



DUKTAL KARSİNOMA İN SİTU CERRAHİ YAKLAŞIM

DR. KAPTAN GÜLBEN

ANKARA ONKOLOJİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ

ANKARA MEME HASTALIKLARI DERNEĞİ
28 OCAK 2016

■ **İn situ** (Latince) → “**Yerinde**”

■ **Karsinoma in situ** → Orijin aldığı yere sınırlı, komşu dokuyu işgal etmemiş veya vücudun başka bir bölgesine gitmemiş tümör .

**Non invaziv Meme
Karsinomaları**

```
graph TD; A[Non invaziv Meme Karsinomaları] --> B[Duktal Karsinoma İn Situ]; A --> C[Lobuler Karsinoma İn Situ]; A --> D[Paget Hastalığı];
```

**Duktal Karsinoma
İn Situ**

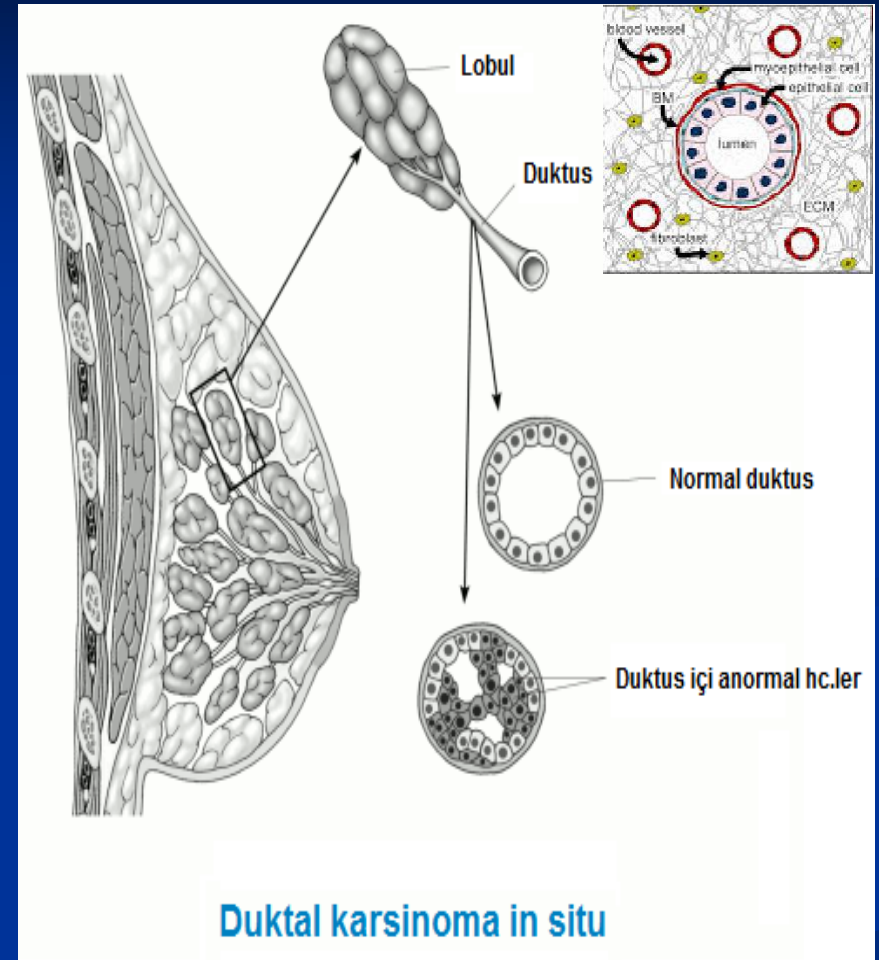
**Lobuler Karsinoma
İn Situ**

Paget Hastalığı

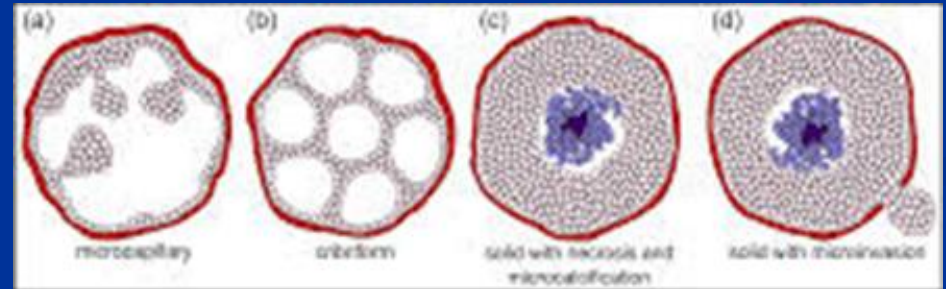
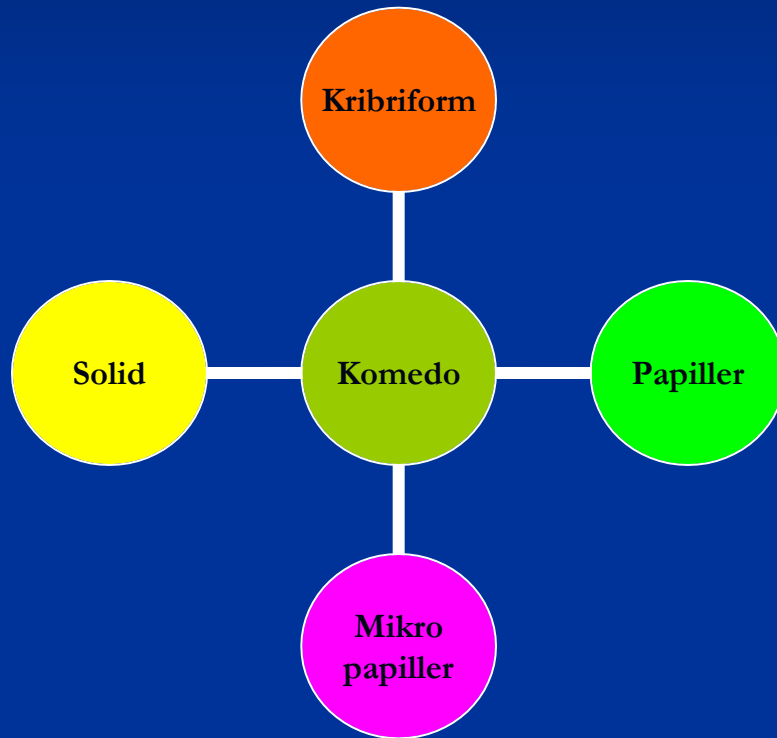
DCIS-Tanım

- Terminal duktal lobuler ünite'deki minör duktusun lümenini döşeyen epitelin proliferasyonu.
- Bazal membranı aşmadığı için;

AJCC-TNM $\Rightarrow$ “Evre 0”



