



MEME KANSERİ TEDAVİSİ SONRASI HASTA TAKİBİ

-Tıbbi Onkolog Gözüyle-

Ankara Meme Hastalıkları Derneği,
2015-2016 Eğitim Dönemi 1.Toplantısı

Dr. Bülent YALÇIN

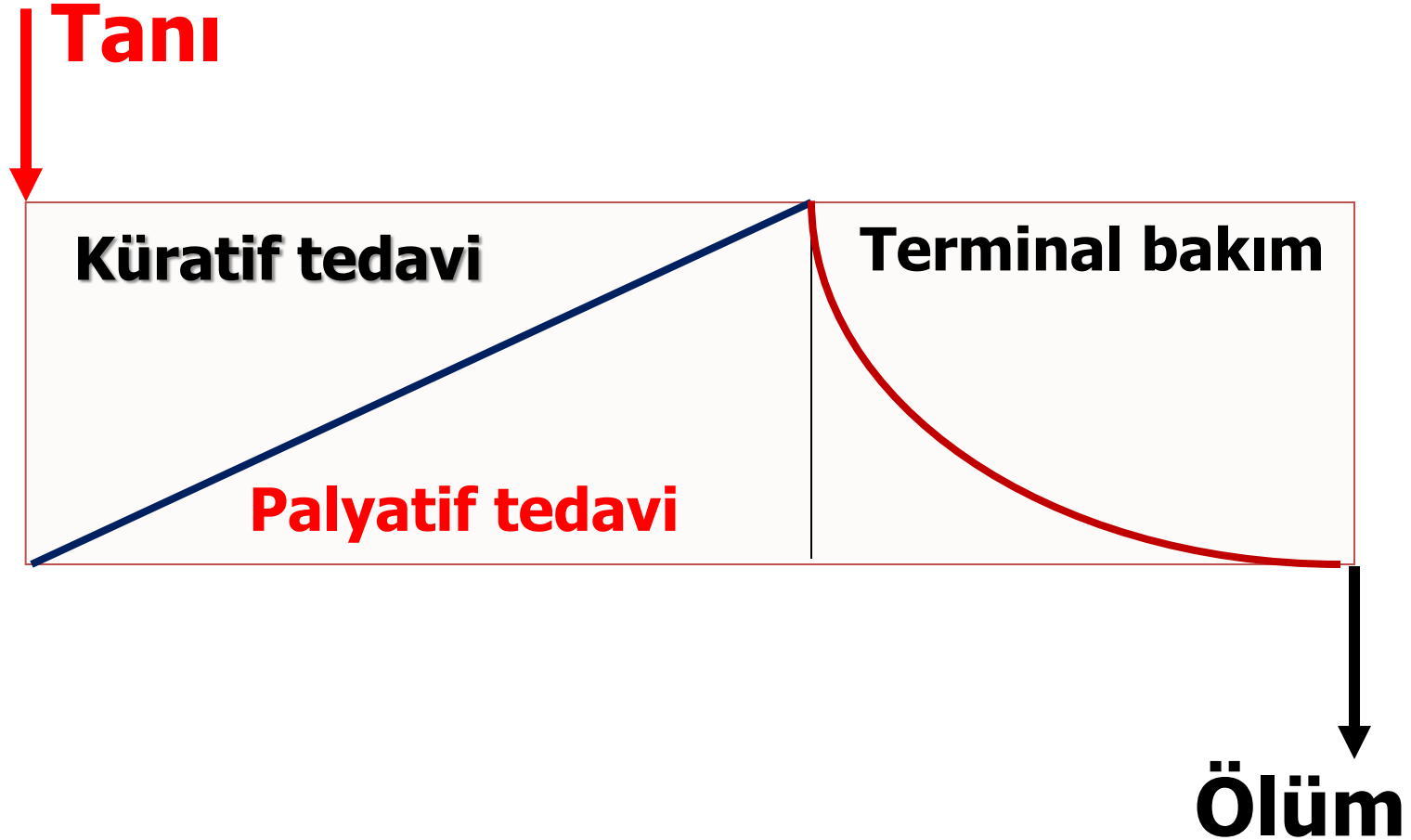
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tıbbi Onkoloji BD

