

Meme ve Aksilla Cerrahisinde Güncel Durum 'salgın döneminde neler değişti'

Dr. Semra Günay

CTSH Genel Cerrahi Kliniği

Meme ve Endokrin Cerrahi Bölümü

15.12.2021

Sunum akışı:

- Meme Cerrahisinde güncel kavramlar ve uygulamalar
- Aksilla Evreleme ilkeleri
- AXSANA
- Salgın döneminde meme kanseri nasıl yönetildi



Meme

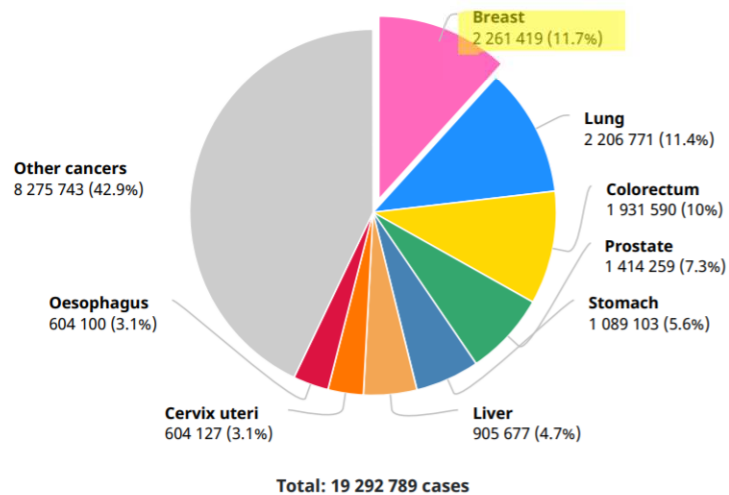
International Agency for Research on Cancer



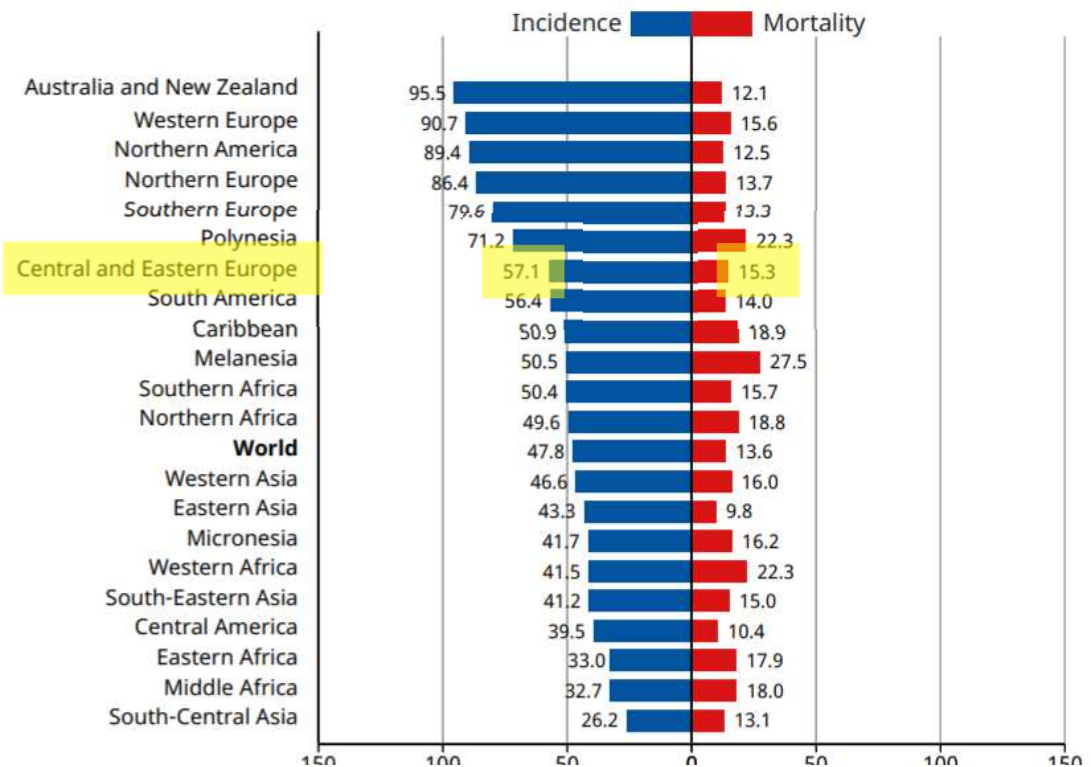
Breast

Source: Globocan 2020

Number of new cases in 2020, both sexes, all ages



Age standardized (World) incidence and mortality rates, breast

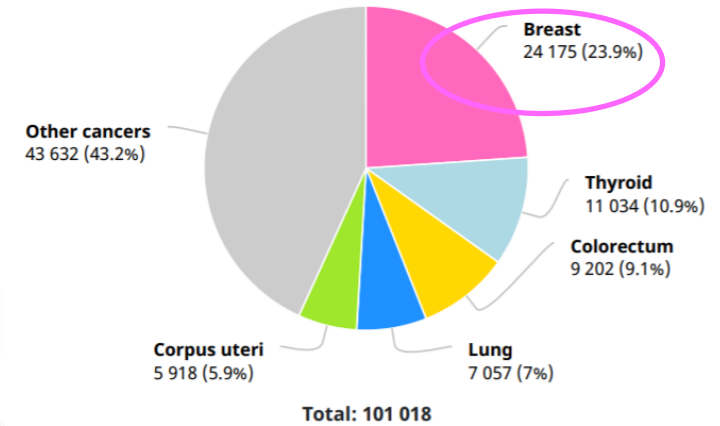


Epidemiyoloji-

Globcan2020 göre TÜRKİYE verileri

Summary statistic 2020

	Males	Females	Both sexes
Population	41 636 125	42 702 942	84 339 067
Number of new cancer cases	132 816	101 018	233 834
Age-standardized incidence rate (World)	291.5	188.0	231.5
Risk of developing cancer before the age of 75 years (%)	29.2	18.4	23.3
Number of cancer deaths	78 949	47 386	126 335
Age-standardized mortality rate (World)	171.6	81.4	120.4
Risk of dying from cancer before the age of 75 years (%)	18.2	8.6	13.0
5-year prevalent cases	300 071	281 565	581 636
Top 5 most frequent cancers excluding non-melanoma skin cancer (ranked by cases)	Lung Prostate Colorectum Bladder Stomach	Breast Thyroid Colorectum Lung Corpus uteri	Lung Breast Colorectum Prostate Thyroid



Summary statistic 2020

Turkey Source: Globocan 2020

TNM

Tis: insitu

T1: 2 cm den küçük

T1 a (5mm), T1b(5-10mm), T1c (10-20mm)

