

Profilaktik Mastektomide Meme Rekonstrüksiyonu

Profilaktik Mastektomide Meme Rekonstrüksiyonu

Savaş Serel¹, Servet Elçin Alpat¹, Cem Çerkez², Zeki Can¹, Serdar Gültan¹

¹ Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı
² Girne Dr. Akçiçek Devlet Hastanesi Plastik Cerrahi Kliniği, Girne / KIBRIS

Kadınlarda morbidite ve mortalite nedenlerinden başı çeken meme kanserinin; artan toplumsal bilinç, BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyon analizlerinin hız kazanması ve risk azaltıcı stratejilerin geliştirilmesiyle bazı olgularda önlenebilir olduğu netlik kazanmıştır. Yüksek risk taşıdığı tespit edilen bu hastalarda risk azaltıcı tekniklerden profilaktik mastektominin bilateral uygulandığı olgularda meme kanseri gelişme riskini yaklaşık %85-90 düşürdüğü gösterilmiştir.

Gelişen gen analizleri ile erken yaşta tespit edilen ve vücut görünümünün bütünlüğüne önem veren yüksek riskli bu popülasyonun profilaktik mastektomi sonrasında meme rekonstrüksiyonu isteği giderek artmaktadır. Ancak profilaktik mastektomi sonrası meme rekonstrüksiyonu bazı özellikler taşımaktadır. Bu nedenle hastalar multidisipliner bir yöntemle incelenmeli; cerrahi işlemin zamanlaması, uygulanacak mastektomi tipi, (her hasta için kişiselleştirilmiş) rekonstrüksiyon seçenekleri, oluşabilecek komplikasyonlar ameliyat öncesi ayrıntılarıyla konuşulmalıdır. Bu çalışmada profilaktik mastektomi sonrası rekonstrüksiyonunun önemi ve farklılıkları açıklanmıştır.

Anahtar Sözcükler: *Meme kanseri, BRCA 1-2, Profilaktik, Mastektomi, Meme rekonstrüksiyonu, Implant, Otolog*

It has become evident that breast cancer; the leading cause of morbidity and mortality in women; can be prevented in some cases due to the increasing social awareness, BRCA1 and BRCA2 gene mutation analysis and developing risk reduction strategies. Prophylactic mastectomy, which happens to be one of those strategies, is found to reduce the risk of cancer development by 85-90 % in high-risk patients. Analysis of the genes leaves the surgeons with a population at an early age that gives importance to the integrity of the body image and demands breast reconstruction as soon as possible. However; breast reconstruction after prophylactic mastectomy bears some distinct features. For this reason, a multidisciplinary approach should be followed and the timing of surgical procedure, type of mastectomy to be applied, reconstruction options for each patient, possible complications should be discussed in details before the surgery. This study defines the differences and the importance of reconstruction after prophylactic mastectomy.

Key Words: *Breast cancer, BRCA 1-2, Prophylactic, Mastectomy, Breast reconstruction, Implant, Autologous*

Meme kanseri kadın kanserleri içinde en sık görülen ve en sık ölüm nedeni olan neoplazmdir. Yaşam boyu meme kanserine yakalanma ihtimali %13 iken riskin en yüksek olduğu dönem 6. dekattan sonradır (1). Meme kanseri mortalitesinden en iyi korunma yönteminin mamografik taramalarla erken teşhis olduğu düşünülürken son 30 yıldır BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyon analizlerinin hız kazanması ve risk azaltıcı stratejilerin geliştirilmesiyle bazı vakalarda meme kanserinin önlenebilir olduğu netlik kazanmıştır. Geliştirilen bu stratejiler kısaca yaşam tarzı değişiklikleri, Tamoksifen, Raloksifen, COX-2 inhibitörleri gibi ilaç tedavileri ve cerrahi işlemler (profilaktik mastektomi, ooferektomi

vb.) olarak sıralanabilir (2). BRCA1 ve 2 analizleri sayesinde yüksek risk taşıdığı tespit edilen hastalarda bilateral profilaktik mastektominin meme kanseri gelişme riskini yaklaşık %90 düşürdüğü (3); yaşam beklentisinin 2,9'dan 5.3 yıla çıktığı birçok çalışma tarafından gösterilmiştir (4).