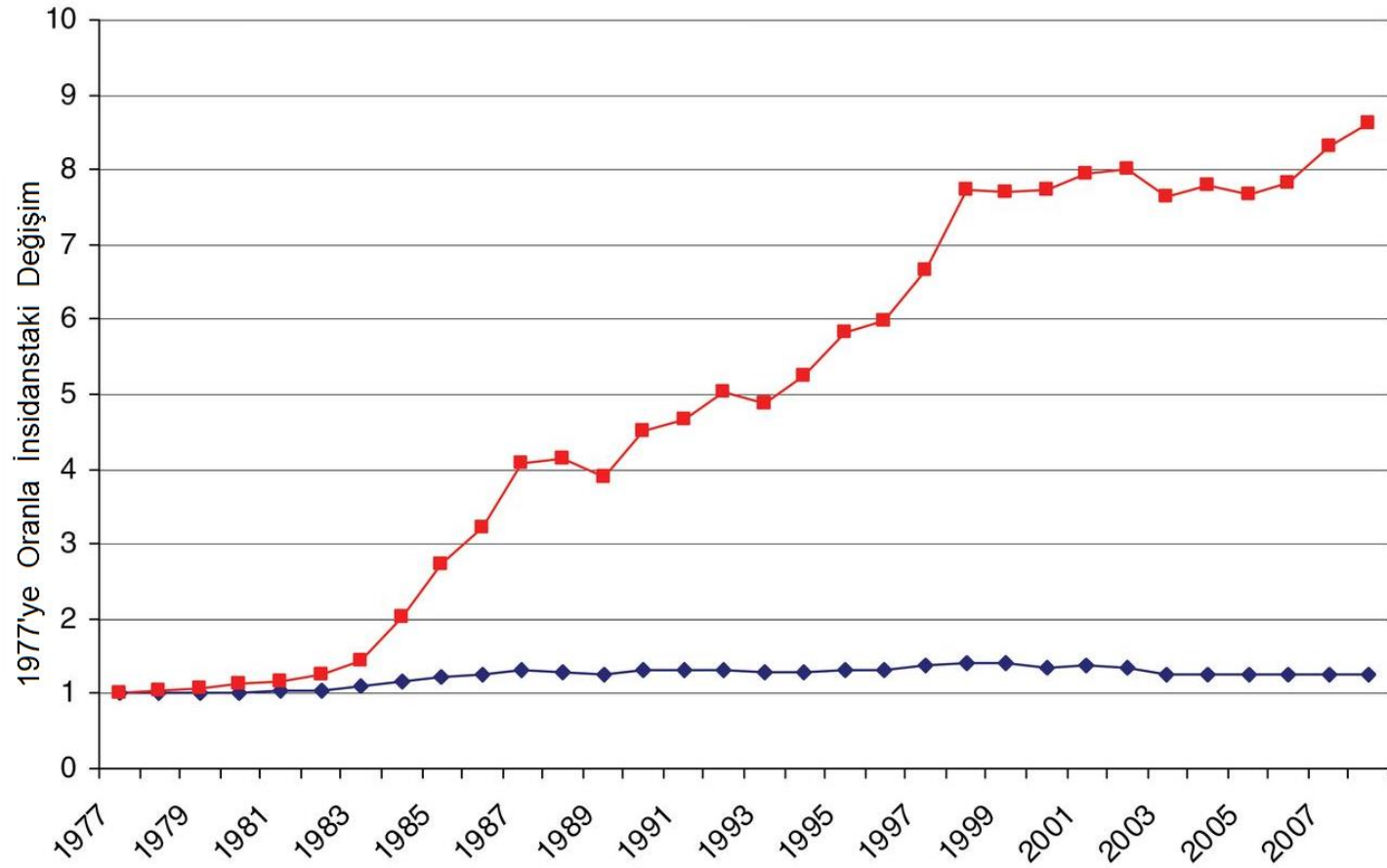
Büyüme Paterni



Major DKİS tipleri ve invaziv duktal karsinoma.

% 62 birden fazla patern bir arada

1977-2007. Yaşı Göre Düzeltilmiş İnvaziv Meme Kanseri (mavi çizgi) ve Duktal Karsinoma İn Situ (DCIS) İnsidansı.



Rinaa S. Punglia et al. JNCI J Natl Cancer Inst
2013;105:1527-1533

DCIS

- Yaş: 54-58
- Senkron invaziv kanser: %2-46
- % 40-80 multisentrik
- %10-20 bilateral

Doğal Seyir

- 25 DKİS olgusu → 16 yıl tedavisiz takip
 - İnvaziv kanser gelişimi → %28
 - Kontrollere göre 11 kat relatif risk artışı
- Kontralateral relatif risk → 2-3 kat

TEDAVİ

Amaç



“İnvaziv meme kanseri
gelişimini önlemek”