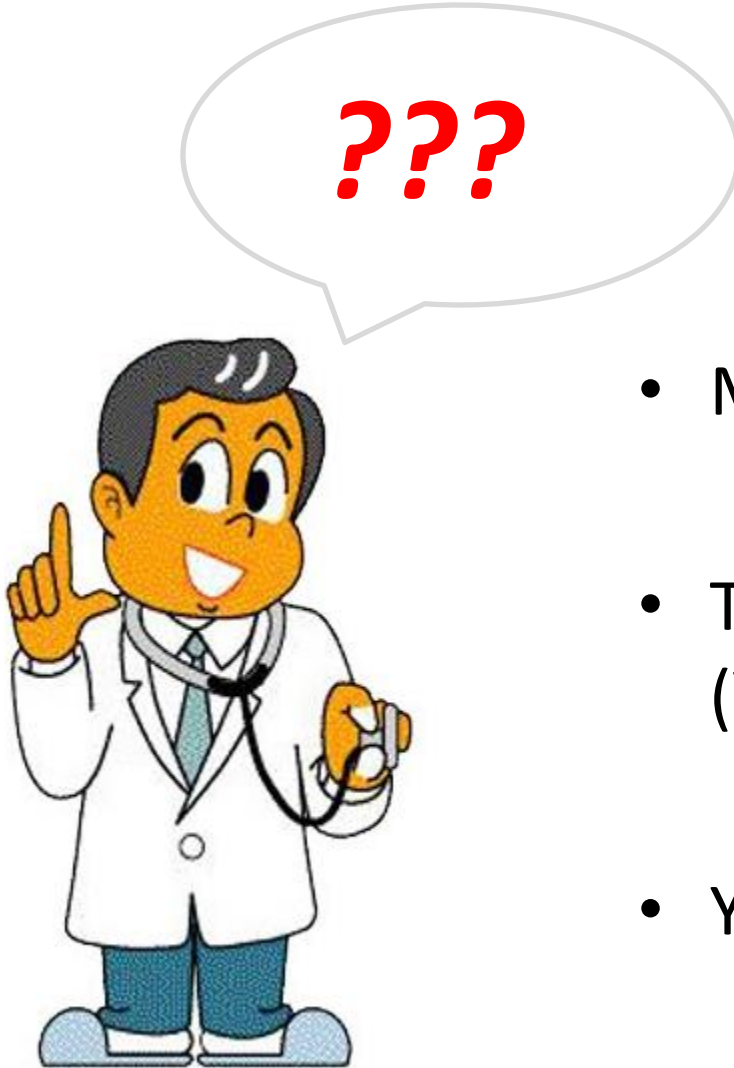
OLGU

- 53 yaşında postmenopozal kadın.
- Evre II meme kanseri (ER+PR+HER2+) nedeniyle;
“Lumpektomi + RT + KT+Trastuzumab” tedavileri almış.
- Halihazırda aromataz inhibitörü kullanıyor.
- Halsizlik, sıcak basmaları, artraljiler ve seksüel sıkıntılarının yanında hastalığının relaps edeceği endişeleri var
- Bu hastayı nasıl takip etmek istersiniz?
- Yakınmalarına yönelik neler önerirsiniz?

Kanserli Hasta Bakımı



Meme Kanserli Hastanın Takibi



- Meme kanserinin relapsı
- Tedavilere toleransı
(Yan etki/advers olay)
- Yeni hastalık(*ların*) tanısı

