



  
**6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ**
  
 24 - 27 Şubat 2022 | Gloria Golf Resort - ANTALYA

**PROF. DR. SOYKAN ARIKAN**
  
 SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ SLAM


LOKAL NÜKSE YAKLAŞIM


  
**6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ**
  
 24 - 27 Şubat 2022 | Gloria Golf Resort - ANTALYA

**Lokal Nüks:** Meme içinde veya Göğüs duvarı yada ciltte

**Rejyonel Nüks:** İpsilateral Lokal lenf bezlerinde ( aksiller, supraklaviküler, infraclaviküler, mamma interna )


**Lokorejyonel Nüks:** İpsilateral Meme/Göğüs duvarı ve İpsilateral lokal lenf bezlerinde birlikte


  
**6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ**
  
 24 - 27 Şubat 2022 | Gloria Golf Resort - ANTALYA

**Meme koruyucu cerrahi sonrası 10 yıl içinde lokal nüks görülme oranı %2-22 arasındadır ( son yıllarda %2-10 )**


**Mastektomi sonrası 10 yıl içinde lokal nüks görülme oranı % 5-10 arasındadır**

**Rejyonel nüks görülme oranı ( tek yada lokal nükle birlikte ) %1-10 arasındadır**


  
**6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ**
  
 24 - 27 Şubat 2022 | Gloria Golf Resort - ANTALYA

**Lokal Nüksü Arttıran Durumlar**


- Meme koruyucu cerrahi sonrası radyoterapi almama
- Ameliyatta pozitif patolojik sınır varlığı
- Primer tümörün büyüklüğü
- Pozitif aksiller lenf bezi sayısı
- Yüksek tümör grade i
- Genç yaş
- Lenfovasküler invazyon varlığı
- Hormon reseptörü negatif meme kanseri
- Ekstrakapsüler nodal tutulum


  
**6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ**
  
 24 - 27 Şubat 2022 | Gloria Golf Resort - ANTALYA

**Lokal rekürrensler ya fizik muayenede yada radyolojik incelemeler sırasında saptanır.**

**Radyoterapi görmüş memelerde fibrozise bağlı yanlış kitle görünüşleri olabileceği gibi ilk etapta göze çarpmayan kitle oluşturmayan bir çekintiden ibaret lokal rekürrenslerde olabilir (infiltrate Lobuler kanser). Nadir bazı durumlarda ise nüksler ödemli cildi yaygın biçimde tutan enflamatuvar yapıda olabilir.**

**Ameliyat sonrası takiplerde gelişen değişikliklere karşı uyanık olmalı şüphe durumunda mutlaka biopsi ile patolojik doğrulama yapılmalıdır.**


  
**6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ**
  
 24 - 27 Şubat 2022 | Gloria Golf Resort - ANTALYA

**Mastektomi geçmiş kişilerde nüksler genelde ciltte yada göğüs duvarında kitle yada nodüller şeklinde görülür; Bazende cilt bariz bir kitle olmadan diffüz biçimde enflame durumdadır.**

**Nadiren cildin sklerodermoid endurasyonu şeklinde görülen ve «carcinoma en cuirrase-scirrhous carcinoma» denilen durum şeklinde olabilir. Ülserasyonlar görülebilir.**

**Meme koruyucu cerrahi geçmiş kişilerde memede ele gelen kitle veya ciltte çekinti bir bulgu olabilir.**

**Aksiller bölge veya diğer lenf istasyonlarında lenf bezleri palpe edilebilir.**

**Radyolojik inceleme ile meme veya aksillada nüks oluşum saptanabilir.**



**Ayırıcı tanıda;**

- Enfeksiyonlar,
- Radyasyona bağlı fibrozis,
- Sarkom ( Radyoterapiye bağlı gelişir) gibi diğer meme maligniteleri,
- Yağ nekrozu,
- ve diğer benign meme lezyonları akla gelmelidir

Hastalar regional nüks bulgularıyla da gelebilir.

Aksiller veya supraklaviküler lenf bezleri palpe edilebilir, hastalarda ağrı olabilir. Brakial pleksopati veya kol ödemi karşılaşılabilecek klinik bulgulardır.