Tedavi modaliteleri

- CERRAHİ
- Radyoterapi
- Adjuvan endokrin tedavi

CERRAHİ TEDAVİ

Seçilecek cerrahi tipinin en önemli belirleyicisi

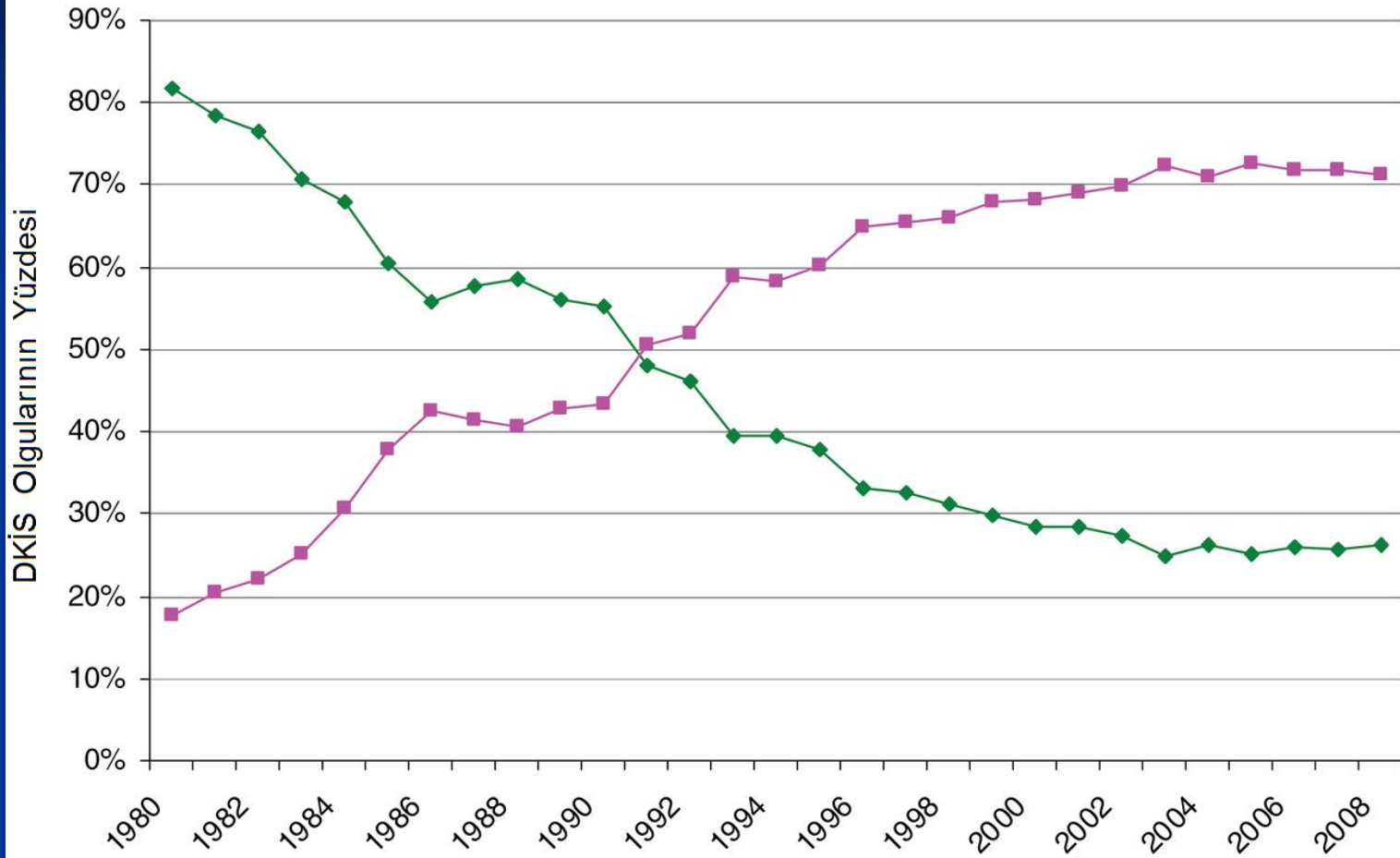


Hastalığın memedeki yaygınlığı

Cerrahi Tedavi Seçenekleri

- Lumpektomi + radyoterapi
- Total mastektomi $\pm$ rekonstrüksiyon
- Sadece lumpektomi ve gözlem

DKİS cerrahi tedavisinde mastektomi (yeşil çizgi) vs meme koruyucu cerrahi (pembe kareler) trendleri.



Rinaa S. Punglia et al. JNCI J Natl Cancer Inst
2013;105:1527-1533

Cerrahi Tedavi Seçenekleri

Total Mastektominin Rolü

	Yıl	Olgu Sayısı	% Mortalite
Ashikari	1971	182	0,9
Rosner	1980	182	2,0
Farrow	1970	181	2,0
Silverstein	1996	228	0
Bradley	1990	588	1,7

Cerrahi Tedavi Seçenekleri

Mastektomi:

- > %98 küratif
- Lokal nüks %1-2
 - Farkedilmemiş invaziv odak
 - Yetersiz cerrahi sınır
 - Meme dokusunun inkomplet çıkarılması
- Birçok kadın için agresif tedavi

Ann Surg 1980;192:139.

Oncology 2003;17:1511.

J Clin Oncol 2009;27:1362.

Cerrahi tedavi seçenekleri

MKC (lumpektomi, geniş eksizyon, parsiyel mastektomi):

- Sağkalım farkı yok
- Lokal nüks oranı yüksek
- Cerrahi sınır negatifliği lokal nüks açısından çok önemli
- Multisentrik DKİS kontrendike

Mastektomi vs MKC

- Randomize karşılaştırmalı çalışma yok
- Düşük lokal nüks mastektomi lehine
- Meme kanseri mortalitesi %1-2 (tedavi yaklaşımından bağımsız)

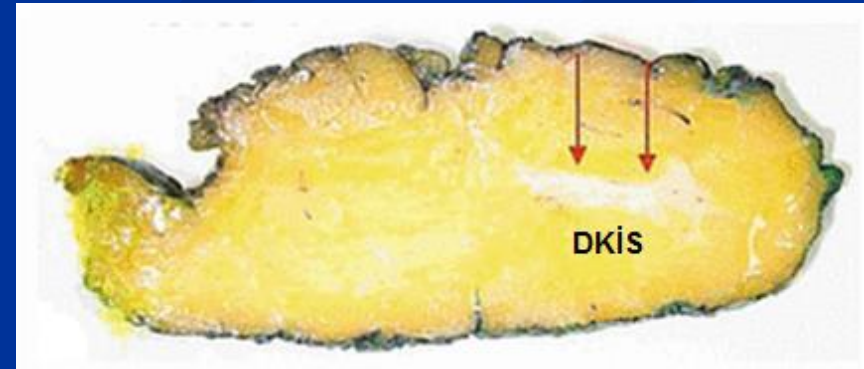
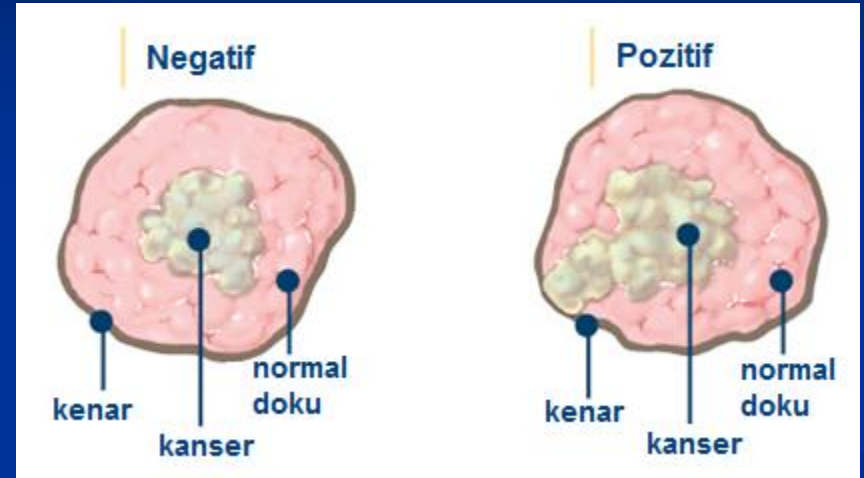
Prognostik Faktörler

- *Cerrahi sınır*
- Tümör boyutu
- Patolojik değerlendirme
 - Nükleer grade
 - Komedo nekroz varlığı
- Yaş
- Palpabil kitle

CERRAHİ SINIR?

Cerrahi Sınır

- Tanım:
- DKİS'nin kenarı ile mürekkepli sınırlar arasındaki mesafe
- Mürekkepli yüzeyde tümör hücrelerinin görülmesi durumunda cerrahi sınır pozitif.



Alt resim: Kırmızı oklar cerrahi sınır.