Metastatik hastalık gelişebilir endişesi

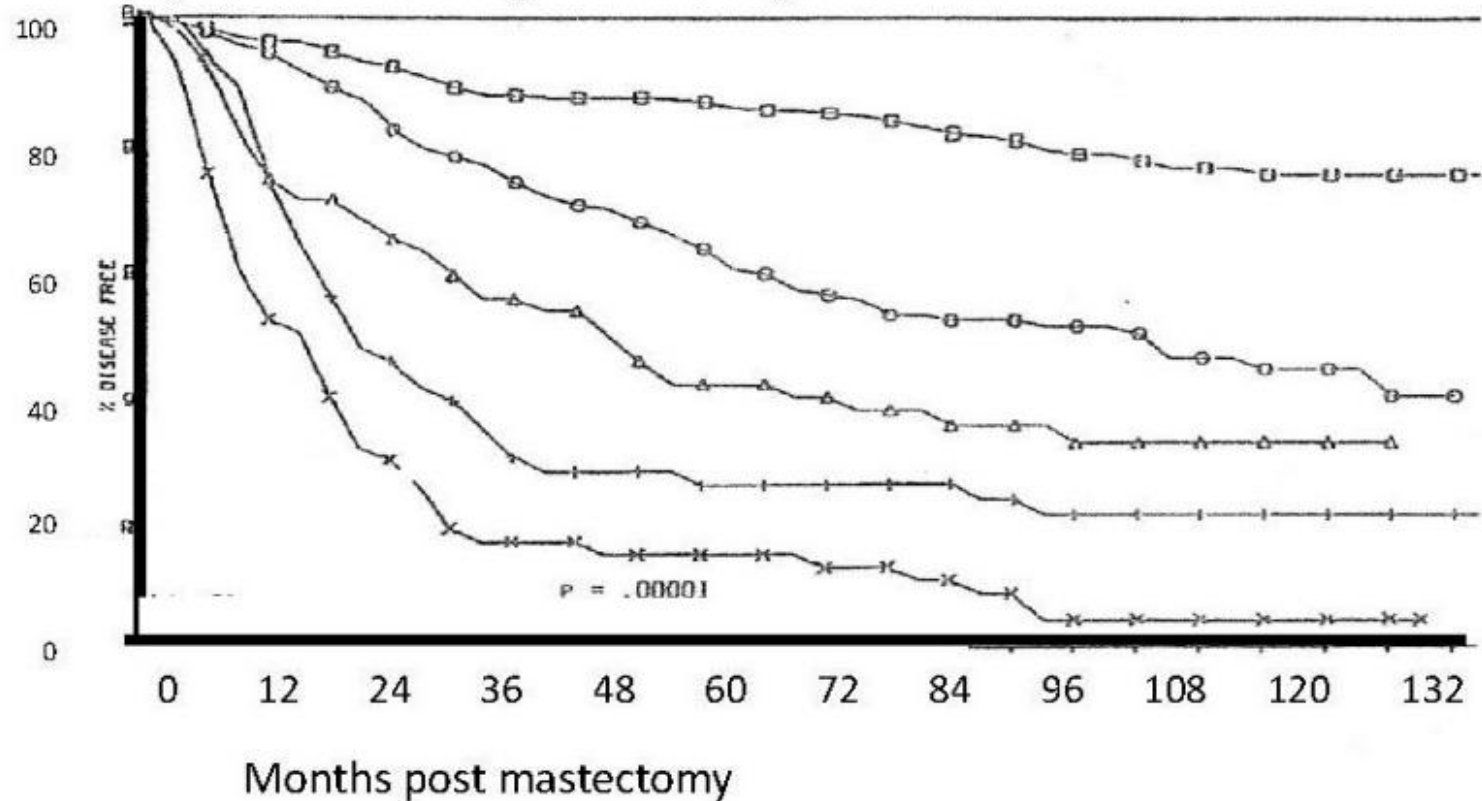


Remisyonadaki Meme Kanserli Hastanın Takibinde ... ?

- Meme kanserinin relapsı
- Tedavilere tolerans (Yan etki/advers olay)
- Yeni hastalık(*ların*) tanısı