T2:2-5 cm

T3:5 cm den büyük

N0: Lenf nodu yok (klinik ve radyolojik)

N1: Tek taraf level1-2

N2: Level 1-2 fikse veya kitle yapmış veya

Mammaria Interna N+

N3: aynı taraf Level1-2 + MILN veya

N durumundan bağımsız infraklaviküler N

Aksiller N durumundan bağımsız supraklaviküler N

M: Metastaz

EVRELEME	TNM
Evre 0	Tis N0M0
Evre I	T0N1M0 T1N1M0 T2N0M0
Evre IIA	TT2N1M0 T3N0M0
Evre IIB	T2 N1M0 T3 N0 M0
Evre IIIA	T0N2M0 T1*N2M0 T2N2M0 T3N1N2M0
Evre IIIB	T4N1N2N3M0
Evre IIIC	Tüm T ,N3M0
Evre IV	Tüm T,N ve M1

Güncel Evreleme- Prognostik özellikler -

TNM göre değil Moleküler (biyolojik) alt tipe göre yapılır

- (a) **Luminal A** – (ER +, PR +, Ki-67 düşük, HER-2- neu–):

Genellikle düşük dereceli tümörler, mükemmel prognoz ve endokrine yanıt

- (b) **Luminal B** – (ER +, PR $\pm$, Ki-67 yüksek, HER-2-neu $\pm$):

Genellikle yüksek dereceli tümörler kötü prognoz ve yüksek proliferasyon oranı

- (c) **HER-2 benzeri** (ER–, PR–, Ki-67 yüksek, HER-2-neu +):

**Genellikle kemoterapiye ve anti-HER-2 tedavisine iyi yanıt ,
olumsuz prognoza ve yüksek proliferasyon oranına sahip yüksek dereceli tümörler.**

- (d) **Bazal benzeri** (ER–, PR–, HER-2-neu–): **Üçlü negatif,**

Genellikle kötü prognozlu 3. derece tümörler.

Radyolojik-Patolojik- Prognostik belirteçler

- **Mesenkimal kök hücreden**

kaynaklanan tümörlerde

beklenen sonuçlar alınmayabilir

- Az ve kötü diferansiye olur,
metastaz ve hızlı agresif seyri izah edebilir
- Epithelial mesenchymal transit ??

- **TIL: tumor-infiltrating lymphocytes (TILs)**

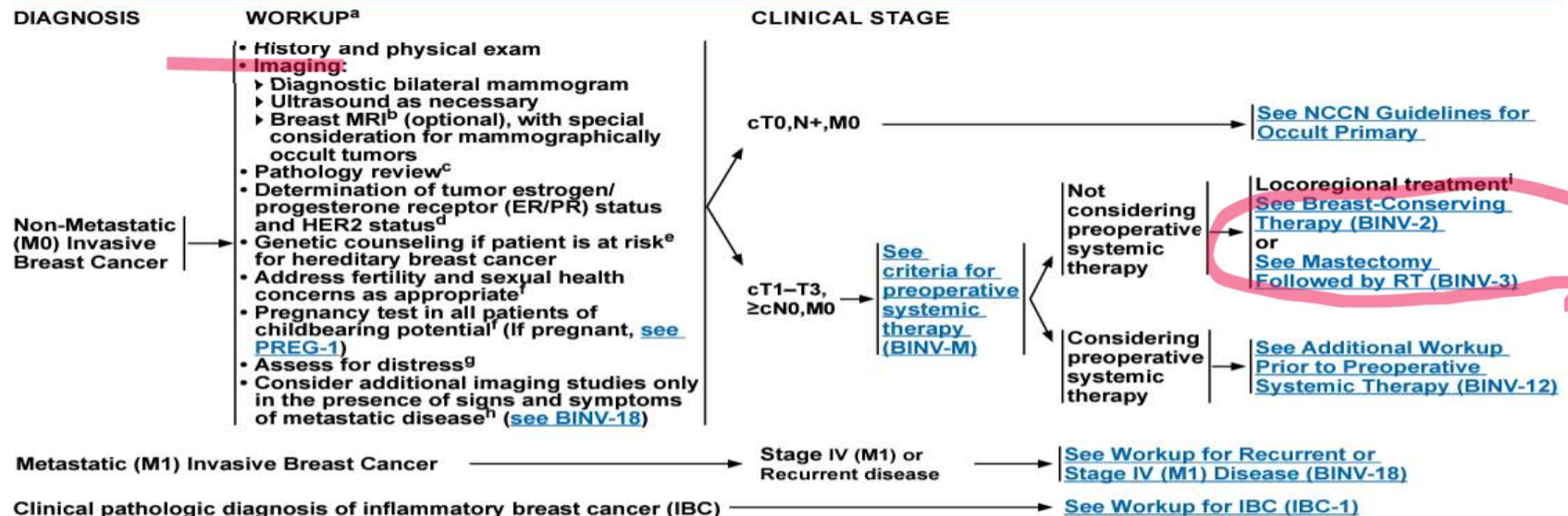
NAK alan olgularda , özellikle de

Üçlü Negatif kanser prognozu için önemli ,
çokluğu iyi prognoz ile uyumludur.

- **Ki 67** : Tam yanıt olasılığı ile doğru orantılı

Meme Yaklaşım

Printed by Semra Gunay on 11/14/2021 11:31:36 AM. For personal use only. Not approved for distribution. Copyright © 2021 National Comprehensive Cancer Network, Inc., All Rights Reserved.



^a For tools to aid optimal assessment and management of older adults, see [NCCN Guidelines for Older Adult Oncology](#).

^b Breast MRI may be useful for characterizing axillary and/or internal mammary nodal disease. See [Principles of Dedicated Breast MRI Testing \(BINV-B\)](#).

^c The panel endorses the College of American Pathologists Protocol for pathology reporting for all invasive and noninvasive carcinomas of the breast. <http://www.cap.org>.

^d See [Principles of Biomarker Testing \(BINV-A\)](#).

^e For risk criteria, see [NCCN Guidelines for Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast, Ovarian, and Pancreatic](#).

^f For Fertility and Birth Control (see [BINV-C](#)). The general considerations for fertility and sexual health/function outlined for specific populations in [NCCN Guidelines for Adolescent and Young Adult \(AYA\) Oncology](#) and [NCCN Guidelines for Survivorship](#) are applicable to all patients diagnosed with breast cancer.

^g See [NCCN Guidelines for Distress Management](#).

^h Routine systemic staging is not indicated for non-metastatic (M0) cancer in the absence of systemic symptoms. If metastatic disease is suspected, see Workup on [BINV-18](#).