Cerrahi Sınır

- Lokal nüks için en önemli risk faktörü
- Yakın veya pozitif ise re-eksizyon veya gerekirse mastektomi
- RT uygulanamayacak hastalarda çok önemli

Silverstein MJ 1999

Bolant GP, Br J Surg 2003

Wang SY, Natl Cancer Inst 2012

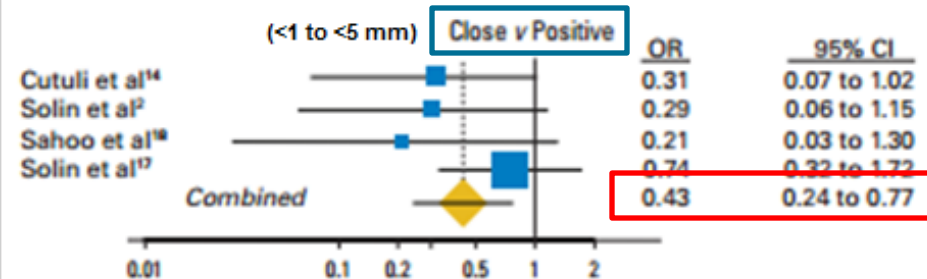
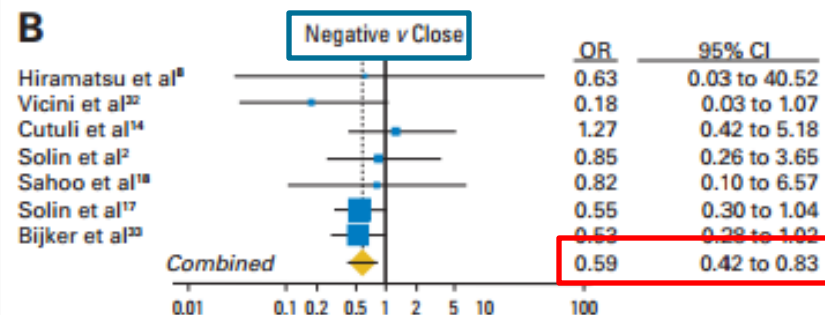
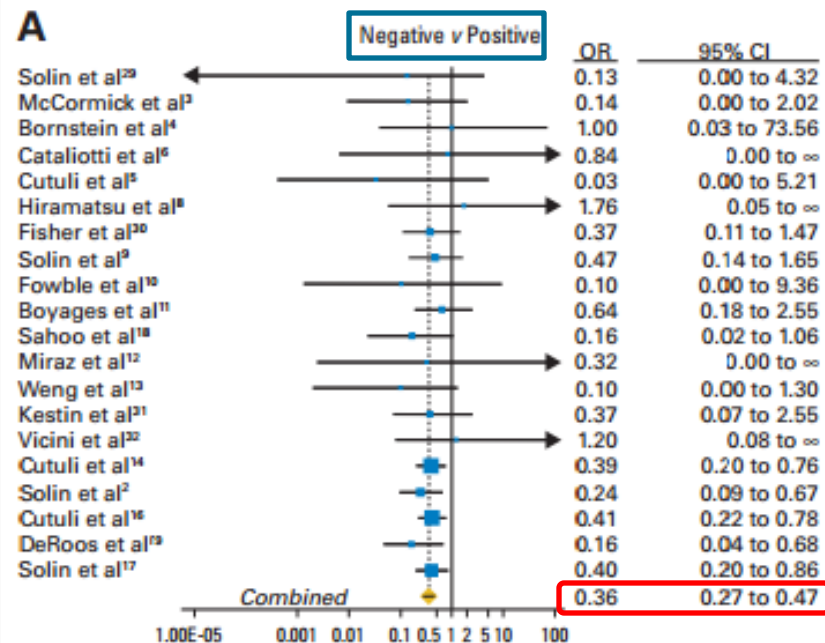
Van Zee KJ, Ann Surg 2015

Cerrahi Sınır

- Yakın cerrahi sınır - lokal nüks fazla
- Geniş cerrahi sınır - kozmetik sonuçlar ???
- En uygun sınır ne kadar ???

Cerrahi sınır

MKC+RT - 22 çalışma, 4660 hasta-metaanaliz



Cerrahi sınır

MKC+RT - 22 çalışma,4660 hasta-metaanaliz

Table 2. Optimum Margin Threshold for DCIS Resection (n = 2,514)					
Negative Margin Width	No. of Patients	% of Patients With IBTR	Relapse v > 5 mm		
			OR	95% CI	P
No cells on ink	914	9.4	2.56	1.1 to 7.3	< .05
1-mm margin	1,239	10.4	2.89	1.3 to 8.1	< .05
2-mm margin	207	5.8	1.51	0.51 to 5.0	> .05
≥ 5-mm margin	154	3.9	1		

Abbreviations: DCIS, ductal carcinoma in situ; IBTR, ipsilateral breast tumor recurrence; OR, odds ratio.

Sonuç:

MKC+RT ile tedavi edilen hastalarda negatif cerrahi sınır sağlanması altın standarttır.

≥2 mm cerrahi sınır, daha geniş sınırlara eşdeğer lokal kontrol sağlar.

Sadece MKC vs MKC+RT

21 çalışma, 7564 hasta-metaanaliz (median takip 43-132 ay)
Minimum **cerrahi sınır** ne olmalı?

Table 2. Multiple treatment comparisons among groups with different margin threshold in breast-conserving surgery (BCS) with or without radiotherapy*

Margin threshold and treatment	With RT adjustment only			With covariate adjustment†		
	Frequentist	Bayesian		Frequentist	Bayesian	
	Mean OR (95% CI)	Mean OR (95% CrI)	Probability of best option	Mean OR (95% CI)	Mean OR (95% CrI)	Probability of best option
T = 0 mm‡	0.45(0.38 to 0.53)§	0.46(0.38 to 0.54)	0	0.46(0.38 to 0.53)§	0.45(0.38 to 0.53)	0
T = 2 mm‡	0.37(0.26 to 0.49)§	0.38(0.27 to 0.51)	8.7×10^{-5}	0.38(0.27 to 0.49)§	0.38(0.28 to 0.51)	4.0×10^{-5}
T = 5 mm‡	0.46(0.30 to 0.94)§	0.49(0.12 to 1.17)	.064	0.55(0.10 to 1.11)§	0.55(0.15 to 1.20)	.042
T = 10 mm‡	0.17(0.11 to 0.24)§	0.18(0.12 to 0.25)	.936	0.18(0.11 to 0.24)§	0.17(0.12 to 0.24)	.957
T = 10 vs 2 mm	0.47(0.27 to 0.67)§	0.47(0.30 to 0.71)		0.46(0.27 to 0.66)§	0.46(0.29 to 0.69)	
BCS plus radiotherapy vs BCS alone	0.48(0.33 to 0.63)§	0.49(0.34 to 0.69)		0.43(0.32 to 0.54)§	0.45(0.32 to 0.62)	

* CI = confidence interval; CrI = credible interval; OR = odds ratio; RT = radiotherapy; T = threshold. Analyses from the frequentist nonlinear mixed-effects model and the Bayesian hierarchical model. All statistical tests were two-sided.

† Adjusted with radiotherapy and length of follow-up;

‡ Patients with positive margin are the reference group.

§ $P < .001$.

|| $P = .06$.