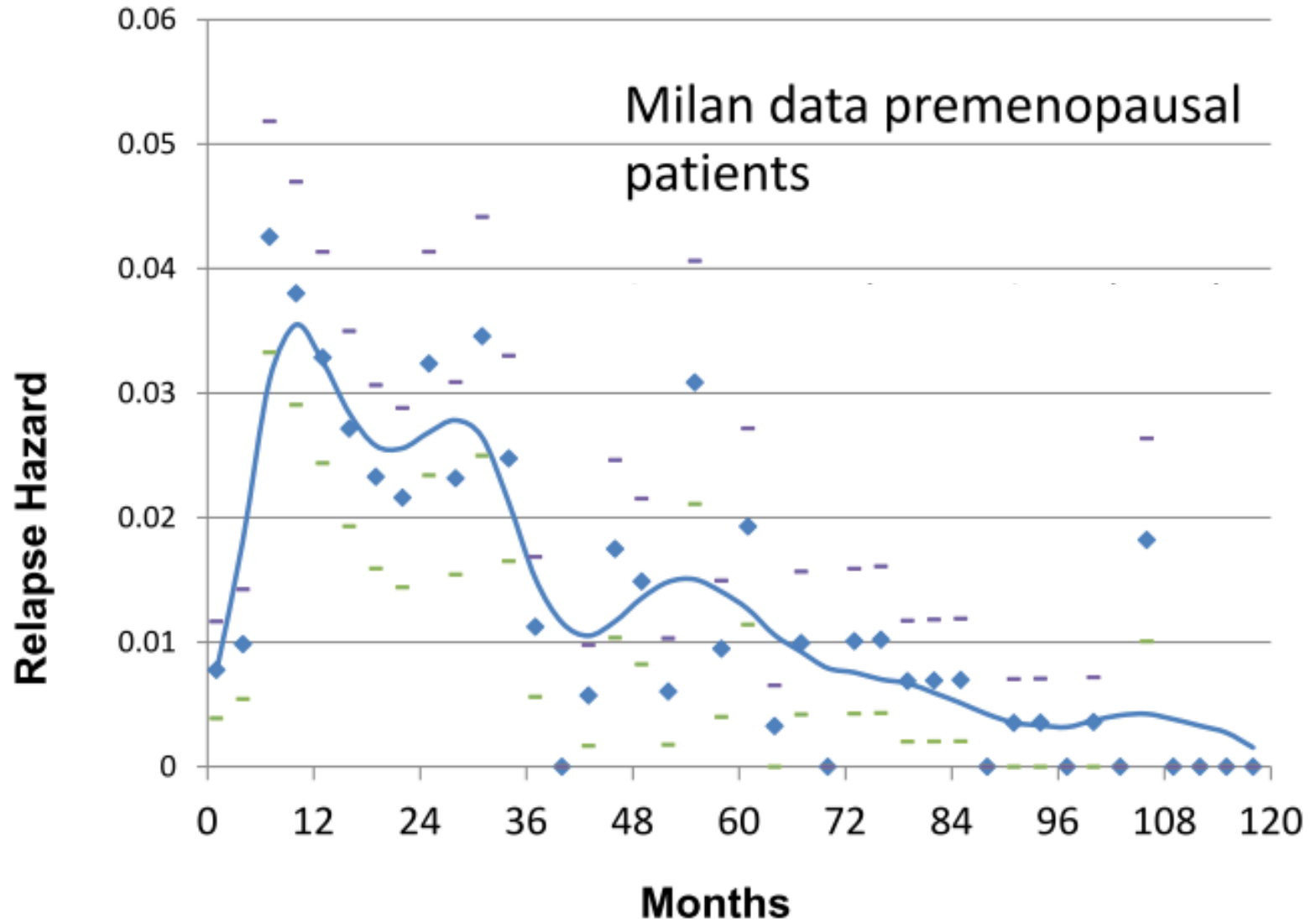
Sadece Mastektomi Sonrası Relaps Oranları -NSABP-

Disease-free survival for patients treated only with surgery. Grouped by nodal count. From top, nodes = 0, 1-3, 4-6, 7-12, >12. Bimodal pattern may be seen.

