

Meme Karsinomlarında Mastektomi Sonrası İmplant ve Doku Genişleticiler İle Meme Rekonstrüksiyonu (x)

Ali BARUTÇU*, Atay ATABEY*, Haluk MİDOĞLU*, Ömer HARMANCIOĞLU**

D.E.Ü. Tıp Fakültesi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrah Anabilim Dalı *

D.E.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı **

ÖZET

Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu için beklemek yerine, mastektomi ile aynı seansta primer rekonstrüksiyon yapılması son yıllarda benimsenmiş bir görüştür. Bugün meme rekonstrüksiyonunda muskükökütan flepler ve submusküler implantlar (meme protezi, doku genişletme+meme protezi ve genişletilebilen meme protezleri gibi) en çok kullanılan yöntemlerdir. Bu çalışmada primer ve sekonder olarak implantlarla meme rekonstrüksiyonları yapılan 11 hasta sunulmuştur. Mastektomi sonrası doku genişletme ve protez uygulaması tekniği; basit ve az travmatik oluşu, hacimde ayarlamaya olanak tanınması ve sağladığı psikolojik avantajlar nedeniyle kliniğimizde benimsenen bir teknik olmuştur.

Anahtar sözcükler: Meme rekonstrüksiyonu-Doku genişletme-Kalıcı genişletilebilen meme protezi.

SUMMARY

There is a recent interest in primary breast reconstruction after mastectomy instead of delayed reconstruction. The most commonly used procedures today include myocutaneous flap reconstruction and applications of various submuscular implants. In this study, 11 patients with breast cancer subjected to primary and secondary breast reconstruction using submuscular mammary implants after mastectomy are presented. Immediate breast reconstruction after mastectomy is our method of choice. Application of submuscular permanent prostheses after tissue expansion is simple to perform and safe with minimal surgical and physiological trauma to the patient.

Key words: Breast reconstruction-Tissue expansion-Permanent expander.

Meme kanseri nedeni ile yapılan mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu özellikle son 25 yılda önem kazanmış ve geliştirilen yöntemler günümüzde hemen hemen normal anatomik görünümüne yakın meme oluşturabilir hale gelmiştir.

Günümüze dek mastektomi sonrası memenin flep ile rekonstrüksiyonunda; lokal flepler(1), latissimus dorsi kas-deri flebi(1-5), rectus abdominus kas-deri flepleri (TRAM-Transvers

rektus abdominus kas-deri flebi, VRAM-vertikal rektus abdominus kas-deri flebi) (1-5) ve serbest flepler (1,3) kullanılmıştır.

İmplant uygulayarak meme rekonstrüksiyonu ilk kez Guthrie'nin 1971'de silikon meme protezini kullanması ile başlamıştır(1-3,7,8). Doku genişleticilerin (ekspander) bulunması ile meme bölgesi cildinin genişletilmesi mümkün olmuş, ekspander ile genişletme ve takiben kalıcı meme protezi uygulaması popüler bir teknik haline

gelmiştir(1,3,4,8-11). Daha sonra hem ekspander, hem de kalıcı meme protezi işlevini gören, şişirilebilen meme protezleri (kalıcı genişletilebilen meme protezi) kullanıma girmiştir (12-15). Bunlar hem ameliyat sayısını azaltmış, hem de maliyeti düşürmüştür.

Bu çalışmada, hastanemize başvuran 11 meme kansinömlü hastada mastektomi sonrası çeşitli implantlarla yapılan primer ve sekonder meme rekonstrüksiyonlarının sonuçları tartışılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada meme kanseri nedeni ile mastektomi geçirmiş ve meme rekonstrüksiyonu yapılmış 11 hasta ele alınmıştır. Hastaların onuna modifiye radikal, birisine basit mastektomi uygulanmıştır (Tablo 1).

Hastaların en genç olanı 28, en yaşlısı 63 yaşında idi ve yaş ortalaması 38,8 idi.

Hastaların dokuzunda mastektomi ile aynı seansta submusküler implant yerleştirilmiştir. Eski mastektomili iki hastaya da sekonder rekonstrüksiyon yapılmıştır. Dört hastaya önce ekspander uygulanmış, uygun cilt genişletilmesinden sonra, üzerine kalıcı meme protezi yerleştirilmiştir. Bir hastada ekspander radyoterapi için çıkartılmıştır. Üç hastada kalıcı genişletilebilen meme protezi kullanılmıştır. Dört hastaya ise direkt olarak kalıcı meme protezi uygulanmıştır.