ⁱ Patients with a known or suspected genetic predisposition to breast cancer may have an increased risk of ipsilateral breast recurrence or contralateral breast cancer with breast-conserving therapy. These patients may be considered for prophylactic bilateral mastectomy for risk reduction. See [NCCN Guidelines for Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast, Ovarian, and Pancreatic](#).

Meme Klinik Yaklaşım- ilk gören hekim prognstik

- Fizik Muayene , Sorgulama, Kayıt
 - Görüntüleme: Mamografi-Ultrasonografi- **MR** *
 - Doku örnekleme (biyopsi):
 - Meme: Kalın iğne biyopsisi (KİB) (IİAB -İnsizyonel veya punch değil) :
- Mikroskopik özellikler ile birlikte Nükleer ve Histolojik derece, ER, PR, Her 2; Ki 67**
- Aksilla: IİAB

MULTİDİSİPLİNER konseyde tedavi planlama

- Genetik Danışmanlık**
- Fertilite danışmanlığı***
- Rutin Kan testleri – (CEA ve CA15-3 dahil, genç olguda CA125)???
- Kemik Sintigrafisi * Toraks ve Batın BT* **PET BT***

***olgu özelliğine göre değişmekle birlikte tümör volümü ile takip ve ilk tedavi sonu yeniden evrelemede önemli, yapılmalı**

****Genç hastalarda , ailesel yüksek riskli olanlarda**

*** **Genç ve çocuk isteyen olgularda**

Meme Cerrahi MKC-OPC

Meme koruyucu cerrahi (MKC)

Tümörün (kanserli dokunun) geride kanser dokusu bırakmayacak şekilde memeden güvenli olarak çıkartılmasıdır.

'no ink on tumor'

RT mutlaka yapılır: Boost ve Tüm Meme RT şeklinde

Onkoplastik cerrahi (OPC) : 'W.Audresch' 87''

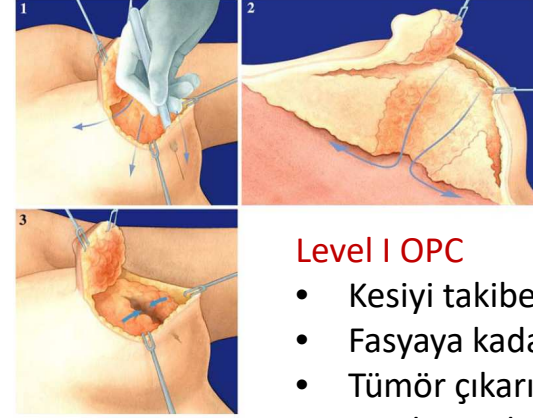
- Meme kanserinin güvenli cerrahi sınır ile çıkarılırken temel plastik cerrahi yöntemlere dayanarak memeye yeniden şekil verilmesi tekniğidir.
- Klasik MKC den farkı daha güvenli sınır sağlayarak nüks olasılığını azaltması ile üstündür.

Memenin yapısına ' yoğun veya yağlı ?' , tümörün memedeki yeri ve tümör boyutuna göre farklılık gösterir

- İki düzeyde ele alınabilir,

Tümör güvenle çıkarıldığında meme volümünün

- <20 – ise Level I : 'meme cerrahları' tarafından
- %20-50 ise Level II: Plastik cerrahi ve OPC için eğitimli cerrahlar tarafından uygulanabilir



Level I OPC

- Kesiği takiben deri derialtı açılır
- Fasyaya kadar inerek doku hazırlanır
- Tümör çıkarılır- işaretlenir
- Kaydırma ilerletme tekniği ile meme modellenir

Clough KB, Ann Surg Oncol. 2010 May;17(5):1375-91.

Review Article

From Radical Mastectomy to Breast-Conserving Therapy and Oncoplastic Breast Surgery: A Narrative Review Comparing Oncological Result, Cosmetic Outcome, Quality of Life, and Health Economy

Ahmad Kaviani,^{1,2} Nassim Sodagari,¹ Sara Sheikhabaei,^{3,4} Vahid Eslami,^{4,5}
Nima Hafezi-Nejad,^{3,6,7} Amin Safavi,² Maryam Noparast,² and Alfred Fitoussi⁸

- *International Scholarly Research Notices*, vol. 2013, Article ID 742462,

- ✓ “Mastectomy,” “Breast Conserving Therapy,” and “Oncoplastic Breast Surgery.” terimleri kullanılarak 2000-2013 arasında yayınlanmış İngilizce ve Fransızca tıp literatüründeki tüm makaleler incelendi.
- ✓ Temel amaç ve yöntemi; onkolojik yanıt, kozmetik sonuç, sağ kalım, lokal yineleme , yaşam kalitesi ve sağlık ekonomisi alanında, kalitesi en üst düzeyde olan 60 < makale seçildi.
- ✓ MKC ye göre MKC+OPC, Uzun dönem (2 sene<) sonuçları kozmetik bakımdan benzer ya da üstün
- ✓ ‘QoL’ yaşam kalitesi bakımından karşılaştırılmasında : OPC diğer iki yöntem göre üstün
- ✓ Yüksek hasta memnuniyeti ve kanıtlanmış onkolojik güvenlik bakımından OPC üstün bulunmuştur.

Sonuç, öneriler:

- ✓ OPC nin MKC ile birlikte uygulanması ve bunun için meme kanseri cerrahisi yapan cerrahlar eğitilmeli
- ✓ Sağlık harcamaları bakımından da otolog veya prostetik rekonstrüksiyonlara kıyasla avantajlıdır.

> Acta Oncol. 2021 Jun;60(6):750-759. doi: 10.1080/0284186X.2021.1900907. Epub 2021 Mar 31.

Oncoplastic breast surgery versus conventional breast conserving surgery – a prospective follow-up study of subjective loco-regional late morbidity

Katrine Rye Hauerslev ¹, Jens Overgaard ², Tine Engberg Damsgaard ³, Helle Mikel Hvid ⁴, Eva Balling ⁵, Lone Fischer ¹, Peer Christiansen ¹

- ✓ Erken evre tümörlerin taramalar nedeniyle giderek artan sayıda saptanmaktadır.
- ✓ Meme kanseri kronik bir hastalıktır ve uzayan yaşamla artan morbidite önem kazanmaktadır
- ✓ Estetik sonuç, hem hastalar hem de hekimlerin için önemlidir.
- ✓ En yaşlı yaş gruplarında bile meme koruma teknikleri giderek daha fazla kullanılmaktadır.
- ✓ MKC yapılan olgulara MKC ile OPC yöntemlerinin birlikte ve «meme cerrahları» tarafından uygulanması sonuçların iyileşmesi bakımından önemlidir .