Mammaria interna metastazlarının doğrudan büyümesi sonucu sternal tutulumlar görülebilir.

Şüpheli bir durumda görüntülemeye başvurulmalıdır.

Mastektomi sonrasında ultrasonografi ilk başvurulacak radyolojik incelemedir,

Meme koruyucu cerrahi geçirmiş bir hastada önce mamografi ve ultrasonografi yapılmalıdır, eğer karar verilemiyorsa meme MRI yapılmalıdır.

Aksiller bölge için ultrasonografik inceleme yapılır

Tesbit edilen lezyonlardan, lezyona göre insizyonel-eksizyonel, ince iğne yada trucut biopsi yapılarak patolojik tanı konulur.

Biopsi yapılan alanlar mutlaka işaretlenmelidir

Biopsi örneklerinde patolojik tanı yanında, östrojen ve progesteron reseptör durumu, insan epidermal growth faktör reseptör 2 ekspresyonu(HER-2), Programlı hücre ölümü ligandı 1 ( PD-L1 ) gibi belirteçler çalışmalıdır.

Hastaların primer tümör patolojileride mümkün ise elde edilmelidir.

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

10-12 Eylül 2022 | İstanbul Kültür Merkezi - İstanbul

esso

Lokal nüks tesbit edilen hastalarda yapılacak ilk işlerden bir tanesinde uzak metastaz araştırmasıdır.

Bu amaçla: Radyonüklid kemik sintigrafisi, Batın, pelvis ve toraks tomografisi (CT) ( MRI da olabilir ) yapılır.

Pozitron emisyon tomografisi/CT (PET/CT) artan sıklıkta kullanılmaktadır bu sayede şüphelenilmeyen uzak alan metastazlarda ( beyin hariç) tesbit edilebilmektedir, ancak %11 yanlış pozitif bulgu mevcuttur.

Uzak metastaz varlığı tedavi yaklaşımını total değiştireceği için önemlidir. Küratif → Palyatif

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

10-12 Eylül 2022 | İstanbul Kültür Merkezi - İstanbul

esso

Akla gelmesi gereken diğer bir durumda, gerçek nüks yerine ikinci yeni primer meme kanseri oluşabileceğidir;

Mastektomi sonrası ikinci primer meme kanseri oluşması çok nadirdir, ancak meme koruyucu cerrahi sonrası gelişebilmektedir.

Gerçek nüksler ortanca 3.7 yılda ortaya çıkarken, ikinci primer kanserler ortanca 7.3 yıl sonra ortaya çıkarlar, gerçek nüksler büyük oranda (%50-90) aynı kadranda ortaya çıkarlar, ikinci primerler daha sıklıkla farklı kadranslarda oluşur

Ayrım patolojik inceleme ile yapılır, reseptör durumu, HER-2 ekspresyonu, DNA flow sitometri uyumsuzluğu ayrımı sağlayabilir

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

10-12 Eylül 2022 | İstanbul Kültür Merkezi - İstanbul

esso

Lokal nükslerin tedavisi kompleks olabilmektedir ve multidisipliner değerlendirme yapılmalıdır;

Lokal nüks vakalarda eğer tümör dokusu sorun yaratmadan çıkartılabiliyorsa patolojik dokuların rezeksiyonu tedavinin esasını teşkil eder.

Rezeksiyon sonrası patolojik inceleme sonucuna ve daha önce aldığı tedavilere göre sistemik tedaviler veya radyoterapi ilaveleri yapılmaktadır. Radyoterapiye Hipertermi ilave edilmesi araştırma aşamasındadır.

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

10-12 Eylül 2022 | İstanbul Kültür Merkezi - İstanbul

esso

Daha önce mastektomi yapılmış ve lokal nüks olan hastalarda önerilen tedavi, imkan olan durumlarda negatif sınırları sağlayacak geniş eksizeyondur ( Grade2C). Daha sınırlı lokal eksizeyonlar büyük oranda yeniden nüks ile sonuçlanır.

Daha önce radyoterapi almamışsa radyoterapi ilave olur ( göğüs duvarı ve lenf nodlarına );

Bazı özel durumlarda radyoterapi almışsa da tekrar düşük doz radyoterapi yapılabilir ( Yerleşimine , geçen zamana ve tümörün risk özelliklerine göre).