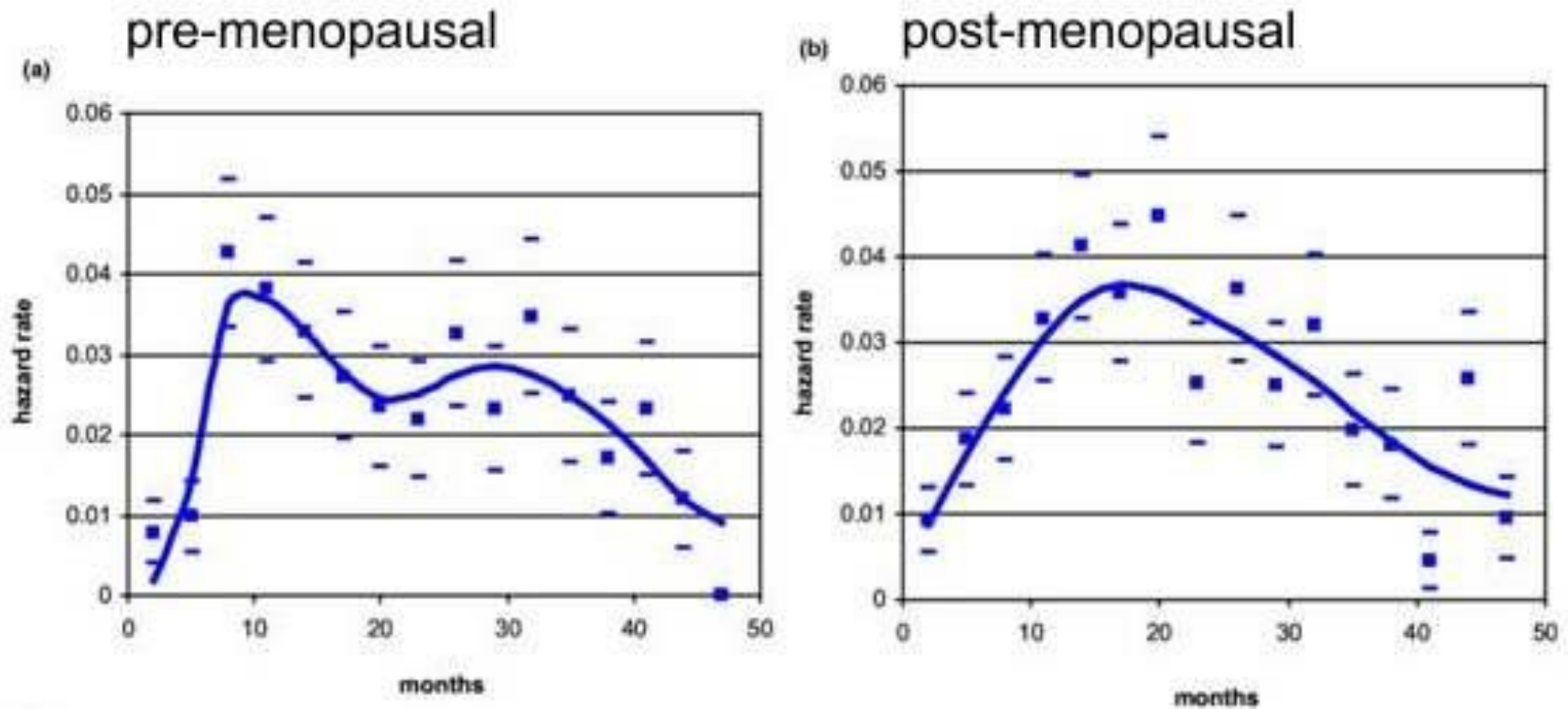


Sadece Mastektomi Sonrası Relaps

-İtalya-



Sadece Mastektomi Sonrası Relaps -SEER-



B. Cox, *J Natl Cancer Inst Monogr* 1997;22:69

Meme Kanserinin immun-histokimyasal Alt Tipleri

Intrinsic subtype	IHC-based definitions					
	ER	PgR	HER2	Ki-67	CK 5/6	EGFR
Luminal A	+	+	–	Low		
Luminal B	+	– or low	+/–	High		
HER2-enriched	–	–	+	Any		
Luminal/HER2	+	+	+	Any		
Basal-like	–	–	–	Any	+	+
Non basal-like	–	–	–	Any	–	–

ER, estrogen receptor; PgR, progesterone receptor; HER2, human epidermal growth factor receptor 2; CK 5/6, cytokeratin 5/6; EGFR, epidermal growth factor receptor; +, Positive; –, Negative.

Meme Kanserinde Relaps riskini Göstermede Gen ifade profil Testleri

TEST	Yöntem	Doku	Uygulama yeri	10 yılda metastaz riski
21-gen RS	qRT-PCR	Parafin	ER+ ve LAP-	Yüksek (%30.5) Orta (%14.3) Düşük (%6.8)
70-gen profil	Microarray	Parafin/doku	ER+/-, LAP+/-	Yüksek (%29) Düşük (%20.1)
PAM50	qRT-PCR	Parafin	ER+ ve LAP+/- ve Postmenop	Yüksek (%20.1) Orta (%8.7) Düşük (%3.3)

Metastatik Relaps...