Ekspanderler karşı meme hacmine göre 200-300ml daha fazla hacimde seçilmekte ve mastektomi sonrası lateral yaklaşımla pectoralis major, serratus anterior kasları ve rectus abdominus kas fasyası altında disseke edilen submusküler cebe yerleştirilmektedir. Cebin alt kenarı diğer meme altı sulkusundan 2cm. kadar

aşağı seviyede planlanmaktadır. Ortalama ekspander şişirme periodu 6 hafta sürmektedir. Yeterli doku genişlemesini takiben, ekspander çıkartılıp kalıcı meme protezi yerleştirilmektedir.

Eğer kalıcı genişletilebilen meme protezi kullanılıyorsa, şişirme periodu sonunda şişirme borusu çekilen implant yerinde bırakılmaktadır.

Memelerin simetrisi için, hastalardan ikisine karşı memeye redüksiyon, bir hastaya mastopeksi yapılmıştır.

Meme başı-areola rekonstrüksiyonu için uygulanan yöntemler şunlardır; bir hastada mastektomi esnasında greft olarak alınan meme başı-areola kompleksi, önce hastanın inguinal bölgesine implante edilip, daha sonra ekspander çıkarma-protez koyma operasyonu esnasında memedeki ideal yerine taşınmıştır. Bir hastada meme başı-areola kompleksi mastektomi esnasında yerinde bırakılmıştır. Diğerlerinde ise, karşı memenin meme başı-areola kompleksinin bir kısmında elde edilen greftlerle rekonstrüksiyon yapılmıştır.

Hastalarda en kısa izlem süresi 3 ay, en uzun 2 yıldır. Postoperatif kozmetik sonuçlar "mükemmel" "iyi" ve "kötü" olarak değerlendirilmiştir(15).

BULGULAR

Hastaların postoperatif kozmetik sonuçları açısından altı olgu "mükemmel", iki olgu "iyi" ve üç olgu "kötü" olarak değerlendirildi (Tablo I).

Ekspander kalıcı meme protezi veya genişletilebilen meme protezi uygulaması ile yapılan rekonstrüksiyonlarda, direkt kalıcı protez uygulamasına göre estetik açıdan daha iyi sonuçlar alınmıştır (Şekil 1 ve 2).

Bir hastada protez atılması görüldü. Protez üzerindeki insizyon hattının aşırı enflamasyon ile açılıp, protezin ortaya çıkmasını takiben protez tarafımızdan çıkarıldı.

Radyoterapi almasına karar verilen bir hastada, şişirme sürecinde iken ekspander çıkarıldı.

Rekonstrüksiyona devam edilemediği için sonuç "kötü" olarak değerlendirildi.

Mastektomi ile aynı seansta rekonstrüksiyonuna başlanan hastaların moral kondisyon olarak, sekonder olgulara göre daha iyi durumda oldukları gözlemlendi.

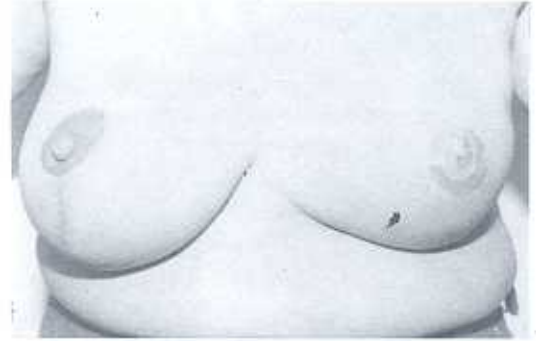
Tablo I (x.) Mastektomi sonrası rekonstrüksiyon yapılan hastalar ve klinik sonuçlar.

H.adı	yaşı (taraf)	tamı mastektomi	yapılan veya sek.	primer metodu	rekonst.	sonuç
E.K.	39	I.D.ca (R)	M.R.M.	P.R.	K.M.P.	Yetersiz volume bağlı , 2.girişimi kabul etmedi. Kötü
M.Ç	30	I.D.ca (R)	M.R.M.	P.R.	E.M.P.	Mükemmel
H.O.	63	I.D.ca (R)	M.R.M.	P.R.	Eksp.-?	Radyoterapi nedeni ile Ekspander çıkartılması. Kötü
M.U.	34	I.D.ca (R)	M.R.M.	P.R.	Eksp.+K.M.P.	İyi
S.D.	45	I.D.ca. (L)	M.R.M.	P.R.	K.M.P.	Protez atılımı. Kötü
F.K.	40	I.D.ca. (R)	S.M.	P.R.	E.M.P.	Karşı memeye red. mammaplasti. Mükemmel
P.A	45	I.D.ca. (L)	M.R.M.	P.R.	K.M.P.	iyi
S.A.	28	I.D.ca. (L)	M.R.M.	S.R.	E.M.P.	Sağ red. mammaplasti. Mükemmel
N.Ç.	33	I.D.ca. (R)	M.R.M.	P.R.	K.M.P.	Mükemmel
M.I.	42	I.D.ca. (L)	M.R.M.	P.R.	Eks.+K.M.P.	Karşı memeye mastopektisi. Mükemmel
M.T.	38	I.D.ca. (AR)	M.R.M.	S.R.	Eksp.+K.M.P.	Mükemmel

