Bununla birlikte, adjuvan tedavi ve radyoterapi (RT) uygulamalarındaki yenilikler, meme kanseri nüks oranlarını eskiye oranla bariz bir şekilde azaltmıştır.

Nüks meme kanseri, yapılan ameliyata göre mastektomi veya meme koruyucu cerrahi (MKC) sonrasında oluşabilir ve ilk tedaviden aylar, yıllar sonra lokal veya bölgesel şekilde görülebilir. Lokal nüks, aynı memede veya sternum, klavikula, arka aksiller hat ve arcus costarumun sınırlarını teşkil ettiği alanda deri, deri altı, ve/veya kas dokusunda kanserin yinelemesidir. Bölgesel nüks ise infraklaviküler, supraklaviküler, aksiller ve mammaria interna lenf nodlarında kanserin yinelemesidir.

Meme koruyucu cerrahiye takip eden lokal nüks iki şekilde görülebilir: Primer tümör lokasyonunda gözlenen gerçek nüks; memenin diğer kadranslarında gelişen veya farklı alt tipte olan sekonder primer tümör. Bununla birlikte bir kısmı aynı kadranda ve hatta aynı patolojik alt tiptedir. Gerçek nüksü sekonder primer tümörden ayırmak çoğu zaman kolay olmaz. Lokal nüks, sekonder primer tümörden daha önce belirir ve tedaviye cevap daha azdır⁽¹⁾. Meme kanserinde lokal ve bölgesel nüks genellikle ilk cerrahiye takip eden ilk 24 ayda görülürse de (büyük çoğunluğu ilk 60 ayda) yıllar sonra da görülebilir. Meme koruyucu cerrahi yapılan hastaların ortalama %12’sinde ilk cerrahi sonrası on yılda nüks görülebilmektedir. Bu gurubun üçte birinde bölgesel nüks veya uzak metastaza rastlanabilir^(2,3).

İnvazif meme kanserli hastalarda mastektomi ve RT’yi takiben hastaların %3-8’inde nüks gelişebildiği, MKC sonrası RT yapılmayan hastalarda 5 yıllık dönem-

¹ Uzm. Dr. Jülide SAĞIROĞLU, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, sagirj@gmail.com. ORCID ID 0000-0003-1646-577X

teknik olarak tercih edilmeyebilir. Benzer şekilde, postoperatif morbidite riskinden dolayı supraklaviküler nüks cerrahiye uygun olmayabilir. Aksillaya veya supraklaviküler bölgeye önceden RT yapılan hastalar genellikle tekrar RT adayı olamazlar. Takip eden uzak metastaz oranının yüksek olması dolayısıyla, izole aksiller ve supraklaviküler relapsların uzun dönem sağ kalım sonuçları yüz güldürücü değildir^(15, 19). Yine de, tek aksiller nodal nüks, 1 yıldan uzun hastalısız süreç ve lokal kontrolün sağlandığı durumlarda 10 yıllık sağ kalım %69 civarındadır⁽¹⁰⁾. Uzak metastaz olmadığı kesinleştirildiyse, bu bölgedeki nükslerde en agresif yaklaşımın uygulanması gerekir.

ÖZET

Mastektomi sonrası göğüs duvarı nüksünün cerrahi, RT ve sistemik KT yi içeren multidisipliner yaklaşımla sağaltılması gereklidir. Uzak metastaz yoksa, tedavi için en agresif yollardan kaçınılmamalıdır.

İzole aksilla veya supraklavikuler nodal nükste sistemik metastaz sıklığı yüksek olmasına rağmen, hasta uygunluğu durumunda yine cerrahi ve RT yi içeren multidisipliner yaklaşım esastır. Seçilmiş hastalarda sistemik tedavinin yararı da izlenmektedir.