- Metastatik relaps, T ve N nin kötü prognostik özellikleri yanında moleküler belirteçlere göre değişir
- Metastaz gelişimi, tanı sonrası ilk 5 yılda en sık (<%75)
- Vakaların %25 inden fazlasında, 5 yıldan daha sonra gelişir (özellikle kuvvetli HR+ olgular)
- Takipte rutin kan, tm belirteci veya radyoloji/nükleer görüntüleme önerilmez (Faydası yok)
 - %10-50 yalancı POZİTİF

Lokal bölgesel Relaps...

- %2-20 görülür
- Durumu göstermek için önerilen TARAMA yok

Meme Kanseri Relapsında Semptom ve Bulgular ?

- **Lokal-bölgesel Relaps:**

- Meme koruyucu cerrahi sonrası
 - İpsilateral memede kitle
 - Meme başı akıntısı
- Mastektomi sonrası toraks duvarında kitle
- Opere meme / toraks duvarına lokalize cilt döküntüsü
- Aksiller, supraklaviküler, infraklaviküler veya servikal LAP

- **Sistemik Relaps:**

- Kemikte relapsı: Lokalize, progressif kemik ağrısı/hassasiyeti
- Akciğerde metastaz: Plöritik göğüs ağrısı, öksürük, dispne
- Karaciğerde metastaz: sağ üst karın kadranda rahatsızlık hissi, dolgunluk, kilo kaybı, iştahsızlık
- SSS metastazı: Devam eden baş ağrısı, mental değişiklikler, yeni başlayan nöbetler, fokal motor/duyu kaybı, üriner veya anal inkontinens

Günlük tıp pratiğinde;

“kuyuya taş atıp çıkarmak için”

başımıza iş alırız !



Remisyonundaki Meme Kanserli Hastanın Takibinde ... ?

- Meme kanserinin relapsı
- Tedavilere tolerans (Yan etki/advers olay)
- Yeni hastalık(*ların*) tanısı

BAK BEN FİLMİ DAHA ÖNCE GÖRDÜM!
ÖNCE BRONŞİT DİYECEK, SONRA DA...

YA ANLATMASANA
YAA!...

ULUŞ '98

**Tedavi Yan etkisi mi? Tümör mü?
Ayırıcı Tanı Önemli**

MEME KANSERİNİN TEDAVİSİ SONRASINDAKİ SORUNLAR-1

Problem	Sebeup	Önerilen Tarama	Tedavi Önerileri
Sıcak basmaları	KT, Tam / Ai	Semptom sorgulama	-SSRI (sitalopram 30mg) (Floksetin 20 mg) (Paroksetin 10-20 mg : Tamoksifenle birlikte kullanılmaz) -SSNRI (venlafaksin 75-100 mg) Gabapentin (900 mg)
Seksüel bozukluk Libido kaybı (disparuni)	Vücut imaj değişikliği, depresyon	Semptom sorgulama	Seksüel danışmanlık
Vajinal kuruluk (disparuni)	KT- menopo2, Tam, Ai		Vajinal yumuşatıcı/kayganlaştırıcı
Artralji/iskelet-kas semp.	Tam / Ai.	Semptom sorgulama (gerekirse kemik met. araştırması)	Konservatif medikal tedavi (Parasetamol/NSAi)
Bilişsel bozukluk	Tanıda, KT / Tam / Ai	Semptom sorgulama	Ciddi ve progressif ise araştır (Alzheimer hast)

MEME KANSERİNİN TEDAVİSİ SONRASINDAKİ SORUNLAR-2

Problem	Sebeup	Önerilen Tarama	Tedavi Önerileri
Depresyon	Tanıda, KT/Tam/Aİ	Semptom sorgulama	Genel tedavi (antidepresan, psikiyatri kons)
Halsizlik	Tanıda, KT/Tam/Aİ	Semptom sorgulama	Psikiyatrik/organik hastalık ayırıcı tanı (anemi, hipotiroid)
Vücut ağırlığında artış	KT / Tam/Aİ	Semptom sorgulama	Genel tedavi (diyet, egzersiz)
Osteopeni/osteoporoz	KT Aİ Genel risk faktörleri (vücut yapısı, sigara, osteoporoz öyküsü)	Aİ alacaklarda bazal ve sonra 1-2 yılda bir KMD	Genel tedavi (1000 mg kalsiyum ve en az 400 Ü vit D alımı) Egzersiz Sigara kesilir Gerekirse bisfonat
Kardiyovasküler hast	Sol toraksa RT KT, Aİ	Semptom sorgulama	Uygun medikal tedavi ve yaşam tarzı değişiklikleri