Tüm negatif sınırlar pozitif sınıra göre IBTR riskini azaltıyor

10 mm cerrahi sınır 2 mm.den daha üstün

RT, cerrahi sınırdan bağımsız olarak tek başına MKC.den üstün

21 çalışma, MKC±RT, 7564 hastanın metaanalizi- minimum **cerrahi sınır** ne olmalı?

Table 3. Predicted probabilities of IBTR stratified by margin threshold and treatment*

Treatment	Positive margin, mean (95% CI)	Margin threshold			
		0 mm, mean (95% CI)	2 mm, mean (95% CI)	5 mm, mean (95% CI)	10 mm, mean (95% CI)
BCS plus RT	20% (16 to 24), N = 698	10% (8 to 13), N = 2057	9% (6 to 11), N = 742	11% (1 to 20), N = 23	4% (3 to 6), N = 86
BCS alone	35% (29 to 41), N = 423	20% (16 to 23), N = 1262	17% (12 to 22), N = 163	20% (3 to 36), N = 10	9% (5 to 12), N = 421

* BCS = breast-conserving surgery; CI = confidence interval; IBTR = ipsilateral breast tumor recurrence; RT = radiotherapy. The predicted probabilities of IBTR were estimated by the frequentist nonlinear mixed-effects model controlling for threshold and treatment status. All statistical tests were two-sided.

10 mm cerrahi sınır iki grupta da en düşük IBTR oranına sahip

Cerrahi Sınır

21 çalışma, MKC±RT, 7564 hastanın
metaanalizi

Sonuç:

- RT'den bağımsız olarak negatif cerrahi sınır sağlanmalı
- Lokal nüks açısından 10 mm > 2mm
- Kozmetik sonuçlar, RT gibi tedavi seçenekleri göz önüne alınarak **hastaya en uygun yaklaşım** değerlendirilmeli

Cerrahi sınır



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 1.2016 Ductal Carcinoma in Situ (DCIS)

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

MARGIN STATUS IN DCIS

Substantial controversy exists regarding the definition of a negative pathologic margin in DCIS. Controversy arises out of the heterogeneity of the disease, difficulties in distinguishing the spectrum of hyperplastic conditions, anatomic considerations of the location of the margin, and inadequate prospective data on prognostic factors in DCIS.

Margins greater than 10 mm are widely accepted as negative (but may be excessive and may lead to a less optimal cosmetic outcome).

Margins less than 1 mm are considered inadequate.

With pathologic margins between 1–10 mm, wider margins are generally associated with lower local recurrence rates. However, close surgical margins (<1 mm) at the fibroglandular boundary of the breast (chest wall or skin) do not mandate surgical re-excision but can be an indication for higher boost dose radiation to the involved lumpectomy site (category 2B).

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.
Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

Version 1.2016 11/16/15 © National Comprehensive Cancer Network, Inc. 2015. All rights reserved. The NCCN Guidelines® and this illustration may not be reproduced in any form without the express written permission of NCCN®.

DCIS-A

Cerrahi sınır

- >10 mm sınır $\longrightarrow$ negatif sınır
- <1 mm sınır $\longrightarrow$ yetersiz sınır
- 1-10 mm sınır $\longrightarrow$ tam bir konsensus yok.

(daha geniş sınır daha düşük lokal rekürrens)

- Deri veya göğüs duvarında yakın cerrahi sınır (<1 mm); reeksizyon zorunlu değil, ancak lumpektomi sahasına daha yüksek boost radyasyon dozu için bir endikasyon olabilir.

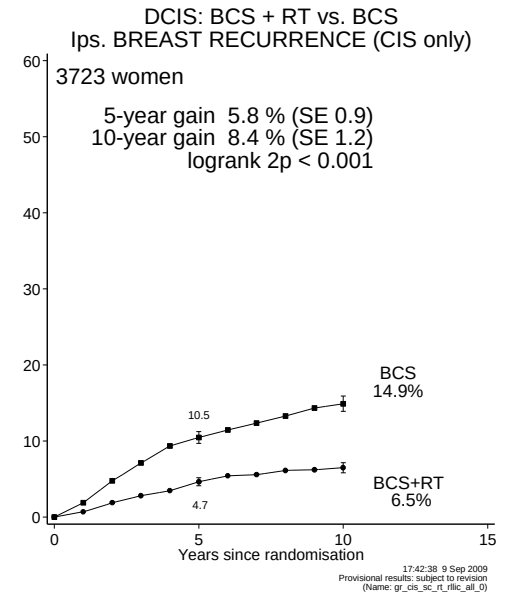
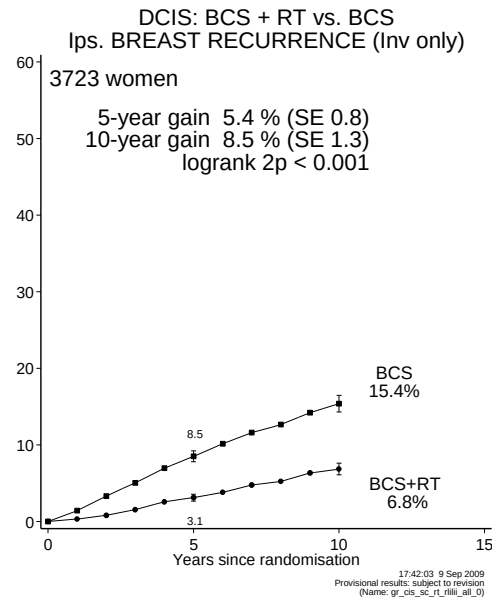
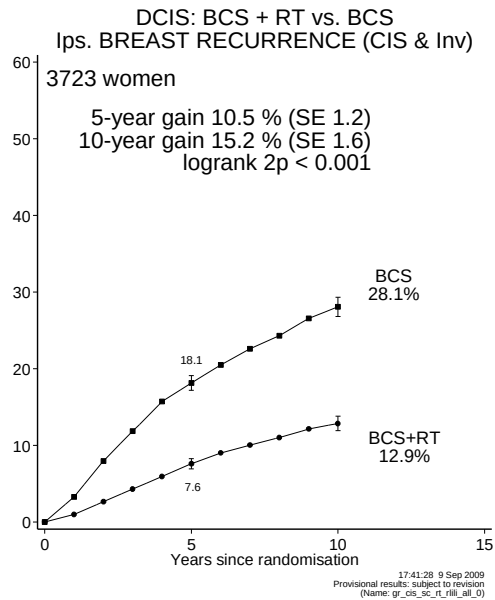
MKC + RT İLE TEDAVİ ÇALIŞMALARI

Randomize kontrollü RT çalışmaları:

- 5 RCT, toplam >4000 hasta
 - NSABP B-17 (1993)
 - EORTC 10853 (2000, 2013)
 - UK/ANZ (2003)
 - SweDCIS (2006, 2014)
 - RTOG 9804 (2015)

MKC + RT İLE TEDAVİ ÇALIŞMALARI

Oxford Overview of Randomized Trials of BCS±RT for DCIS (4 RCT Metaanalizi, median takip 8.9 yıl)



MKC + RT İLE TEDAVİ ÇALIŞMALARI

EBCTCG metaanaliz sonuçları:

291 hastalık alt grup analizinde;

Düşük riskli (negatif sınır, küçük boyut ve düşük grade),
RT almamış

- 10 yılda ipsilateral rekürens oranı %30,1
- Bu oran oldukça anlamlı ve RT'nin yararını düşük risk grubu bile olsa tekrar teyid eden bir sonuç.