Profilaktik mastektominin yüksek riskli hastalarda kanser gelişimini önleyebilecek bir yöntem olması tartışılan bir antite iken son dönemde uygun risk analizlerinin yapılması, çalışmalarda gerçekten riski azalttığının kanıtlanması ve mastektomi sonrası efektif rekonstrüksiyon tekniklerinin

Geliş tarihi: 15.03.2012 • Kabul tarihi: 13.02.2014

İletişim

Dr. Servet Elçin Işılğan
Tel: 0 (312) 595 61 75
E-posta: elcinisilgan@gmail.com
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cebeci Yerleşkesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı 3.Kat Dikimevi/ANKARA

geliştirilmesi bu konuyu tekrar odak noktası haline getirmiştir.

2020 yılında; yeni tanı almış meme kanseri insidansının ikiye katlanacağı düşünülmektedir (5). Sayıca çoğalan yüksek riskli hasta popülasyonunun bilateral / unilateral profilaktik mastektomi; takiben de eş zamanlı veya geciktirilmiş meme rekonstrüksiyonu talebi artacaktır. Bu gibi özel hastalar için eski vücut görünümüne kavuşmak fiziksel, cinsel ve mental iyilik hali için vazgeçilmezdir. Hastanın onkolojik cerrah, onkolog, plastik cerrah, jinekolog, genetik uzmanı, psikiyatrist ve hemşire tarafından multidisipliner bir şekilde ele alınması gerekmektedir. Bu nedenle rekonstrüksiyonun zamanlaması, uygulanacak mastektomi tipi, cerrahın bu konudaki deneyimi, uygulanabilecek rekonstrüksiyon seçenekleri ve meme başı-areola kompleksinin korunup korunmayacağı, oluşabilecek komplikasyonlar ameliyat öncesi kesinlikle tartışılmalı ve hastanın ameliyat sonrası beklentilerini bunlara göre şekillendirmesi sağlanmalıdır.

PROFİLAKTİK MASTEKTOMİ KİMLERE YAPILIR?

Bunun cevabı risk analizinde saklıdır. Halen hassas risk analizi için uygun kriterlerin oluşturulmamasına rağmen kişiye özel risk analizinin genetik testler, aile hikayesi ve diğer epidemiyolojik verilere dayanarak yapılabileceği düşünülmektedir.

Meme kanserine yakalanma ihtimali yaşam boyu %13; 35-55 yaşlar arasında %2,5'dir (3). Ailede özellikle premenapozal dönemde birinci derece akrabada bilateral meme kanseri hikayesinin olması; atipik gösteren proliferatif hastalık, atipik hiperplazi gösteren proliferatif hastalık ve lobuler karsinoma in situ gibi belirli histolojik bulguların olması; herediter meme kanseri hikayesinin bulunması (BRCA1 ve BRCA2 gen mutasyonlarının gösterilmesi) riski çok yükseltmektedir (6). Mesela annesi ve bir kız kardeşinde meme kanseri

hikayesi bulunan bir kadının hayat boyu kümülatif meme kanseri riski %15'dir. Bu kanserler premenapozal dönemde ve bilateral olarak görüldüyse risk %45'e kadar yükselmektedir. Lobuler karsinoma insitu'da karşılaşılan hücresel bozukluk ilerleyen dönemde karşı memede de kanser gelişebileceğinin bir göstergesidir. BRCA1 gen mutasyonu olan bir kadının 65 yaş civarında meme kanseri geliştirme riski % 50-80 arasındadır (7).

Profilaktik mastektomi için sıralanan bütün bu kriterlerin yanısıra kansere yakalanma korkusu da göz ardı edilmemesi gereken önemli bir noktadır.

PROFİLAKTİK MASTEKTOMİ TEKNİKLERİ

Onkolojik cerrah bakış açısıyla uygulanacak küratif mastektomideki asıl amaç; geride olabildiğince az kanserli doku bırakarak meme dokusunu uzaklaştırmaktır. Rekonstrüksiyon planlanan olgularda yapılacak mastektomide hedef daha az cilt rezeksiyonu, Nipple Areola Kompleksi (NAK) ve/ya inframammaryan sulkusunun korunması olacaktır.