MEME KANSERİNİN TEDAVİSİ SONRASINDAKİ SORUNLAR-3

Problem	Sebep	Önerilen Tarama	Tedavi Önerileri
Konjestif kalp yetmezliği	Antrasiklin KT / Trastuzu.	YOK, Trastuzumab sırasında Sol vent EF ölçümleri	Proflaksi yok. Yetmezlik olursa medikal uygun tedavi
Trombozis (Derin ven, serebro- vasküler)	Tamoksifen	Semptom sorgulama	Proflaksi yok. Olursa uygun medikal tedavi

Tamoksifen ve Aromataz inhibitörlerinin Meme-dışı dokulardaki etkileri ?

Bölge	Hangi Etki	Klinik etkisi	Hangi Etki	Klinik etkisi
	Tamoksifen		Aromataz inhibitörleri	
SSS	antiöstrojenik	Sıcak basmaları, depresyon, bilişsel bozukluk	Antiöstrojenik	Sıcak basmaları, depresyon, bilişsel bozukluk
Kemik	Östrojenik	Kemik yapısını korur	Antiöstrojenik	Osteoporoz
Karaciğer	Östrojenik	Trombogenez artar, lipid profili düzelir	Antiöstrojenik	
Uterus	Östrojenik	Endometrial kalınlık ve polipler artar, endometrial Ca riski artar	Antiöstrojenik	Endometrial etki yok
Vajina	Östrojenik/ antiöstrojenik	Artmış vajinal salgı veya vajinal atrofi/kuruluk	Antiöstrojenik	Vajinal atrofi ve kuruluk

Relaps/Yeni Primer Kanser Riskine Yönelik Yaşayan Meme Kanserli Hastalarda Takip Önerileri

Relaps veya Yeni Kanser	Yüksek risk faktörleri	Önerilen Tarama	Organizasyon
Meme kanser metastazları	Kötü prognozlu olanlar	YOK; semptom bulguların değerlendirilmesi	ASCO, NCCN
<u>Yeni Primer Kanser</u>			
Meme Ca	Yok, genetik yatkınlık (BRCA1/2)	Yıllık mammogram	ASCO, NCCN, USPHT
Over Ca	Yok, genetik yatkınlık (BRCA1/2)	Yıllık jinekolojik muayene	ASCO, NCCN
AML	Alkilleyici/antrasiklinler	YOK	
Anjiosarkom	RT	YOK	
Uterus Ca	Tamoksifen (postmenopozal)	YOK	

Breast Cancer Follow-Up and Management After Primary Treatment: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update

James L. Khatcheressian, Patricia Hurley, Elissa Bantug, Laura J. Esserman, Eva Grunfeld, Francine Halberg, Alexander Hantel, N. Lynn Henry, Hyman B. Muss, Thomas J. Smith, Victor G. Vogel, Antonio C. Wolff, Mark R. Somerfield, and Nancy E. Davidson

Processed as a Rapid Communication manuscript

A B S T R A C T

Purpose

To provide recommendations on the follow-up and management of patients with breast cancer who have completed primary therapy with curative intent.

Methods

To update the 2006 guideline of the American Society of Clinical Oncology (ASCO), a systematic review of the literature published from March 2006 through March 2012 was completed using MEDLINE and the Cochrane Collaboration Library. An Update Committee reviewed the evidence to determine whether the recommendations were in need of updating.

Results

There were 14 new publications that met inclusion criteria: nine systematic reviews (three included meta-analyses) and five randomized controlled trials. After its review and analysis of the evidence, the Update Committee concluded that no revisions to the existing ASCO recommendations were warranted.

