

BÖLÜM 17

LOKAL BÖLGESEL REKÜRRENSENDE CERRAHİ TEDAVİ

Arzu AKAN¹

GİRİŞ

Meme kanseri, yapılan yeni çalışmalar ışığında tedavi yaklaşımları sürekli değişen, multidisipliner yaklaşım gerektiren bir hastalıktır (1). Lokal, bölgesel ve sistemik tedavisi yapılan her hasta düzenli ve yakın takip edilmelidir. Takiplerde lokal, bölgesel rekürrens (lokorejyonel nüks) hem de uzak metastazlarla karşımıza çıkarak bu kez kararı zor ve yine multidisipliner yaklaşım gerektiren bir durum gelişebilmektedir. Lokorejyonel nüks varlığı, sistemik olarak da hastalığın karşımıza çıkma olasılığını artırır. Özellikle de ilk 2 yıl içinde ortaya çıkan nüksler kötü prognoz işaretidir (2). Lokorejyonel nüksü olan hastalarda küçük yaş (40 yaş altı), aile hikayesinin olması, ilk tedavi ile arada geçen süre, primer hastalığın subtipi, nüksün biyolojik subtipi, evresi ve ilk tedavi, nüksün lokal ya da bölgesel olması, aksiller lenf nodlarına karşın supra ya da internal mamaryan lenf nodlarında olması, daha önce uygulanan sistemik tedavi, radyoterapi ve mevcut nüksün cerrahi ile çıkarılıyor olup olmaması prognosta etkilidir(3).

Günümüzde daha iyi tanı yöntemleri, görüntüleme ve tümörün lokalizasyonu, gelişmiş patolojik tetkikler, cerrahi sınırlara dikkat edilmesi, radyoterapinin optimal lokalizasyon ile uygulanması, neoadjuvan tedaviler ile evrenin azaltılması ve sistemik tedavilerdeki gelişmeler lokorejyonel nüks görülmesini azaltmaktadır (4-6).

¹ Doç. Dr., Prof.Dr.Cemil Taşçioğlu Şehir Hastanesi Meme/Endokrin Cerrahi Kliniği
akanarzu@hotmail.com

İzole supraklavikuler nüks: Öncelikle sistemik tedavi ile başlanır. Tedaviden 3-6 ay sonra tekrar evreleme yapılır. Sistemik tedavi ile yeterli cevap alınmadı ve uzak metastaz yok ise supraklavikuler bölgeye cerrahi ve radyoterapi kombine yapılabilir (daha önce radyoterapi verildi ise cerrahi, cerrahi yapıldı ise radyoterapi ile başlanır). Cerrahinin de radyoterapinin de teknik olarak hem zor hem de kötü sonuçlar ile birlikte olduğu unutulmamalıdır. Bu konu ile ilgili 305 hastalık Danish Breast Cancer Cooperative Group Database de, 1977-2003 yılları arasında mastektomi ya da meme koruyucu cerrahi yapılan ve radyoterapi alan 117(38%) olguda izole supraklavikuler metastaz görülmüş. Hastaların 78 (26%)'i kombine lokorejyonel ve sistemik tedavi alırken, 49% olgu sadece sistemik tedavi ve 25% sadece lokorejyonel tedavi almış. Kombine tedavi alanlarda remisyon oranı sadece lokorejyonel ya da sadece sistemik tedavi alanlara göre yüksek bulunmuş (20)

- Daha önce **radyoterapi almayan** nodal nüksün olduğu olgularda, cerrahi sonrası aksilla, supraklavikuler bölge ve göğüs duvarına radyoterapi önerilir
- Daha önce **radyoterapi alan** olgularda ise aksiller cerrahinin yeterli yapılmadığı, sistemik tedaviye cevap vermeyen ve hastalığın progresyon gösterdiği durumlarda reirradiasyon sınırlı alana yapılabilir (15,16). Her bir olguya özel olarak fayda/zarar ayrıntılı değerlendirilerek karar verilir.

Her tedavi girişiminde olduğu gibi özellikle meme kanserinde, olguya primer tedavi kararı verilirken tedavinin yapılacağı merkezin olanaklarına göre ve mutlaka multidisipliner olarak karar vermek gerekir. Meme kanseri nedeniyle tedavi kararı verilirken ilk tedavinin hastanın prognozu açısından her zaman belirleyici olduğu gerçeği unutulmamalıdır 'Primum non nocere' (önce zarar verme).