ClinicalTrials.gov: [NCT02159274](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT02159274)

364 hasta, 229 MKC – 105 OPC; 18 ay ortalama takip süresi ve uzun dönem sonuçları

yaş, ko morbidite ,VKI, reeksizyon oranı ve aksillaya girişim benzer iki grup anket yoluyla değerlendirilmiş

- omuz, kol ve meme morbiditesinin subjektif semptomları benzer, kozmetik sonuç bakımından OPC grubu üstün

Meme Yaklaşım

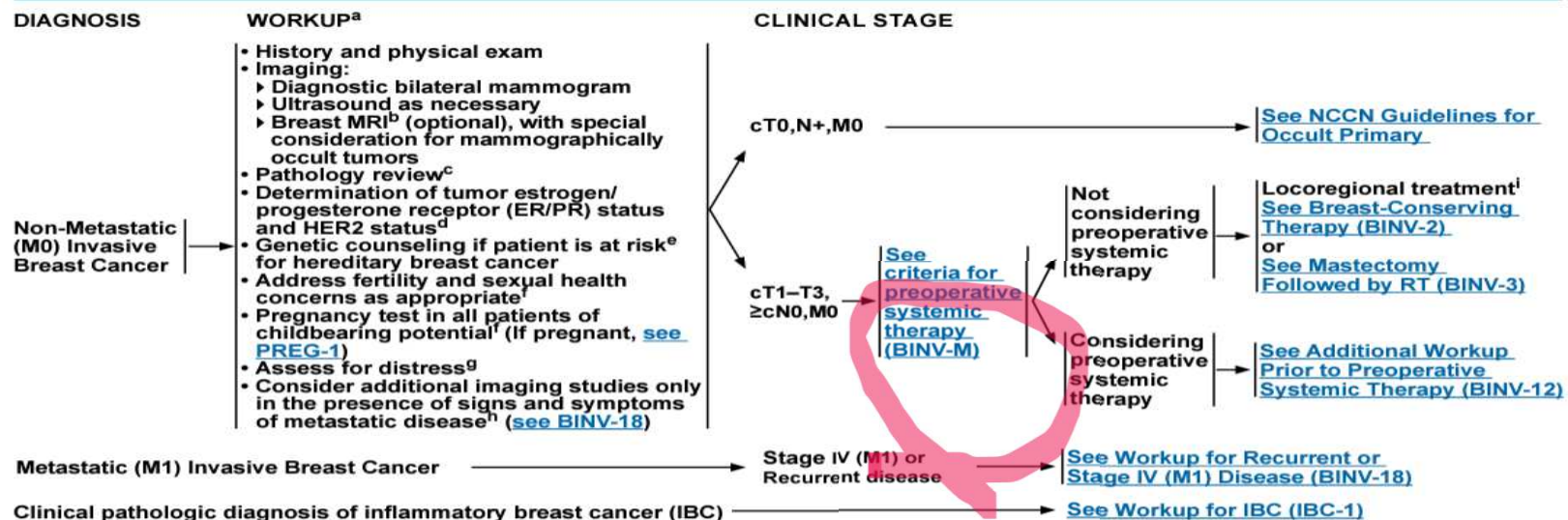
Printed by Semra Gunay on 11/14/2021 11:31:36 AM. For personal use only. Not approved for distribution. Copyright © 2021 National Comprehensive Cancer Network, Inc.. All Rights Reserved.



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 8.2021 Invasive Breast Cancer

[NCCN Guidelines Index](#)
[Table of Contents](#)
[Discussion](#)



^a For tools to aid optimal assessment and management of older adults, see [NCCN Guidelines for Older Adult Oncology](#).

^b Breast MRI may be useful for characterizing axillary and/or internal mammary nodal disease. See [Principles of Dedicated Breast MRI Testing \(BINV-B\)](#).

^c The panel endorses the College of American Pathologists Protocol for pathology reporting for all invasive and noninvasive carcinomas of the breast. <http://www.cap.org>.

^d See [Principles of Biomarker Testing \(BINV-A\)](#).

^e For risk criteria, see [NCCN Guidelines for Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast, Ovarian, and Pancreatic](#).

^f For Fertility and Birth Control (see [BINV-C](#)). The general considerations for fertility and sexual health/function outlined for specific populations in [NCCN Guidelines for Adolescent and Young Adult \(AYA\) Oncology](#) and [NCCN Guidelines for Survivorship](#) are applicable to all patients diagnosed with breast cancer.

^g See [NCCN Guidelines for Distress Management](#).

^h Routine systemic staging is not indicated for non-metastatic (M0) cancer in the absence of systemic symptoms. If metastatic disease is suspected, see Workup on [BINV-18](#).

ⁱ Patients with a known or suspected genetic predisposition to breast cancer may have an increased risk of ipsilateral breast recurrence or contralateral breast cancer with breast-conserving therapy. These patients may be considered for prophylactic bilateral mastectomy for risk reduction. See [NCCN Guidelines for Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast, Ovarian, and Pancreatic](#).

Meme Yaklaşım

Printed by Semra Gunay on 11/14/2021 11:31:36 AM. For personal use only. Not approved for distribution. Copyright © 2021 National Comprehensive Cancer Network, Inc., All Rights Reserved.



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 8.2021 Invasive Breast Cancer

[NCCN Guidelines Index](#)
[Table of Contents](#)
[Discussion](#)

PRINCIPLES OF PREOPERATIVE SYSTEMIC THERAPY

Known Benefits of Preoperative Systemic Therapy

- Facilitates breast conservation
- Can render inoperable tumors operable
- Treatment response provides important prognostic information at an individual patient level, particularly in patients with TNBC or HER2-positive breast cancer
- Identifies patients with residual disease at higher risk for relapse to allow for the addition of supplemental adjuvant regimens, particularly in patients with TNBC or HER2-positive breast cancer.
- Allows time for genetic testing
- Allows time to plan breast reconstruction in patients electing mastectomy
- Allows time for delayed decision-making for definitive surgery.

Opportunities

- May allow SLNB alone if initial cN+ becomes cN0 after preoperative therapy.
- May provide an opportunity to modify systemic treatment if no preoperative therapy response or progression of disease
- May allow for more limited radiation fields in patients with cN+ who become cN0/pN0 after preoperative therapy.
- Excellent research platform to test novel therapies and predictive biomarkers

Cautions

- Possible overtreatment with systemic therapy if clinical stage is overestimated
- Possible undertreatment locoregionally with radiotherapy if clinical stage is underestimated
- Possibility of disease progression during preoperative systemic therapy

Candidates for Preoperative Systemic Therapy

- Patients with inoperable breast cancer:
 - IBC
 - Bulky or matted cN2 axillary nodes
 - cN3 nodal disease
 - cT4 tumors
- In patients with operable breast cancer, preoperative systemic therapy is preferred for:
 - ◊ HER2-positive disease and TNBC, if cT ≥2 or cN ≥1
 - ◊ Large primary tumor relative to breast size in a patient who desires breast conservation
 - ◊ cN+ disease likely to become cN0 with preoperative systemic therapy
- Patients in whom definitive surgery may be delayed.