Recommendations

Regular history, physical examination, and mammography are recommended for breast cancer follow-up. Physical examinations should be performed every 3 to 6 months for the first 3 years, every 6 to 12 months for years 4 and 5, and annually thereafter. For women who have undergone breast-conserving surgery, a post-treatment mammogram should be obtained 1 year after the initial mammogram and at least 6 months after completion of radiation therapy. Thereafter, unless otherwise indicated, a yearly mammographic evaluation should be performed. The use of complete blood counts, chemistry panels, bone scans, chest radiographs, liver ultrasounds, pelvic ultrasounds, computed tomography scans, [¹⁸F]fluorodeoxyglucose-positron emission tomography scans, magnetic resonance imaging, and/or tumor markers (carcinoembryonic antigen, CA 15-3, and CA 27.29) is not recommended for routine follow-up in an otherwise asymptomatic patient with no specific findings on clinical examination.

J Clin Oncol 31:961-965. © 2012 by American Society of Clinical Oncology

James L. Khatcheressian, Virginia Cancer Institute, Richmond; Patricia Hurley and Mark R. Somerfield, American Society of Clinical Oncology, Alexandria, VA; Elissa Bantug, Thomas J. Smith, and Antonio C. Wolff, Johns Hopkins Medicine and Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center, Baltimore, MD; Laura J. Esserman, Carol Franc Buck Breast Care Center and Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center, University of California at San Francisco, San Francisco; Francine Halberg, Marin Cancer Institute, Greenbrae, CA; Eva Grunfeld, University of Toronto and Ontario Institute for Cancer Research, Toronto, Ontario, Canada; Alexander Hantel, Edward Cancer Centers, Naperville, IL; N. Lynn Henry, University of Michigan Comprehensive Cancer Center, Ann Arbor, MI; Hyman B. Muss, Lineberger Comprehensive Cancer Center, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, NC; Victor G. Vogel, Geisinger Medical Center, Danville; and Nancy E. Davidson, University of Pittsburgh Cancer Institute and University of Pittsburgh Medical Center Cancer Center, Pittsburgh, PA.

Published online ahead of print at www.jco.org on November 5, 2012.

Copyright © 2012 American Society of Clinical Oncology. All rights reserved. No part of this document may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information

Remisyonda Meme Kanserinde Takip

- İlk 5 yıl, yılda 1-4 defa anamnez-fizik muayene, sonrasında yıllık muayene
- Aile öyküsündeki yeni gelişmelerin takibi ve gerekirse genetik danışmanlık
- Lenfödem açısından eğitim, gözlem ve gereğini yapmak
- Yıllık mammogram
- Rekonstrüksiyon yapılmış memenin rutin görüntülemesi önerilmiyor
- Semptom/bulgu yoksa hiçbir tarama amaçlı laboratuvar ve görüntüleme önerilmiyor
- Uteruslu ve tamoksifen kullanan kadınlarda yıllık jinekolojik muayene
- Aromataz inhibitörü veya sekonder amenore gelişenlerde kemik KMD ve dış takibi
- Adjuvan endokrin tedaviye uyumunu teşvik etmek
- Yaşam tarzı değişiklik önerileri, aktivite, alkol alımının daha da azaltılması, diyet (VKİ: 20-25 olması için)

Yaşayan meme kanserli hastalarda Genetik Danışmanlığı Kimlere Önerilebilir ? (USPHT, NCCN)

- 40 yaş öncesi meme kanser tanısı alanlar
- Aşkenaziler
- Over kanseri öyküsü olan, veya 1. ve 2. derece yakınlarında over kanseri öyküsü olanlar
- 1.derece yakınlarından birinde 50 yaş öncesi meme kanseri tanısı alanlar
- 1. veya 2.derece yakınlarından en az ikisinde meme kanseri (hangi yaşta olursa) tanısı alanlar
- Bilateral meme kanseri öyküsü olan, veya 1. veya 2.derece yakınlarında bilateral meme kanseri olanlar
- Erkek meme kanserli yakını olanlar

Hastaya dokunmak ve konuşmak

“ tıp o kadar ilerlemiş ki, bize dokunmadan konuşmadan bilgisayardan bizi görüyorlar. Hayret bir şey... ”

- *Hastanemizde poliklinikten çıkan gerçek bir hasta -*





Teşekkürler