Unrezektabl hastalarda sistemik tedavi ile tedaviye başlamak gereklidir, bu sayede nüksler rezektabl hale getirilmeye çalışılır, ayrıca uzak metastaz erken bulgularının olmadığından da emin olunulur.

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

10-12 Eylül 2022 | İstanbul Kültür Merkezi - İstanbul

esso

Daha önce meme koruyucu cerrahi ve sonrasında radyoterapi geçirmiş hastalarda ikinci meme koruyucu yerine mastektomi önerilir (Grade 2C)

Radyoterapi yapılmaz.

Nadir yüksek riskli hastalarda özellikle son radyoterapiden sonra uzun zaman geçmişse radyoterapi yapılabilir.

İkinci bir meme koruyucu cerrahi bazı hastalarda (eğer birinci ameliyattan sonra radyoterapi yapılmamışsa, nüks küçükse ve uzun süre sonra nüks oluşmuşsa) uygulanabilir.

6. Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ

10-12 Eylül 2022 | İstanbul Kültür Merkezi - İstanbul

esso

Aksillada lenf bezi nüksü olan vakalarda daha önce aksiller lenf nodu diseksiyonu yapılmamış ise, aksiller diseksiyon önerilir. Aksiller diseksiyon yapılmış ve aksillada nüks varsa gene çıkarılması önerilmektedir.

İlk tedavisinde aksiller lenf nodu diseksiyonu uygulanmış ve aksiller rekürrens bulgusu olmayan hastalarda aksillaya reeksplorasyon önerilmemektedir.

Daha önce meme koruyucu cerrahi yapılmış hastalardaki nükslerde tekrar sentinel lenf nodu örneklemesi sonucuna göre diseksiyon yapılabilir

**Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ**

**Nodal nüksü olup radyoterapi almamış hastalarda aksilla, supraklaviküler bölge ve göğüs duvarına radyoterapi uygulanır;**

**Mammaria interna grubunun ışınlama alanına rutin dahil edilmesi tartışmalıdır, nüks varlığında radyoterapi uygulanır.**

**Radyoterapi almış hastalarda radyoterapi uygulamaları sınırlıdır ( Yetersiz rezeksiyon, inoperabl vaka, progresif hastalık varlığı gibi durumlarda )**

**Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ**

**Supraklaviküler lenf bezinde metastaz saptandığında uzak metastaz araştırılmalıdır, Sistemik kemoterapiye aday olabilecek hastalarda öncelikle sistemik kemoterapi uygulanmalı, tedaviden sonra 3-6. ayda tekrardan evreleme yapılmalı ve uzak metastaz olmadığından emin olunmalıdır, takiben lokal tedavi planlanmalıdır.**

**Lokal tedavi olarak cerrahi ve/veya radyoterapi planlanabilir Uygulanacak lokal tedavi ; sistemik tedaviye verilen yanıtta, rezidü tümörün volumüne, daha önce radyoterapi yapılmış olmasına ve her iki tedavinin oluşturabileceği morbiditelere göre belirlenir.**

**Kombine lokorejyonel ve sistemik tedavi en iyi sonucu verir.**

**Uzak metastaz saptanmayan izole supraklaviküler rekürrenslerde %15-30 hastada uzun hastaliksız sağ kalım olabilmektedir bu sebeple hastalara küratif amaçla yaklaşılmalıdır.**

**Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ**

**NCCN Guidelines Version 2.2022 Invasive Breast Cancer**

**TREATMENT OF LOCAL AND REGIONAL RECURRENCE**

Local only recurrence <sup>a,b,c</sup>	Initial treatment with BCS + RT <sup>d</sup>	Total mastectomy + axillary lymph node staging if level III axillary dissection not previously done <sup>e</sup>	Consider systemic therapy <sup>f</sup>
	Initial treatment with mastectomy + level III axillary dissection and prior RT <sup>d</sup>	Surgical resection if possible <sup>g,h</sup>	Preoperative/Adjuvant chemotherapy <sup>i,j</sup>
	Initial treatment with mastectomy and no prior RT <sup>d</sup>	Surgical resection if possible <sup>g</sup> + RT <sup>k</sup>	Systemic therapy for ER-, and/or PR-, HER2/neu-, and/or TNBC (local or regional) or Stage IV (M1) Disease (BRV-V)
Regional only Local and regional recurrence <sup>a,b,c</sup>	Axillary recurrence	Surgical resection if possible <sup>g</sup> + RT if possible <sup>h</sup>	Chemotherapy, hormone therapy, or immunotherapy for Recurrent Unresectable (local or regional) or Stage IV (M1) Disease (BRV-V)
	Supraclavicular recurrence	RT if possible <sup>h</sup>	
	Internal mammary node recurrence	RT if possible <sup>h</sup>	

<sup>a</sup> See Principles of Radiation Therapy (BRV-V).  
<sup>b</sup> Multidisciplinary approach is especially important in the management of breast cancer recurrence to consider all potential treatment options for optimal outcomes.  
<sup>c</sup> In patients with a local breast recurrence after BCS who had a prior SLNB, a repeat SLNB may be considered through the accuracy of repeat SLNB is unproven. After mastectomy, repeat SLNB may be considered although there are limited data in this setting.  
<sup>d</sup> If not technically resectable, consider systemic therapy to best response, then resect if possible.  
<sup>e</sup> The decision to use RT to treat locoregional recurrence must factor in any prior radiation to the area and the risk of side effects from the sum of the prior and planned radiation courses.  
<sup>f</sup> See the Discussion for additional information.  
<sup>g</sup> Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.  
<sup>h</sup> Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any patient with cancer is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

**Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ**

**Lokorejyonel metastaz gelişen hastalarda yüksek oranda uzak metastaz ( iki yıl içinde % 50 civarında ) ve düşük sürvi oranları mevcuttur.**

**İlk lokorejyonel metastazın tedavisi sonrası ikinci lokorejyonel metastazlar görülebilir ancak uzak metastaz görülmesi daha olasıdır ve prognozlarında ikinci lokorejyonel nükslerde, uzak metastaz gelişen hastalarla benzerdir.**

**Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ**

**Mastektomi ve meme koruyucu cerrahi geçirmiş hastalarda lokorejyonel metastaz sonrası prognoz benzerdir.**

**Yeni primer ve gerçek metastaz karşılaştırıldığında; Yeni primer tümörlerin sürvi ve uzak metastaz sonuçları gerçek nükslerden iyiydi, ancak daha fazla karşı memede karsinom görüme oranları vardır.**

**Erken gelişen nükslerin prognozu ( 24 aydan daha önce ) daha geç gelişen nükslerden ( 48 aydan sonra ) kötüdür. Birçok seride en az iki yıllık hastaliksız sağ kalım süresi iki yıldan kısa sürelerle göre daha iyi sonuçlarla birlikte.**

**Mastektomi yapılmış ve göğüs duvarı yada lenf nodunda nüks olan vakalarda, 5 yıllık sürvi, iki yıldan sonra gelişen metastazlarda % 50, iki yıldan önce gelişen metastazlarda % 35 civarındadır. Meme koruyucu cerrahi geçirmiş ve sadece lokal nüks gelişmiş hastalarda benzer şekilde % 49 a karşın % 85 tir.**

**Ulusal CERRAHI ONKOLOJİ KONGRESİ**

**Rekürrensin büyüklüğü, yeri ve cilt tutulumu prognoz üzerine etkili faktörlerdendir, daha geniş tutulumlar, nodal tutulumla birlikte lokal tutulum, özellikle supraklaviküler lenf nodu tutulumu hem lokal kontrol hemde uzak metastaz açısından olumsuz faktörlerdir.**

**Tedavi edilebilen nüksler, tam tedavi edilemeyen nükslere göre daha iyi prognoza sahiptir. Geniş eksizyonu yapılamayan nüksler, radyoterapi yapılamayacak nüksler, ilk yapılan kemoterapiye, hormonoterapiye rezistansı olan vakalar veya hedefe yönelik tedavi yapılamayacak nüks vakalar daha kötü prognoza sahiptir.**