Non-candidates for Preoperative Systemic Therapy

- Patients with extensive in situ disease when extent of invasive carcinoma is not well-defined
- Patients with a poorly delineated extent of tumor
- Patients whose tumors are not palpable or clinically assessable

Meme Yaklaşım: PST 'NAKve NET'

Bilinen yararları:

- İnoperabl tümör operabl olabilir - MKC uygun olmayan olguda MKC (+ OPC) iyi kozmetik de mümkün
- TN ve Her 2 + olanlarda Toplam ve Hastalıksız SK üstünlüğü gösterilmiştir
- Genetik inceleme için zaman sağlar
- Elektif cerrahi gecikecekse zaman sağlar
- Mastektomi ve rekonstrüksiyon yapılacak ise planlama için zaman sağlar

Üstünlüğü:

- Aksilla evrelemesini PST sonra yapılmasını mümkün kılar (cN+ olgular :cN-)
- KT rejimi uygun değilse bunu görmeyi ve gerekiyorsa değiştirmeyi sağlar
- Süreç boyunca yeni nesil tedavilerin etkisini görmeyi sağlar
- RT alanını daralmasına yardımcı olur

Meme Yaklaşım: PST 'NAK ve NET'

PST kime yapılmalı:

- ✓ Erken evrede TN ve Her2 ++ olgular
- ✓ cN(+)
- ✓ LIMK ve İMK
- ✓ cT4 ve cN2
- ✓ MKC planlanan olgular ?
- * Tümör mutlaka ve mümkünse aksilla kuşkulu nod işaretlenmelidir
- ✓ Cerrahi riski yüksek olup hazırlık gereken ya da ameliyat olamayacak

PST kime yapılmamalı:

Primer tümörü palpe edilmeyen ,tam tanımlanamamış ve yaygın DCIS

Aksillaya yaklaşım : Meme kanseri cerrahisindeki yeri sorgulanmaktadır

- ✓ Uzun yıllar aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND) meme kanseri hastalara standard olarak uygulandı,
- ✓ pN durumunu (teşhis / evreleme) yanı sıra yeterli lokorejyonel kontrolün (terapotik) sağladığı düşünöldü.
- ✓ Oysa tedavi katkısı tartışmalıdır ve yüksek morbiditesi ile hayat kalitesinin düşmesine neden oluyordu.
- ✓ Primer cerrahi yapılanlarda ALND'nun bir evreleme aracı olarak kullanılmasının yerini Toplam ve Hastalısız SK tehlikeye atmayan sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB) almıştır

Giuliano AE,. Ann Surg 1994; 3: 391-401

✓ PST sonrası SLNB'nin güvenlidir

- ✓ özellikle başlangıçta (cN+) ile başvuran ve ycN0'a dönüşen kadınlarda giderek daha çok yapılmaktadır.
- ✓ Hedef %10 u aşmayan hata payı ile hastayı doğru evrelemektir.
- ✓ Bunun için yapılması gereken PST sonrası SLNB için 3 ya da daha çok ganglion çıkarılarak incelenmesidir.
- ✓ Güncel rehberlere göre (ESMO, NCCN) aksillada geniş cerrahi giderek azalmakta-azalmalıdır ve
- ✓ 1-2 pozitif SLNB olsa bile seçilmiş hastalarda **ALND yapılmayabilir.**

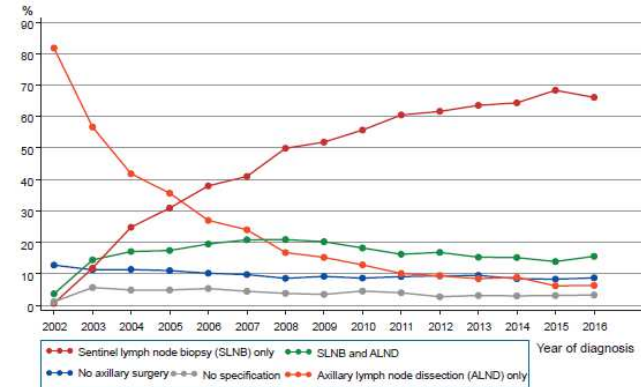
Aksilla cerrahisi azalıyor

Krag DN, et al : Sentinel-lymph-node resection compared with conventional axillary-lymph-node dissection in clinically node-negative patients with breast cancer: overall survival findings from the NSABP B-32 randomised phase 3 trial.

Lancet Oncol. 2010 Oct;11(10):927-33.

- ✓ **NSAP B-32** Çalışması paradigma değişikliğini netleştirdi ve tartışmaları sonlandırdı
- ✓ 5611 hasta randomize edildi ,
- ✓ Lokal nüks hastalıksız ve toplam sağ kalım aynı , istatistiksel fark olmasa da SLNB grubu üstün
- 8 senelik ortalama takipte
- ✓ SLND grubunda (n:2804) 8,
- ✓ SLNB+ALND grubunda (n:2807)14 nüks oldu
- ✓ Qol bakımından ise SLNB grubu anlamlı üstün
- ✓

Münih Kanser Enstitüsü 2017



Aksillaya yaklaşım- lenfödem

- Meme kanseri cerrahisi ve aksillaya invazif grışımelerin en önemli morbiditesi LENFÖDEM (LÖ)
- Lenfödem yaşam kalitesini önemli ölçüde bozar
- Kişisel nedenler , kilo VKI , dominant kol ve yapılan işe bağlı travma olasılığı, DM gibi enfeksiyona yatkınlığı arttıran yandaş hastalık
- Cerrahinin genişliği, cerrahı deneyimi ve Radyoterapi de önemli etkendir
- Aksilla cerrahisine bağlı LÖ olasılığı çok sayıda PR Çalışmaya konu olmuştur.
- NSBP-B-32, IBCSG, ACOSOG-Z011 ve AMAROS çalışmaları ile gösterilmiştir ki;
 - ✓ SLNB grubunda %3 ve %8.1,3 deėişmekte
 - ✓ ALND, i % 33 ila60 aralığındadır.
- Alınan tüm önlemlere karşın bu oran ALND grubunda özellikle de ek olarak RT alanlarda, 5 yıllık takipte **LÖ %31.2 ile %38.7** değişmektedir.