(x) R-sağ meme, L-sol meme, I.D.ca.-İntraduktal karsinom M.R.M.- Modifiye radikal mastektomi, S.M.-Basit mastektomi, P.R.-Primer rekonstrüksiyon, S.R.-sekonder rekonstrüksiyon, Eksp.-Ekspander, K.M.P.-Kalıcı meme protezi, E.M.P.-Ekspandable meme protezi, red.-redüksiyon=küçültme).



Şekil 1- a



Şekil 1- c



Şekil 1- b

Şekil 1. Sol mastektomi sonrası ekspander+meme protezi ile rekonstrüksiyonu yapılan bir hastamız. a) Ekspander ile meme cildi genişletilmiş, 2. seansta planlaması yapılmış (meme-başı areola yeri belirlenmiş, karşı memeye redüksiyon planlanmış). b) Sol memeye ekspander çıkartılıp, kalıcı protez yerleştirilmiş, diğer memede redüksiyon yapılmış, c) Postoperatif 6. ayındaki görünümü.



Şekil 2. a) Sağ memede mastektomi yapılan bir hastanın operasyon anındaki görünümü.



Şekil 2. b) Becker protezi (kalıcı şişirilebilen meme protezi ile rekonstrüksiyonu yapıldıktan sonra postoperatif birinci yılındaki görünümü.

TARTIŞMA

İdeal meme rekonstrüksiyonunda amaç: Mastektomi sonrası kaybolan meme konturunu yeniden oluşturabilmek, yeni nipple-areola kompleksini yapmak, karşı memeye girişimde bulunarak simetri sağlamaktır (2-4).

Günümüzde bu alanda en popüler teknikler latissimus dorsi kas-deri flebi, TRAM flebi ve submusküler implantlarla yapılan rekonstrüksiyonlardır(1-8). Bazen kas-deri flepleri ile implantların kombine kullanılması daha iyi sonuçlar verebilir(15).

Rekonstrüksiyon tekniklerindeki gelişmelerin yanı sıra, bu işlemin genel cerrah, plastik cerrah, medikal ve radyasyon onkologlarından oluşan gruplarca yürütülmeye başlanması bu alanda multidisipliner çalışmanın gerekliliğini ortaya koymuştur.

Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonunda ideal tek bir teknik önerilmeyişi nedeniyle, plastik cerrah sözü edilen ekibin önerilerini gözönüne alarak hastayı dikkatle dinledikten sonra: Hastanın ihtiyaç ve isteklerine, hastanın psikolojik ve genel durumuna, rekonstrüksiyon için mevcut teknik olanaklar bakarak "rekonstrüksiyon tekniği"ni seçmelidir(1,2).

Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu mastektomi ile aynı seansta primer olarak veya gecikmiş olarak yapılabilir. Pekçok cerrah rekonstrüksiyon için altı ay veya daha fazla bekleme önermektedir. Fakat son zamanlarda yayınlanan çalışmalarda, rekonstrüksiyonun primer veya geç yapılmasının prognoz açısından farkı olmadığını gösterilmesi üzerine, günümüzde "simultane mastektomi + rekonstrüksiyon prosedürü" yaygınlaşmıştır (3,7,8,16). Bu, aynı zamanda hastada mastektominin yaratacağı psikolojik problemleri de azaltacaktır(1,16,19).

Hemen (primer) veya geç (sekonder) rekonstrüksiyonlarda genelde aynı teknikler kullanılmakla birlikte, kas-deri flepleri ve serbest flepler daha çok geç rekonstrüksiyonlarda tercih edilmektedir(15).

Hastanemizde de erken meme kanserli uygun olgularda modifiye radikal mastektomi+ aksiller lenf nodu disseksiyonu uygulanmakta ve ekspander uygulanarak erken rekonstrüksiyona aynı seansta başlanmaktadır.