Deri koruyucu mastektomide (Skin Sparing Mastectomy) amaç olabildiğince fazla cilt dokusunu geride bırakarak NAK ile birlikte meme dokusu diseksiyonudur (8,9). İlerleyen dönemde hasta isteğine göre NAK rekonstrüksiyonu düşünülebilir.

Diğer bir yöntem sübkütan mastektomi olarak da bilinen NAK koruyucu mastektomidir. Bu yöntem kullanılırsa geride meme dokusu, duktuslar ve duktuslarda gizlenmiş tümör dokusu bırakılmış olunabilir (10). Literatürde yer alan derlemelerde NAK koruyucu cerrahiye en uygun adayların meme ucuna 4 cm'den yakın olmayan T1 tümörler olduğu tespit edilmiştir (11,12) Bunlara alternatif olarak bazı merkezlerde areola korunurken meme ucu da diseksiyona dahil edilmekte ve sonraki dönemlerde meme ucu rekonstrüksiyonu yapılmaktadır (13).

REKONSTRÜKSİYONU NE ZAMAN YAPMALI?

Profilaktik mastektominin küratif mastektomiden farkı kesin bir tanının olmaması ve yüksek olasılıklara dayanmasıdır; zamanlama hastaya bırakılır. Profilaktik mastektomi sonrası rekonstrüksiyonu özel kılansa teorikte hastanın radyoterapi ya da kemoterapi almayacak oluşudur. Fakat operasyonda çıkarılan materyalde karşılaşılabilecek gizli malignite nedeniyle adjuvan tedaviye ihtiyaç duyulabilir. Rekonstrüksiyon adjuvan kemoterapiye engel teşkil etmez. Bu nedenle profilaktik mastektomi sonrasında eş zamanlı ya da geçikmiş rekonstrüksiyonu belirleyen majör faktör adjuvan radyoterapi ihtiyacıdır.

Eş zamanlı rekonstrüksiyonlarda sağlanan kozmetik kazancın yanısıra hastanın postoperatif dönemde mastektomi deformitesine maruz kalmamasıyla sağlanan psikolojik kazanç unutulmamalıdır. Fakat intraoperatif patolojik incelemelerde karşılaşılan gizli malignite nedeniyle lenf nodu diseksiyonu, NAK diseksiyonunun da rezeksiyona eklenebileceği, postoperatif dönemde radyoterapi gibi adjuvan tedavilere gerek duyulacağı; bütün bunların beklenen nihai kozmetik sonuçları negatif yönde etkileyebileceği hastaya anlatılmalıdır.

Adjuvan radyoterapi eş zamanlı yapılan rekonstrüksiyonda otolog flepler üzerinde ciltte kontraktür, yağ nekrozu, yağ atrofisi ve estetik olarak biçimsiz meme (14); implantla onarımda ise kapsül kontraktürü olarak sonuç verebilir (15). Farklı bir açıdan bakılırsa rekonstrüksiyonda kullanılan materyal her ne olursa olsun(otolog veya protez) radyoterapi etkinliğini kısıtlayıp hastanın kür şansını azaltabilir.

Gecikmiş rekonstrüksiyon mastektomi sonrası haftalar ya da aylar sonra elektif şartlarda uygulanır. Radyoterapi ihtiyacı olan hastalarda tercih edilmelidir. Gecikmiş rekonstrüksiyonun cerraha sağladığı avantajlar, bu yöntemin daha kolay

bir cerrahi tekniğe izin vermesi, mastektomi sonrası geçen süre boyunca iyileşen fleplerin cerrahi açıdan daha güvenilir oluşudur.