Aksilla Yaklaşım

Effect of Axillary Dissection vs No Axillary Dissection on 10-Year Overall Survival Among Women With Invasive Breast Cancer and Sentinel Node Metastasis:

The ACOSOG Z0011 (Alliance) Randomized Clinical Trial

JAMA. 2017

Armando E. Giuliano, MD, Karla V. Ballman, PhD, Linda McCall, MS, Peter D. Beitsch, MD, Meghan B. Brennan, RN, ONP, PhD, Pond R. Kelemen, MD, David W. Ollila, MD, Nora M. Hansen, MD, Pat W. Whitworth, MD, Peter W. Blumencranz, MD, A. Marilyn Leitch, MD, Sukamal Saha, MD, Kelly K. Hunt, MD, and Monica Morrow

Axillary dissection versus no axillary dissection in patients with breast cancer and sentinel-node micrometastases (IBCSG 23-01): 10-year follow-up of a randomised, controlled phase 3 trial

Viviana Galimberti, Bernard F Cole, Giuseppe Viale, Paolo Veronesi, Elisa Vicini, Mattia Intra, Giovanni Mazzarol, jnar, Mario Taffurelli, David Littlejohn, Michael Knauer, Carlo Tondini, Angelo Di Leo, Marco Colleoni, Meredith M Regan, Alan S Coates, Richard D Gelber, Anne Goldhirsch, European International Breast Cancer Study Group Trial 23-01* **Lancet Oncol 2018**

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

Mila Donker, Geertjan van Tienhoven, Marieke E Straver, Philip Meijnen, Cornelis J H van de Velde, Robert F Mansel, Luigi Cataliotti, A Helen Westenberg, Jean H G Klinkenhiil

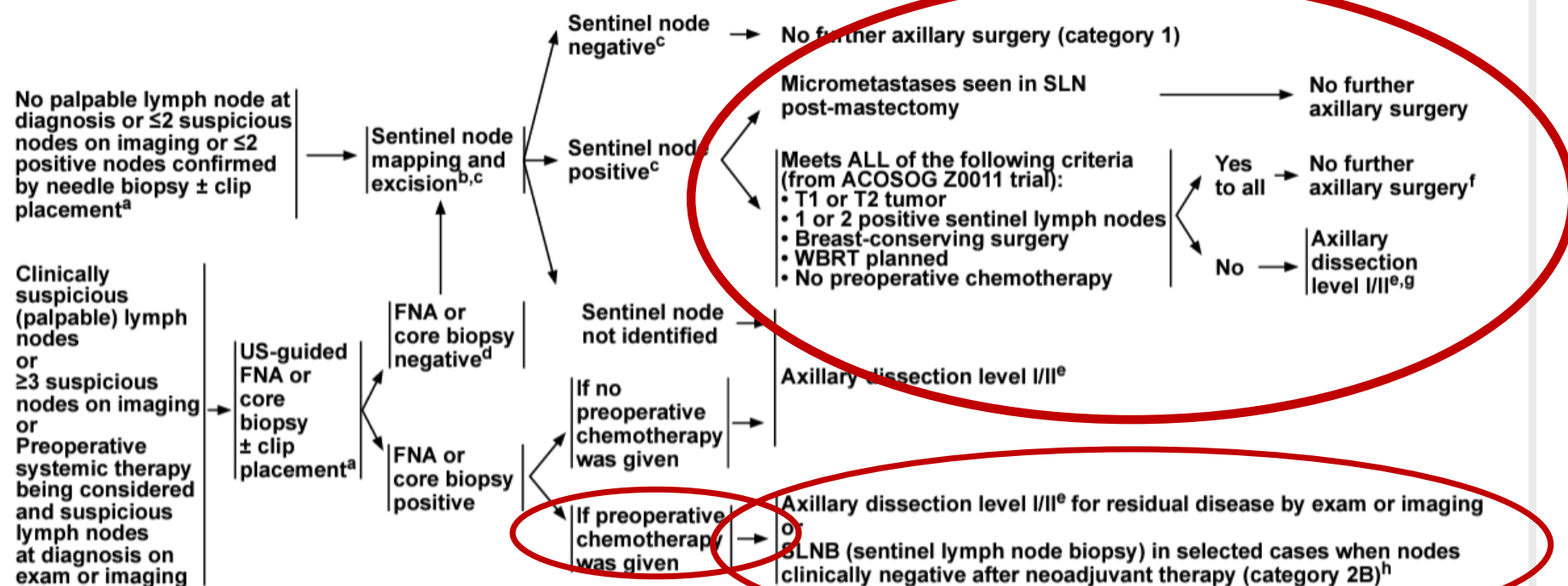


National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 8.2021 Invasive Breast Cancer

[NCCN Guidelines Index](#)
[Table of Contents](#)
[Discussion](#)

SURGICAL AXILLARY STAGING



^a If a positive lymph node is clipped at biopsy, every effort should be made to remove the clipped node at the time of surgery.

^b Sentinel lymph node mapping injections may be peritumoral, subareolar, or subdermal.

^f In the mastectomy setting, in patients who were initially cN0, who have positive nodes on SLNB, and have no axillary dissection, RT should include chest wall, supraclavicular ± internal mammary nodes, and full axilla.

^g For patients with clinically negative axilla who are undergoing mastectomy.

Axilla yaklaşım: Tedavi değil Evreleme

PST almayan olgularda :

- Klinik ve radyolojik N0 (cN0) olgularda SLNB standart: SLNB – ya da mikrometastaz :RT
- cN+ olguda IIAB ve mümkün ise işaretleme
- T1 ve veya T2 + SLNB 1-2 (+)+ MKC(OPC) + TMRT (PST almayacak ise) ALND yapma :RT (Z0011)
- cN2 veya makrometastaz (1-2/3-4) : PST

• PST alan olgularda tedavi sonrası :

cN+ ise ALND

cN0 ise SLNB ve sonucu da aynı şekilde değerlendirilir

Meme ve Aksillanın PST den yararlanma olasılığı %98 e varan oranlarda uyumlu bulunmuştur ..

Ann Surg 2020;271:574–580)

Samiei et al :Correlation Between Pathologic Complete Response in the Breast and Absence of Axillary Lymph Node Metastases AfterNeoadjuvant Systemic Therapy

Axillaya yaklaşım- Güncel durum standart mı?

- ✓ Sistemik tedavi stratejilerinin optimizasyonu, PST tam yanıt (pCR) oranlarında artışa yol açmıştır.
- ✓ Alt gruplarda %70'e varan pCR oranlarına ulaşılmıştır .
- ✓ Başlangıçta nodal tutulum ile PST alan hastaların %50'sinde NO'a dönüşüm görülebilmektedir.
- ✓ 2016 yılında önce metastatik lenf noduna bir işaret (örneğin bir klip veya bir radyoaktif işaretleyici) yerleştirmekten oluşan yeni bir cerrahi yaklaşım (TAD = hedeflenmiş aksiller diseksiyon) tanımladı.
- ✓ İşaretlenmiş lenf nodunun (hedef lenf nodu = TLN) ve sentinel nodun başarıyla çıkarıldığı hastalarda yanlış negatif oranı %1,4 kadar düşebildi.

