

PRİMER MEME KANSERİNDE AKSİLLER TEDAVİ

3.

BÖLÜM

Nergis Aksoy SÖNMEZ¹

Aksiller lenf nodlarına metastaz riski tümör boyutu ve yeri, histolojik tipi ve primer tümör içinde lenfatik invazyon varlığı ile ilişkilidir. Hastanın fizik muayenesi yapılırken meme değerlendirmesinden sonra aksiller lenf nodları palpe edilmeye çalışılır, patolojik bulgu varsa not edilir. Her ne kadar ipsilateral lenf nodu metastazı olmaksızın internal mamarian ve/veya supraklaviküler lenf nodlarına metastaz nadir görülse de aksiller muayene sonrası supraklaviküler bölgeler palpe edilmelidir. İnternal mariyan lenf nodu için yüksek riskli olgularda radyolojik inceleme gereklidir.

Aksillanın fizik muayenesinden sonra yapılacak ultrason incelemesinde patolojik lenf nodu saptanırsa veya ultrason normal olmasına rağmen muayene patolojik lenf nodu palpe edilirse patolojik inceleme yapılması uygun olacaktır. Tercihen kalın iğne biyopsisi tercih edilmekle beraber ince iğnede uygulanabilir. Aksillanın patolojik evrelemesinin tedavi kararını değiştirebileceği akılda tutulmalıdır. Cerrahi öncesi neoadjuvan kemoterapi, neoadjuvan KT ardından cerrahi yapılan vakalarda RT ve cerrahi teknik seçimlerini değiştirebilmektedir. Preoperatuar aksillası patolojik olarak pozitif vakalarda SLNB yapılmaksızın ALND yapılabilir. Negatif ise veya patolojik tanımız yoksa SLNB uygulanmalıdır.

Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi (SLNB)

Ulusal Cerrahi Adjuvan Meme ve Bağırsak Projesi (NSABP) B-04 çalışması 1159 lenf nodu negatif hastayı randomize etti. Birinci gruba radikal mastektomi, ikinci gruba mastektomi ve aksillaya RT, üçüncü gruba mastektomi yapıp takiplerinin-

¹ Uzman Doktor Sağlık Bilimleri Üniversitesi Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği drnergisaksoy@hotmail.com

yene ile hastalar cerrah tarafından takip edilmelidir. Ve mutlaka onkoloji tarafından belirlenen aralıklarla sistemik tarama ve kan testleri yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Fisher B, Jeong JH, Anderson S, et al. Twenty-fiveyear follow-up of a randomized trial comparing radical mastectomy, total mastectomy, and total mastectomy followed by irradiation. *N Engl J Med* 2002;347:567-75.
2. Ashikaga T, Krag DN, Land SR, et al. Morbidity results from the NSABP B-32 trial comparing sentinel lymph node dissection versus axillary dissection. *J Surg Oncol* 2010;102:111-8.
3. Singletary SE, Allred C, Ashley P, et al. Revision of the American Joint Committee on Cancer staging system for breast cancer. *J Clin Oncol* 2002;20:3628-36.
4. Weaver DL, Ashikaga T, Krag DN, et al. Effect of occult metastases on survival in node-negative breast cancer. *N Engl J Med* 2011;364:412-21.
5. Julian TB, Anderson SJ, Krag DN, et al. 10-yr follow-up results of occult detected sentinel node disease: NSABP B-32, a randomized phase III clinical trial to compare sentinel node resection (SNR) to conventional axillary dissection (AD) in clinically node-negative breast cancer patients. *Cancer Res* 2013;73:S2-05.
6. Giuliano AE, Hawes D, Ballman KV, et al. Association of occult metastases in sentinel lymph nodes and bone marrow with survival among women with early-stage invasive breast cancer. *JAMA* 2011;306:385-93.
7. Galimberti V, Cole BF, Zurrada S, et al. Axillary dissection versus no axillary dissection in patients with sentinel-node micrometastases (IBCSG 23-01): a phase 3 randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 2013;14:297-305.
8. 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;305:569-75.
9. Donker M, van Tienhoven G, Straver ME, et al. Radiotherapy or surgery of the axilla after a positive sentinel node in breast cancer (EORTC 10981-22023 AMAROS): a randomised, multicentre, open-label, phase 3 non-inferiority trial. *Lancet Oncol* 2014;15:1303-10.
10. Hidar S, Bibi M, Gharbi O, et al. Sentinel lymph node biopsy after neoadjuvant chemotherapy in inflammatory breast cancer. *Int J Surg* 2009;7:272-5.
11. Hunt KK, Yi M, Mittendorf EA, et al. Sentinel lymph node surgery after neoadjuvant chemotherapy is accurate and reduces the need for axillary dissection in breast cancer patients. *Ann Surg* 2009;250:558-66.
12. Hennessy BT, Hortobagyi GN, Rouzier R, et al. Outcome after pathologic complete eradication of cytologically proven breast cancer axillary node metastases following primary chemotherapy. *J Clin Oncol* 2005;23:9304-11.
13. Boughey JC, Suman VJ, Mittendorf EA, et al. Sentinel lymph node surgery after neoadjuvant chemotherapy in patients with node-positive breast cancer: the ACOSOG Z1071 (Alliance) clinical trial. *JAMA* 2013;310:1455-61.
14. Kuehn T, Bauerfeind I, Fehm T, et al. Sentinel-lymphnode biopsy in patients with breast cancer before and after neoadjuvant chemotherapy (SENTINA): a prospective, multicentre cohort study. *Lancet Oncol* 2013;14:609-18.