KAYNAKLAR

1. Gerber B, Freund M, Reimer T. Recurrent breast cancer. *Deutsches Arzteblatt International*. 2010; 107(6):85-91. doi: 10.3238/arztebl.2010.0085.
2. Harms W, Geretschlag A, Cescato C, et al. Current treatment of isolated locoregional breast cancer recurrences. *Breast Care*. 2015;10(4):265-271. Doi: 10.1159/000439151
3. Liubota RV, Zotov AS, Vereshchako RI, et al. Risk factors of the invasive breast cancer locoregional recurrence. *BioMed Research International*. 2015. doi.org/10.1155/2015/789646
4. Wapnir I, Khan A. Current strategies for the management of locoregional breast cancer recurrence. *Oncology*. 2019; 33(1):19-25
5. Buchholz TA, Ali S, Hunt K. Multidisciplinary management of locoregional recurrent breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2020;38(20):2321-2327. doi:10.1200/JCO.19.02806
6. 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. *Annals of Surgery*. 2016;264(3): 413-420. doi:10.1097/SLA.0000000000001863
7. Voinea SC, Sandru A, Blidaru A. Management of breast cancer locoregional recurrence. *Chi-*

- rurgia*. 2017;112(4):429-435. doi:10.21614/chirurgia.112.4.429
8. Moran MS, Schnitt SJ, Giuliano AE, et al. Society of Surgical Oncology-American Society for Radiation Oncology consensus guideline on margins for breast-conserving surgery with whole-breast irradiation in stages I and II invasive breast cancer. *Annals of Surgical Oncology*. 2014;21(3):704-716. doi:10.1245/s10434-014-3481-4.
 9. Vinh-Hung V, Verschraegen C. Breast-conserving surgery with or without radiotherapy: pooled-analysis for risks of ipsilateral breast tumor recurrence and mortality. *Journal of the National Cancer Institute*. 2004;96(2):115-121. doi: 10.1093/jnci/djh013.
 10. Huang J, Tong Y, Chen X, et al. Prognostic factors and surgery for breast cancer patients with locoregional recurrence: An analysis of 5202 consecutive patients. *Frontiers in Oncology*. 2021;11:763119. doi: 10.3389/fonc.2021.763119
 11. Nielsen HM, Overgaard M, Grau C, et al. Study of failure pattern among high-risk breast cancer patients with or without postmastectomy radiotherapy in addition to adjuvant systemic therapy: Long-term results from the Danish breast cancer cooperative group DBCG 82b and c randomized studies. *Journal of Clinical Oncology*. 2006; 24(15):2268-2275. doi: 10.1200/JCO.2005.02.8738
 12. Zhao X, Tang Y, Wang S, et al. *Radiation Oncology*. 2020; 15:212. doi: 10.1186/s13014-020-01637
 13. Jacobson JA, Danforth DN, Cowan KH, et al. Ten-year results of a comparison of conservation with mastectomy in the treatment of stage I and II breast cancer. *New England Journal of Medicine*. 1995;332(14):907-911. doi: 10.1056/NEJM199504063321402.
 14. Kuo SH, Huang CS, Kuo WH, et al. Comprehensive locoregional treatment and systemic therapy for postmastectomy isolated locoregional recurrence. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*. 2008; 72(5):1456-1464. doi: 10.1016/j.ijrobp.2008.03.042.
 15. Marta GN, Hijal T, Carvalho HA. Reirradiation for locally recurrent breast cancer. *Breast*. 2017;33:159-165. doi: 10.1016/j.breast.2017.03.008.
 16. Fattahi S, Ahmed S, Park S, et al. Reirradiation for locoregional recurrent breast cancer. *Advances in Radiation Oncology*. 2021;6(1):1-9. doi: 10.1016/j.adro.2020.100640.
 17. Gentilini O, Botteri E, Veronesi P, et al. Repeating conservative surgery after ipsilateral breast tumor reappearance: criteria for selecting the best candidates. *Annals of Surgical Oncology*. 2012;19:3771-3776. doi: 10.1245/s10434-012-2404-5.
 18. Walstra C, Schipper R, Poodt I, et al. Repeat breast-conserving therapy for ipsilateral breast cancer recurrence: A systematic review. *European Journal of Surgery*. 2019;45(8):1317-1327. doi: 10.1016/j.ejso.2019.02.008.
 19. Arthur D, Winter K, Kuerer H, et al. NRG Oncology RTOG 1014: 1 Year Toxicity Report From a Phase II Study of Repeat Breast Preserving Surgery and 3D-Conformal Partial Breast Re-Irradiation (3D-CRT PBrI) for In-Breast Recurrence. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*. 2017;98(5):1028-1035. doi: 10.1016/j.ijrobp.2017.03.016.
 20. Pedersen AN, Moller S, Steffensen KD, et al. Supraclavicular recurrence after early breast cancer: a curable condition? *Breast Cancer Research and Treatment*. 2011;125(3):815-822. doi: 10.1007/S10549-010-0918-8.