Düşük risk grubu?



DCIS (Stage 0) Breast Cancer

Modifiye Yun Nuys Prognostik İndeksi (USC/Van-Nuys)

Skor	1 puan	2 puan	3 puan
Boyut (mm)	<15	16-40	>40
Sınır genişliği (mm)	≥10	1-9	<1
Patolojik sınıflama	Grade 1-2	Grade 1-2 + Nekroz	Grade 3
Yaş	>60	40-60	<40

Toplam skor

4-6

7-9

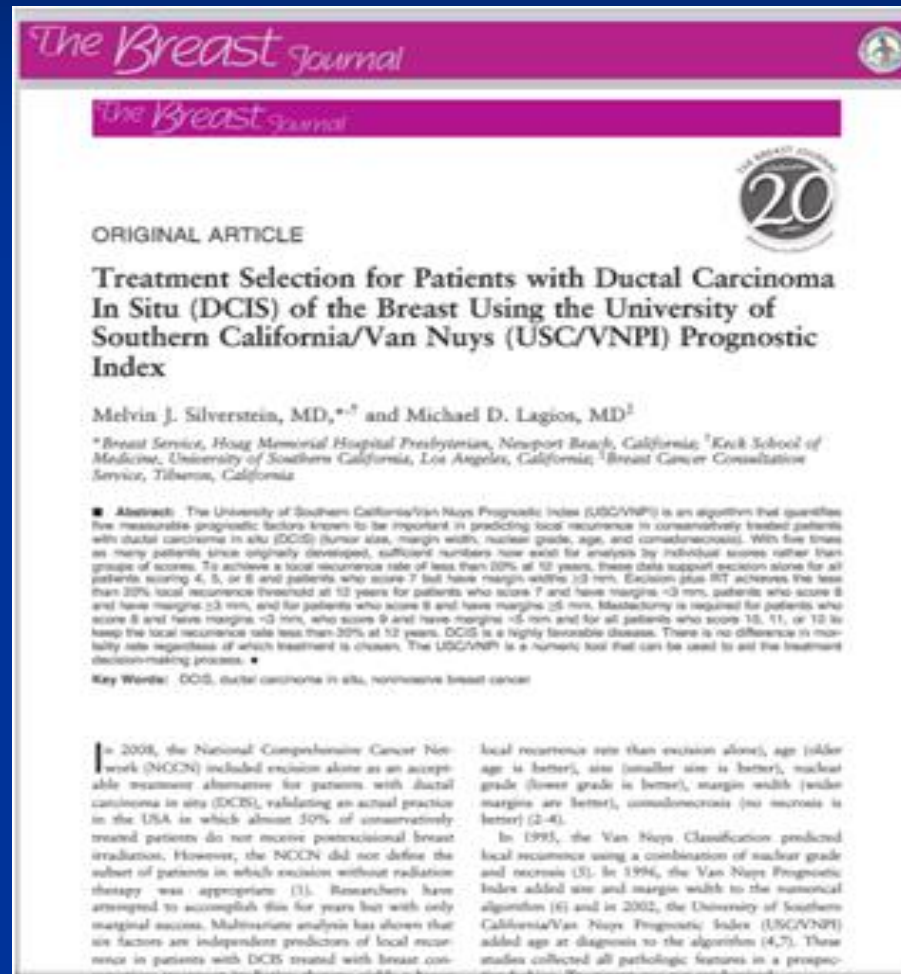
10-12

lumpektomi

lumpektomi+RT

mastektomi

Modifiye Vun Nuys Prognostik İndeksi (USC/Van-Nuys)



Modifiye Yun Nuys Prognostik İndeksi (USC/Van-Nuys)

Table 2. Minimum Treatment Recommendations to Achieve a Local Recurrence Rate <20% at 12 years Using the USC/VNPI Scoring System

USC/VNPI	Treatment	12-year recur (%)
4, 5, or 6	Excision alone	<8
7, margins ≥ 3 mm	Excision alone	13
7, margins <3 mm	Radiation	19
8, margins ≥ 3 mm	Radiation	13
8, margins <3 mm	Mastectomy	0
9, margins ≥ 5 mm	Radiation	17
9, margins <5 mm	Mastectomy	0
10, 11, or 12	Mastectomy	8

Tek Başına MKC Yapılabilir
Grup?

ECOG E5194 Çalışması (Çok merkezli) (Eastern Cooperative Oncology Group)

670 hasta, sadece geniş eksizyon,
≥3 mm negatif sınır, tamoksifen opsiyonel

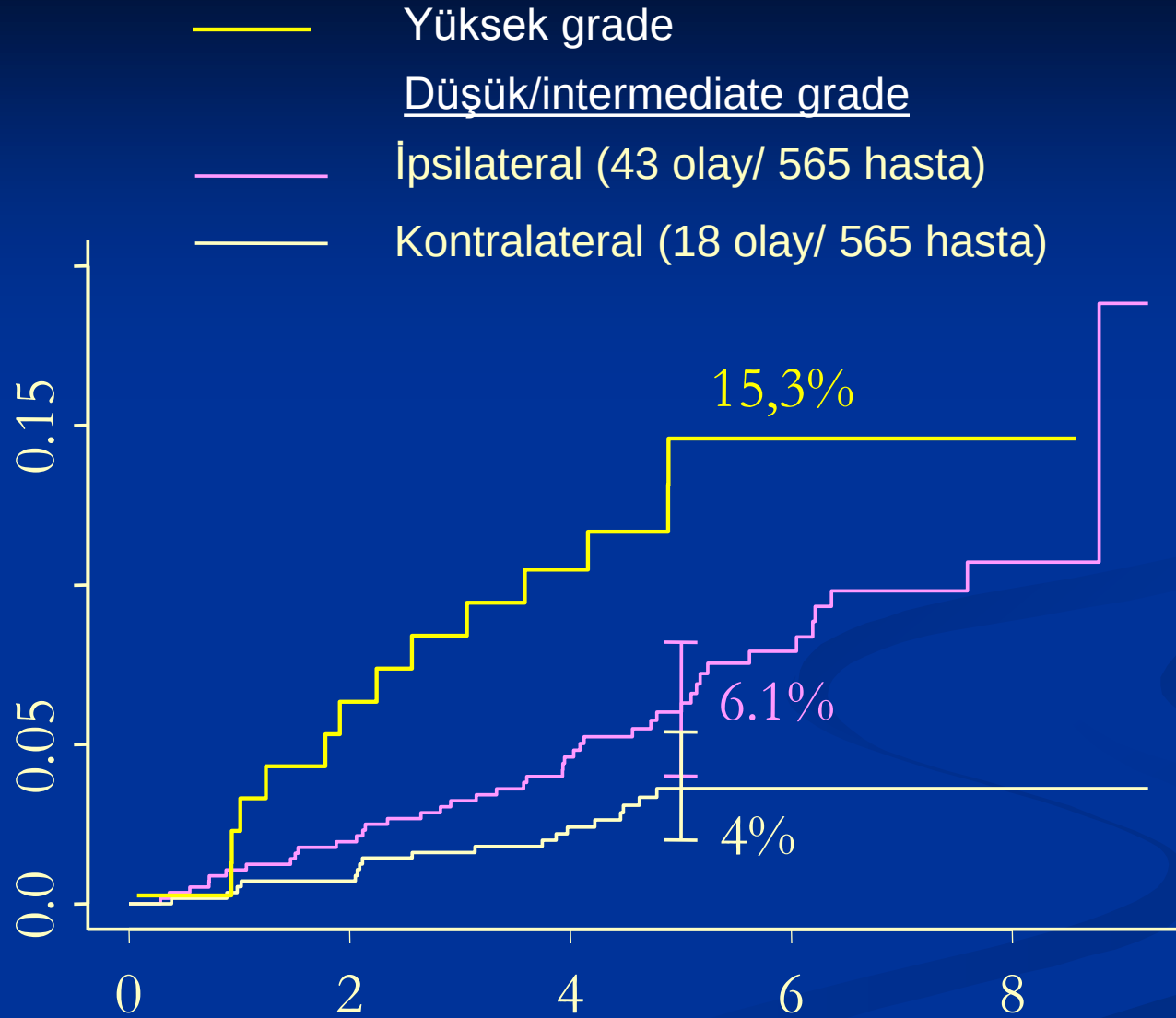
İki kol (non-randomize)