Siso C, et al. (IRINA Trial). Ann Surg Oncol 2018;25:784-91

- ✓ Bazı Avrupa ülkelerinde (İsvec, Norvec, Finlandiya) ALND bu hastalar için standart kabul edilmekte
- ✓ İtalya da hastaya, hedef lenf nodu işaretlenmeden ve çıkarmadan sadece SLNB yapılmaktadır.
- ✓ Orta Avrupa ile İngiltere'de « özellikle de meme cerrahları» SLNB ve TAD tercih edilmektedir

Axilla yaklaşım- Güncel durum

- Güncel ESMO rehberi, PST sonrası cN0 olgularda SLNB'nin yapılarak negatif olması durumunda daha fazla aksiller cerrahinin gerekmediğini
- SLNB'nin yanlış negatif oranının biyopsi yapılan pozitif nodun (ları) işaretlenerek çıkarılması ile iyileştirilebileceğini belirtmektedir.
- Almanya'da farklı merkezler farklı uygulama yaparken, 2019 a kadar DEGRO başlangıçta nodal tutulumu olan hastalarda ALND'yi önermekte iken, artık PST sonrası SLNB uygulamakta..
- Alman Jinekolojik Onkoloji Çalışma Grubu (AGO) önerilerini 2019'da değiştirerek ve bu hasta alt grubu için TAD'yi tercih edilen teknik olarak onaylamıştır.
- NCCN'de TAD isteğe bağlı bir teknik olarak kabul edilirken, PST sonrası SLNB önermektedir.
- Bu koşullarda EUBREAST **EUropean Breast cancer REsearch Association of Surgical Trialists** 
- Fizibilite, güvenlik, morbidite ve uygulamada farklı teknikleri karşılaştıran prospektif çok merkezli bir kohort çalışması planlanmıştır.

AXSANA
(AXillary Surgery After NeoAdjuvant
Treatment)
(Neoadjuvant Tedavi Sonrası Aksiller
Cerrahi)
-EUBREAST 3-

Clinical Trials.gov NCT 04373655

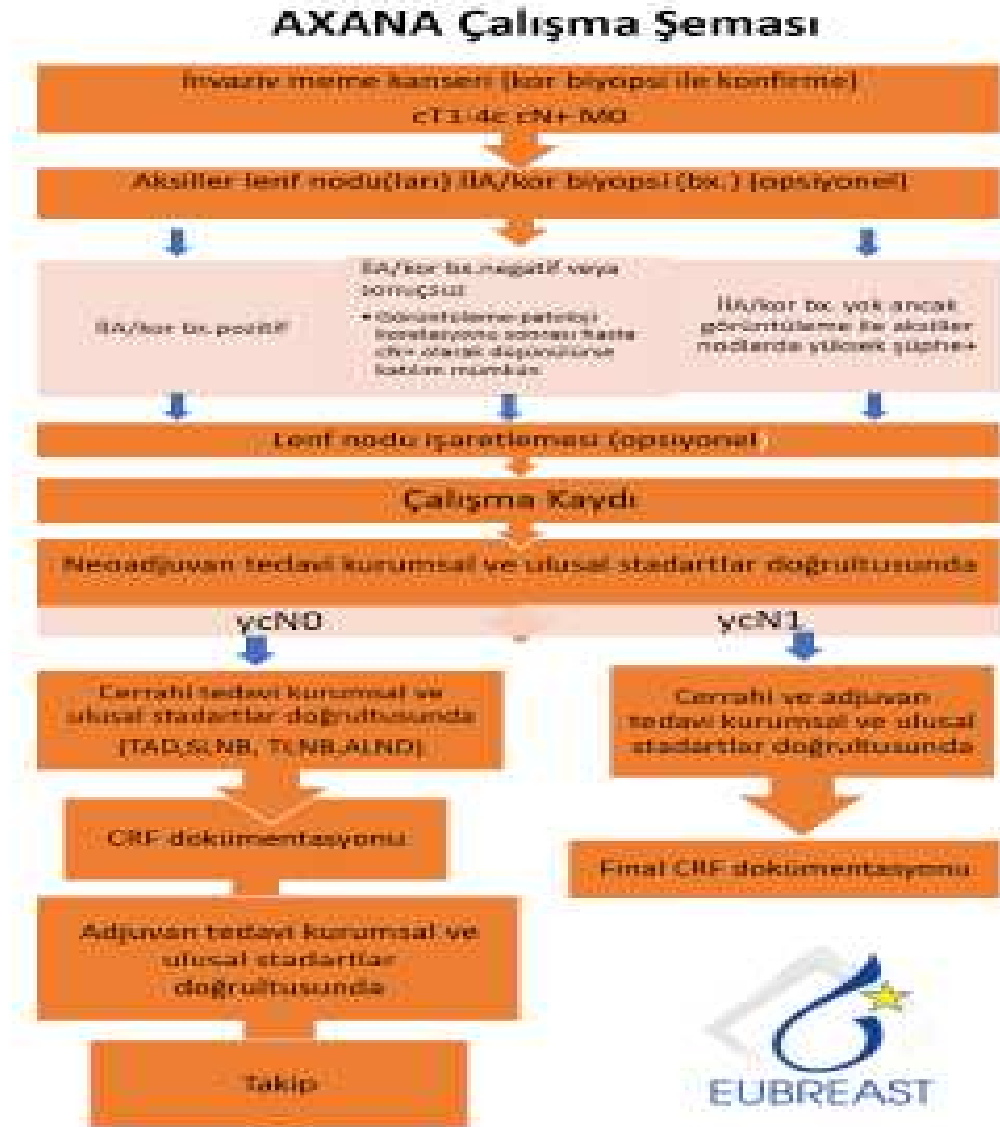
**Prof.Dr Thorsten Kühn- Esslingen ve
Dr. Oreste Gentilini –Milan**

yönetiminde 21 ülke,190 merkez katılıyor ,
26.10.2020 de protokol imzalandı,
Ocak 21' den bu yana ülkemizden 11 merkez
Meme Cerrahisi bölümünden

Semra Günay ve Arzu Akan

Hasta kayıt güvenilirliği ve sayısı bakımından
ülke olarak 3. sırada, ülkemizde de 2. sıradayız