KAYNAKLAR

1. Smith TE, Lee D, Turner BC, et al. True recurrence vs new primary ipsilateral breast tumor relapse: an analysis of clinical and pathological differences and their implications in natural history, prognoses, and therapeutic management. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2000;48(5):128-9. doi: 10.1016/s0360-3016(00)01378-x
2. Clarke M, Collins R, Darby S, et al. Effects of RT and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: An overview of the randomized trials. *Lancet*. 2005;366(9503):2087-106. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67887-7
3. Buchanan C, Dorn PL, Fey J, et al. Locoregional recurrence after mastectomy: Incidence and outcomes. *J Am Coll Surg*. 2006;203(4):469-74. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2006.06.015
4. Zhou X, Li Y. Local Recurrence after Breast-Conserving Surgery and Mastectomy Following Neoadjuvant Chemotherapy for Locally Advanced Breast Cancer – a Meta-Analysis. *Breast Care*. 2016;11:345–351. doi: 10.1159/000450626.
5. Botteri E, Bagnardi V, Rotmensz N, et al. Analysis of local and regional recurrences in breast cancer after conservative surgery. *Ann of Oncol*. 2010;21(4):723–728, doi:10.1093/annonc/mdp386
6. Rissanen TJ, Mäkäraäinen HP, Mattila SI, et al. Breast cancer recurrence after mastectomy: Diagnosis with mamography and US. *Radiology*.1993;188(2):463-7. doi: 10.1148/radiology.188.2.8327698.
7. Isasi CR, Moadel RM, Blaufox MD. A meta-analysis of FDG-PET for the evaluation of breast cancer recurrence and metastases. *Breast Cancer Res Treat*. 2005;90(2):105-12. doi: 10.1007/s10549-004-3291-7.
8. Doyle T, Schultz DJ, Peters C, et al. Long-Term results of local recurrence after breast conservation treatment for invasive breast cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2001;51(1):74-80. doi: 10.1016/s0360-3016(01)01625-x.

9. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effect of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: An overview of the randomised trials. *Lancet* 2005;365(9472):1687-1717. doi: 10.1016/S0140-6736(05)66544-0.
10. Wahl AO, Rademaker A, Kiel KD, et al. Multi-institutional review of repeat irradiation of chest wall and breast for recurrent breast cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2008;70(2):477-84. doi: 10.1016/j.ijrobp.2007.06.035
11. Toonkel LM, Fix I, Jacobson LH, et al. The significance of local recurrence of carcinoma of the breast. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1983;9(1):33-9. doi: 10.1016/0360-3016(83)90205-5.
12. Wapnir IL, Anderson SJ, Mamounas EP, et al. Prognosis after ipsilateral breast tumor recurrences in five NSBBP node-positive adjuvant breast cancer trials. *J Clin Oncol* 2006;24(13):2028-37. doi: 10.1200/JCO.2005.04.3273.
13. Willner J, Kiricuta IC, Kolbl O. Locoregional recurrence of breast cancer following mastectomy: always a fatal event? Results of univariate and multivariate analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1997;37(4):853-63. doi: 10.1016/s0360-3016(96)00556-1.
14. Poletti P, Fenaroli P, Milesi A, et al. Axillary recurrence in sentinel lymph node-negative breast cancer patients. *Ann Oncol.* 2008;19(11):1842-1846. doi:10.1093/annonc/mdn393.
15. Walsh N, Kiluk JV, Sun W, et al. Ipsilateral nodal recurrence after axillary dissection for breast cancer. *J Surg Res.* 2012;177(1):81-86. doi: 10.1016/j.jss.2012.02.020.
16. Kuo SH, Huang CS, Kuo WH, et al. Comprehensive locoregional treatment and systemic therapy for postmastectomy isolated locoregional recurrence. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2008;72(5):1456-64. doi: 10.1016/j.ijrobp.2008.03.042.
17. Port ER, Garcia-Etienne CA, Park J, et al. Reoperative SLNB: a new frontier the management of ipsilateral breast tumor recurrence. *Ann Surg Oncol* 2007;14(8):2209-14. doi: 10.1245/s10434-006-9237-z.
18. Veronesi G, Scanagatta P, Leo F, et al. Subclavicular recurrence of breast cancer: Does surgery play a role? *Breast.* 2006;15(5):649-53. doi: 10.1016/j.breast.2006.01.011.
19. Kiricuta IC, Willner J, Kolbl O, et al. The prognostic significance of the supraclavicular lymph node metastases in breast cancer patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1994;28(2):387-393. doi: 10.1016/0360-3016(94)90062-0.