Grade 1-2, nonkomedo, boyut <2,5 cm

Grade 3, komedo, boyut <1,0 cm

	<u>Düşük/intermediate grade</u>	<u>Yüksek grade</u>
Tm boyut (median)	6 mm	5 mm
Negatif sınır		
≥5 mm	%69,2	%82,9
≥10 mm	%48,5	%53,3

ECOG E5194: SADECE EKSİZYON (+/-TAM) (median takip 6,2 yıl)



Tek Başına MKC İle Tedavi Çalışmaları

ECOG E5194 Çalışması

Sonuç:

- Düşük/intermediate grade grubundaki nüks oranı, RT'yi elimine etmek için kabul edilebilir bir orandır.
- Ancak uzun dönem sonuçları?? Takip...

Hughes LL et al, JCO 2009

Tek Başına MKC İle Tedavi Çalışmaları

© 2015 by American Society of Clinical Oncology



CLINICAL ONCOLOGY

Surgical Excision Without Radiation for Ductal Carcinoma in Situ of the Breast: 12-Year Results From the ECOG-ACRIN E5194 Study

Lawrence J. Solin[†], Robert Gray, Lorie L. Hughes, William C. Wood, Mary Ann Lowen, Sunil S. Badve, Frederick L. Baehner, James N. Ingle, Edith A. Perez, Abram Recht, Joseph A. Sparano and Nancy E. Davidson

Median takip 12,3 yıl.

İpsilateral memede toplam olay oranı;

Düşük grade grubunda %14,4

Yüksek grade grubunda %24,6 ($p<0,003$)

İnvaziv olay oranı;

Düşük grade grubunda %7,5

Yüksek grade grubunda %13,4 ($p<0,08$)

Tek Başına MKC İle Tedavi Çalışmaları

ECOG-ACRIN E5194 ÇALIŞMASI

Sonuç:

- Sadece geniş eksizyon ile tedavi edilen düşük risk grubundaki hastalar için 12-yıllık takip süresince, ipsilateral toplam nüks ve invaziv nüks oranı plato yapmaksızın artmaktadır.

Solin J et al, JCO 2015

Aksilla ?

Axillaya Yaklaşım

- Teorik olarak aksiller lenf nodlarına metastaz mümkün değil
- HE ile pozitif SLN oranı %1-2
 - Çoğu mikrometastaz ve izole tümör hücreleri
 - IHC(+) SLN klinik önemi?
 - SLN çıkarılmasa bile 5-yıllık sağkalım %95

Saf DKİS için aksiller disseksiyon önerilmemekte

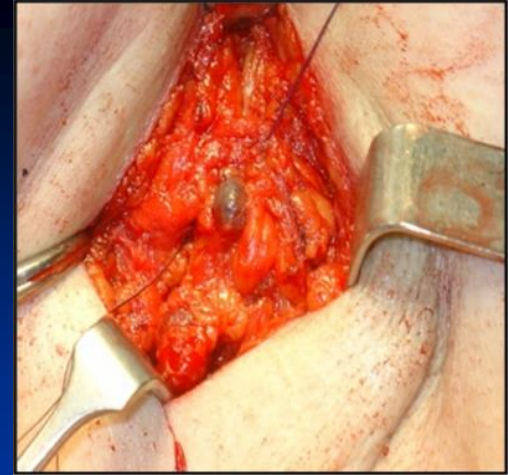
DCIS-DCISM SLN

Table 9. Incidence of SLN metastases among patients with either DCIS or DCISM

Author	Country	DCIS	DCISM
		%(n with positive nodes/N tested)	%(n with positive nodes/N tested)
Wilkie, 2005 ²⁶³	United States	5% (27; 559)	14% (7/51)
Wong, 2002 ²⁵²	United States	Not determined	33% (8/24)
Kelly, 2003 ²⁵⁰	United States	2% (3; 134)	Not determined
Intra, 2003 ²⁵⁸	Italy	ND	10% (4; 41)
Farkas, 2004 ²⁵⁷	United States	0% (0; 46)	Not determined
Trisal, 2004 ²⁶⁰	United States	0% (0; 15)	Not determined
Zavagno, 2005 ²⁵³	Italy	1% (1; 102)	Not determined
Mittendorf, 2006 ²⁶²	United States	16% (6; 38)	Not determined
Camp, 2005 ²⁶¹	United States	9% (2; 26)	Not determined
Katz, 2006 ²⁶⁷	United States	7% (8; 110)	10% (2; 21)
Maffuz, 2006 ²⁷⁶	Mexico	0% (0; 14)	20% (2; 7)
Leidenius, 2006 ²⁸⁸	Finland	7% (5; 73)	9% (1; 11)
Frail, 2008 ²⁸⁶	Spain	1% (1; 92)	0% (1; 10)
Zavagno, 2007 ²⁷⁷	Italy	Not determined	9% (4; 43)
Tan, 2007 ²⁷⁵	Canada	13% (4; 32)	Not determined
Barros, 2007 ²⁷¹	Brazil	0% (0; 16)	Not determined
Genta, 2007 ²⁷²	Italy	6% (2; 34)	Not determined
Moran, 2007 ²⁸	Ireland	0% (0; 15)	Not determined
Gray, 2007 ²⁷³	United States	ND	6% (5; 77)
Intra, 2008 ²⁷⁸	Europe	1% (12; 854)	Not determined
Tunon de Lara, 2008 ²⁸¹	France	3% (4; 116)	4% (2; 46)
Sakr, 2008 ²⁸⁴	France	6% (7; 110)	4% (2; 54)
Liu, 2003 ²⁶⁷	Taiwan	0% (0; 18)	0% (0; 9)
Meijnen, 2007 ²⁷⁴	Netherlands	0% (0; 15)	Not determined
Yi, 2008 ²⁸³	United States	2% (6; 375)	3 (3/97)
Moore, 2007 ²⁷⁵	United States	9% (43; 470)	Not determined
Dominguez, 2008 ²⁷⁷		0% (15; 160)	Not determined
Overall (95% CI)		4.8% (3.4; 6.7) I squared 41%*	9.3% (6.0; 14.0) I squared 33%*