SABCS 21 de sunuldu



Ongoing Clinical Trials

poster presentation, abstract #1769, "AXSANA - EUBREAST 3

AXSANA – EUBREAST 3 (AXillary Surgery After NeoAdjuvant Treatment): An international prospective multicenter cohort study of the EUBREAST study group to evaluate different surgical methods of axillary staging (sentinel lymph node biopsy, targeted axillary dissection, axillary dissection) in clinically node-positive breast cancer patients treated with neoadjuvant chemotherapy (NCT04373655)



Kuehn T (1), Hartmann S (2), Stickeler E (3), de Boniface J (4,5), Gentilini O (6), Fröhlich S (2), Ruf F (7), Thill M (8), Hauptmann M (9), Karadeniz Cakmak G (10), Rubio IT (11), Gasparri ML (12,13), Kontos M (14), Bonci E-A (15,16), Niinikoski L (17), Di Micco R (6), Murawa D (18), Pinto D (19), Peintinger F (20), Solbach C (21), Appelgren M (4), Blohmer J-U (22), Weigel M (23), Kaltenecker G (24), Schrauder MG (25), Simons JM (26), Smidt ML (26, 27), Schlichting E (28), Dostalek L (29), Emelyanov A (30), Thiemann E (31), Gunay S (32), Loibl S (33), Banys-Paluchowski (7, 34) and the AXSANA Study Group

(31) Brustzentrum Osnabrück / Niels-Stensen-Kliniken, Osnabrück/Georgsmarienhütte, Germany

(32) Ministry of Health Istanbul Provincial, Health Directorate Prof. Dr. Cemil Tascioğlu City Hospital, Istanbul, Turkey

(33) GBG – German Breast Group, Neu-Isenburg, Germany

(34) Medical Faculty, Heinrich Heine University Düsseldorf, Düsseldorf, Germany

Salgın döneminde Meme Kanseri yönetimi

Covid 19 salgını sırasında meme kanseri yönetim planlarında hem dünyada hem de ülkemizde bazı düzenlemeler yapıldı, cerrahi işlemler olabildiğince ertelenerek tedavi planları yenilendi.

- **Turkish national consensus on breast cancer management during temporary state of emergency due to COVID-19 outbreak**

TCD & SENATURK Senology Academy-Turkey, Istanbul, Turkey

ORIGINAL ARTICLE Turk J Surg 2020; 36 (2): 147-163

Delphi metodu ve Likert skalası ile 28 olgu senaryosu 47 başlıkta 51 panelist tarafından oylandı

Turkish National Breast Oncology Specialists Task Force for COVID-19 consists of

Müfide Nuran Akçay, Erol Aksaz, Kemal Atahan, Semih Baskan, Betül Bozkurt, Neslihan Cabioğlu, N. Zafer Cantürk, Hasan Şenol Coşkun, Murat Çalıkapan, Bülent Çitgez, Orhan Demircan, Lütfi Doğan, Mustafa Emiroğlu, Özlem Er, Serap Erel, Ali İlker Filiz, Ertuğrul Gazioğlu, Sadullah Girgin, Sema Sezgin Göksu, Semih Görgülü, Mehmet Ali Gülçelik, **Semra Günay**, Günay Gürleyik, Veysel Haksöyler, Abdullah İçci, Hasan Karanlık, Abut Kebudi, Saadettin Kılıçkap, Belma Koçer, Hande Köksal, Fatih Köse, Bekir Kuru, Semra Paydaş, Ayfer Kamalı Polat, Serdar Özbaş, Necati Özen, Vahit Özmen, Gürhan Sakman, Aykut Soyder, Özlem Sönmez, Mehmet Ali Nahit Şendur, Cemalettin Topuzlu, M. Ümit Uğurlu, Hilal Ünal, Levent Yeniay, Cem Yılmaz, İdris Yücel.

Salgın döneminde neler oldu

Covid 19 salgını sırasında meme kanseri yönetim planlarında bazı düzenlemeler yapıldı. Konsey ilk 3 ay çevrimiçi sonra eski yöntemle devam etti

Covid-19 Salgınının Meme Kanseri Tedavi Planlamasına Etkisi

[Semra Gunay](#), [Ali Murat Pussane](#), [Binnur Yılmaz](#), [Pınar Özay Nayır](#), [Muhammed Mustafa Atci](#), [Arzu Akan](#)

MCK21 de en iyi Bildiri 3. ödülü

EAMR-92063: Research Article

GİRİŞ ve AMAÇ: Covid 19 salgını tüm dünyada meme kanseri yönetiminde önemli güçlükler neden oldu, biz de bu zorlu durumun meme kanseri tanı ve tedavisine etkisini incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM ve GEREÇLER: Bu çalışmada Mart 2019 ile Nisan 2021 arasındaki 26 aylık süre salgının ülkemizdeki başlangıç tarihine göre iki döneme ayrıldı.

Önceki 13 ay A, sonraki 13 ay B ve her iki dönemin ilk 3 ayı da ayrı ayrı, A* ve B* olarak tanımlandı. Meme kanseri tanısı alan tüm hastalar hastane kayıtlarına dayalı olarak tümörün histopatolojik ve moleküler alt tipleri, primer sistemik tedavi (PST) sıklığı ve modeli, PST öncesi aksiller evreleme yöntemi olarak Sentinel Lenf Nodu Biyopsisi ya da non invazif yaklaşım ile cerrahi yöntem gibi bazı özellikler açısından retrospektif olarak değerlendirildi.

Sonuçlar ki-kare testi ile incelendi ve $p > 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi..

Salgın döneminde neler oldu

BULGULAR:

A döneminde 356 olgu ,

108 olgu -%30.3'ü PST aldı, %37'si (n: 40) **PST öncesi SLNB yapılmıştı**.

B döneminde 281 olgu vardı,

116 olgu PST aldı (%41,2); PST olarak NAC (106) ve NET (10) aldı;

Hiç birine SLNB yapılmadı, Aksilla radyolojik ve sitolojik olarak evrelendi.

A ve B periyotlarının bulguları karşılaştırıldığında,

B'deki PST' deki fark A periyoduna göre istatistiksel olarak anlamlı (p: 0,005),

Neoadjuvan Kemoterapi (NAK) için önemsiz (p:0.849) ve

PST başlama şekli olarak **Neoadjuvan Endokrin Tedavi** (NET)

Aksillaya yaklaşım NAK sonrası SLNB için yüksek derecede anlamlıydı. (p:0.000).

B döneminde, PST'nin daha fazla başlatılmasından kaynaklı, sayıca **daha çok meme koruyucu cerrahi** uygulandı.

First line of treatment and approach to axilla	A	B	P
PST	108	116	0,005
NAC	108	106	0,005
NET	0	10	0,000
SLNB	40	0	0,000
Total	356	281	



Teşekkürler