Son bir yıldır *Becker* tipi ekspansen olabilen meme protezleri tarafımızdan da kullanılmaya başlamıştır. Bunlar hem ekspanderin, hem de (yerinde bırakılarak) meme protezinin işlevini yerine getirmektedir. Böylece operasyon sayısı ve maliyeti düşmektedir(12-15). Rekonstrüksiyonun ikinci seansında nipple-areola kompleksi oluşturulup ve simetri sağlamak için karşı memeye büyütme, küçültme veya mastopeksi gibi girişimlerde bulunmaktadır(1,3,4).

Literatürde yaygınlaşan görüş olan, özellikle doku genişleticilerle yapılan rekonstrüksiyonların hastalığın lokal veya sistemik rekürrensini gizleyici bir rolü olmadığına ve rekonstrüksiyon için beklenmemesi gerektiğine tarafımızdan da inanılmaktadır(8,16-17). Bu teknik kemoterapi ve radyoterapi uygulamasına da engel oluşturmamaktadır (8,16,17). Submusküler implant ile rekonstrüksiyon basit, az travmatik, hastalar tarafından iyi tolere edilen ve iyi kozmetik sonuçlar sağlayan bir tekniktir (3,4,8,16,17).

Bizim olgularımızda bu rekonstrüksiyon yöntemi ile oluşturulan memeler estetik açıdan doğal görünüme en yakın olanlardır (Şekil 1 ve 2).

KAYNAKLAR

1. Maxwell G.P. Breast reconstruction following mastectomy and surgical management of the patient with high-risk breast disease. In: Smith, J.M, Aston, S.J, ed. Plastic Surgery. Fourth edition Boston: Little, Brown and Company, 1990; 1203-48.
2. Barutçu A, Dülger M. Mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1986; 8(1-2): 185-91.
3. Goldwyn RM. Breast reconstruction after mastectomy. N Eng J Med 1987; 317(27): 1711-4.
4. Briggs R M. Breast reconstruction following a mastectomy for carcinoma of the breast. Clin Obst Gyn 1989; 32: 858-63.
5. Houpt P, Dijkstra R, Storm van Leeuwen JB. The result of breast reconstruction after mastectomy for breast cancer in 109 patients. Ann Plast Surg 1988; 21(6): 517-25.
6. Rosen PB, Jabs AD, Kister SJ, Hugo NE. Clinical experience with immediate breast reconstruction using tissue expansion or transvers rectus abdominus musculo-cutaneous flaps. Ann Plast Surg 1990; 25(4): 249-57
7. Brand KI, O'Neal B, Weiner LJ, Tobin GR. One-stage simple mastectomy with immediate reconstruction for high-risk patients. Arch Surg 1986; 121: 221-5.
8. Horton CE, Rosato FA, McCraw JB, Dowden RV. Immediate reconstruction following mastectomy for cancer. Clin Plast Surg 1979; 6(1): 37-46.
9. Radovan C. Breast Reconstruction after mastectomy using temporary expander. Plast Reconstr Surg 1982; 69: 195.
10. Russel IS, Collins P, Holmes AD, Smith JA. The use of tissue expansion for immediate breast reconstruction after mastectomy Med J Aust 1990; 152: 632-5.
11. Hyland WT. Immediate breast reconstruction using the skin expander A modification in technique. Ann Plast Surg 1988; 21(2): 101-7.
12. Becker H. Breast augmentation using the expander mammary prosthesis. Plast Reconstr Surg 1986; 79: 192.
13. Gibney J. Use of a permanent tissue expander for breast reconstruction. Plast Reconstr Surg 1989; 84: 607.
14. Persoff MM. Achieving symmetry in the tissue-expanded breast reconstruction. Aesth Plast Surg 1991; 15: 133-9.
15. Bayet B, Mathieu G, Lavand'Homme P, Vanwijck R. Primary and secondary breast reconstruction with a permanent expander. Eur J Plast Surg 1991; 14: 73-79.
16. Noone RB, Murphy JB, Spear SL, Little JW. A 6-year experience with immediate reconstruction after mastectomy for cancer. Plast Reconstr Surg 1985; 76 (2): 258-269.
17. Asplund I, Körlof B. Late following for cancer and breast reconstruction. Scand J Plast Surg 1984; 18: 221-225.
18. Georgiade GS, Riefkohl R, Cox E, McCarthy KS, Seigler HF, Georgiade NG et al. Long term clinical outcome of immediate reconstruction after mastectomy. Plast Reconstr Surg 1985; 76(3): 415-20.
19. Goin MK, Goin JM. Growing pains. The psychological experience of breast reconstruction with tissue expansion. Ann Plast Surg 1988; 21(3): 217-22.