KİME SLNB?

- Mikroinvaziv komponenti olan hastalarda
 - Mikroinvaziv odak <1 mm (AJCC TNM T1mi)
- Mastektomi planlanan hastalarda
 - Geniş üst-dış kadran eksizyonu planlanan hastalarda
- MKC + kötü prognostik faktörü olan hastalarda
 - Yüksek grade/komedo histoloji
 - >5 cm



Patani N, Breast Cancer Res Treat 2007

Ansari B, Br J Surg 2008

Silverstein MJ, J Natl Cancer Inst Monogr 2010

DCIS – SLN+

- Aksiller diseksiyon gerekli mi?
- Adjuvan tedavi gerekli mi?

LOKAL NÜKS?

Reküren Hastalığa Yaklaşım

- Tedavi yaklaşımından bağımsız yarısı invaziv
- Reküren DCIS tedavisi;
 - Genişliği
 - Lokalizasyonu
 - Önceki cerrahi yaklaşıma bağlı

Kerlikowske K et al, J Natl Cancer Inst 2003

Allred DC et al, J Natl Cancer Inst Monogr 2010

Rekürren Hastalığa Yaklaşım

İlk tedavisi:

- MKC+RT : Mastektomi
- Sadece MKC: Reeksizyon+RT/mastektomi
- Mastektomi: Eksizyon $\pm$ RT

NCCN Guidelines Version 1.2016

Ductal Carcinoma in Situ (DCIS)

DIAGNOSIS

DCIS
Stage 0
Tis, N0, M0^a

WORKUP

- History and physical exam
- Diagnostic bilateral mammogram
- Pathology review^b
- Determination of tumor estrogen receptor (ER) status
- Genetic counseling if patient is high-risk for hereditary breast cancer^c
- Breast MRI^{d,e} (optional)

PRIMARY TREATMENT

Lumpectomy^{f,g} without lymph node surgery^h + whole breast radiation therapy^{i,j,k,l,m} (category 1)
or
Total mastectomy with or without sentinel node biopsy^{h,k} ± reconstructionⁿ
or
Lumpectomy^{f,g} without lymph node surgery^h without radiation therapy^{i,k,l,m} (category 2B)

[See
Postsurgical
Treatment
\(DCIS-2\)](#)

^aSee [NCCN Guidelines for Breast Cancer Screening and Diagnosis](#).

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

^cSee [NCCN Guidelines for Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast and Ovarian](#).

^dSee [Principles of Dedicated Breast MRI Testing \(BINV-B\)](#).

^eThe use of MRI has not been shown to increase likelihood of negative margins or decrease conversion to mastectomy. Data to support improved long-term outcomes are lacking.

^fRe-resection(s) may be performed in an effort to obtain negative margins in patients desiring breast-conserving therapy. Patients not amenable to margin-free lumpectomy should have total mastectomy.

^gSee [Margin Status in DCIS \(DCIS-A\)](#).

^hComplete axillary lymph node dissection should not be performed in the absence of evidence of invasive cancer or proven axillary metastatic disease in women with apparent pure DCIS or mammographically detected DCIS with microcalcifications. However, a small proportion of patients with apparent pure DCIS will be found to have invasive cancer at the time of their definitive surgical procedure. Therefore, the performance of a sentinel lymph node procedure should be strongly considered if the patient with apparent pure DCIS is to be treated with mastectomy or with excision in an anatomic location compromising the performance of a future sentinel lymph node procedure.

ⁱSee [Principles of Radiation Therapy \(BINV-I\)](#).

^jComplete resection should be documented by analysis of margins and specimen radiography. Post-excision mammography could also be performed whenever uncertainty about adequacy of excision remains.

^kPatients found to have invasive disease at total mastectomy or re-excision should be managed as having stage I or stage II disease, including lymph node staging.

^lSee [Special Considerations to Breast-Conserving Therapy Requiring Radiation Therapy \(BINV-G\)](#).

^mWhole-breast radiation therapy following lumpectomy reduces recurrence rates in DCIS by about 50%. Approximately half of the recurrences are invasive and half are DCIS. A number of factors determine local recurrence risk: palpable mass, larger size, higher grade, close or involved margins, and age <50 years. If the patient and physician view the individual risk as "low," some patients may be treated by excision alone. Data evaluating the three local treatments show no differences in patient survival.

ⁿSee [Principles of Breast Reconstruction Following Surgery \(BINV-H\)](#).

Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

Öneriler- Özet



- Tedavide amaç;
 - invaziv meme kanseri gelişimini önlemek

MKC'nin (genellikle RT ile) lokal nüks oranı mastektomiden yüksek, meme kanseri-spesifik sağkalım oranları benzer

Öneriler- Özet

- MKC adayları;
 - negatif cerrahi sınır
 - bir kadrana sınırlı,
 - lezyon/meme boyutu oranı
 - kabul edilebilir kozmezis
- Komplet eksizyon;
 - sınırların incelenmesi ve spesmen radyografisi
 - yetersiz eksizyon kuşkusu
 - posteksizyon mamografi
 - eksizyon sınırlarına kliplerle işaret
- Yakın ya da pozitif cerrahi sınır
 - reeksizyon, mastektomi veya radyasyon boost'u



Öneriler- Özet



- Küçük odak, düşük grade DCIS;
 - ideal olarak 10 mm negatif cerrahi sınırla, RT vermeden sadece eksizyon bir seçenek
 - Ancak seçilmiş düşük risk grubu hastalarda bile RT'siz tedaviyi destekleyen prospektif randomize kanıt sınırlı
- Çoğu hastada aksiller değerlendirme için cerrahi önerilmez.
- Ancak mastektomi gerektiren hastalarda SLNB önerilir.



USUAL CARE
Lumpectomy
Radiation
Mastectomy



**ACTIVE
SURVEILLANCE**
Regular Checkups
Treatment IF
Invasive Cancer
Develops