REKONSTRÜKSİYON

Genel olarak 3 başlıkta sınıflandırabiliriz:

- 1- Ototog tabanlı rekonstrüksiyon
- 2- İmplant tabanlı rekonstrüksiyon
- 3- Kombine otolog ve implant tabanlı rekonstrüksiyon

1970'lerin sonu ve 1980 başlarında sırasıyla latissimus dorsi (LD) kas deri flebi ve transvers rektus abdominis myokutanöz (TRAM) flebi gibi otolog dokularla meme rekonstrüksiyonu tercih edilirken; yine radikal mastektomilerin yaygın olarak yapıldığı 1980'lerde Radovan; 1990'larda Hartmann tarafından doku genişleticilerle yapılan meme rekonstrüksiyon olguları eş zamanlı ve gecikmiş meme rekonstrüksiyonunda yeni seçenekler sunmuştur (16).

Dünyada son dönemlerde kabul gören altın standart rekonstrüksiyon yöntemi bölgesel flep ya da serbest doku nakli yöntemleriyle yapılan otolog dokularla rekonstrüksiyondur (17).

Rekonstrüksiyon yönteminin seçimine plastik cerrah ve hastanın beraber karar vermesi gerekir. Seçim aşamasında hastaya ait faktörler önemli rol oynamaktadır. Profilaktik mastektomiyi tercih eden kadınların yaş ortalaması küratif cerrahi uygulananlara kıyasla daha küçüktür. Bu nedenle bu hastalar daha zayıftır ve abdomende otolog tabanlı rekonstrüksiyon için yeterli gevşek doku olmayabilir. Bu gibi durumlarda alternatif donör saha arayışına ya da implant ile rekonstrüksiyona geçilir. Hasta sigara kullanıyorsa, diabetes mellitus, pıhtılaşma bozukluğu, obezite gibi kronik hastalığı varsa mikrocerrahi tekniklerden uzaklaşıp diğer rekonstrüksiyon seçenekleri değerlendirilmelidir (18).

OTOLOG TABANLI REKONSTRÜKSİYON

Bu yöntem hastanın kendi dokularını kullanır ve çeşitli teknikler içerir. En

sık kullanılan donör saha alt abdomen ve sırt bölgesidir. Abdominal donör sahada pediküllü (TRAM flebi) yada serbest (serbest TRAM, derin inferior epigastrik perforatör (DIEP) ve yüzeysel inferior epigastrik arter (SIEA)) flep seçenekleri bulunmaktadır. Dorsal donör sahada ise LD flebi kullanılır (19). Bahsedilen donör sahaların elverişsiz olduğu durumlarda mikrocerrahi kullanılarak gluteus maksimus muskükutan flebi, superior gluteal arter perforatör (SGAP) flebi, lateral uyluk serbest flebi de kullanılabilir.

Bu yöntemin en büyük avantajı pitotik, yumuşak, sıcak ve daha simetrik bir meme elde edilmesidir (19). Fakat ameliyat ve iyileşme süreleri çok uzun, flep ve donör saha açısından komplikasyon riski daha yüksektir.

İMLANT TABANLI REKONSTRÜKSİYON

Bu tip rekonstrüksiyon doku genişleticiler ve serum fizyolojik ya da silikon jel içeren implantlarla meme kontürünün yeniden oluşturulmasına dayanır. Ameliyat öncesi hastayla protez tipi ve vücut boyutlarıyla orantılı uygun ölçüde protez seçimi yapılmalıdır. En iyi sonuçlara orta büyüklükte memeleri olan, minimal pitozu olan ve materyali örtecek sağlıklı cilt ve cilt altı doku bulunduran hastalarda ulaşılır(Şekil 1). Memeleri daha büyük ve pitotik olan hastalarda simetriyi sağlamak için küçültme mamoplastisi veya mastopeksi düşünülebilir. RT almış veya alacak olan hastalar implantlı rekonstrüksiyon için uygun aday değildirler. Kapsül kontraktürü, implant ekspozisyonu, enfeksiyon, flep nekrozu gibi ciddi komplikasyonlarla karşılaşabilirler (20).

İmplantla rekonstrüksiyon tek ya da iki aşamalı olarak uygulanabilir. (Şekil 2-3)Tek aşamalı rekonstrüksiyonda kalıcı veya hacmi ayarlanabilir implantlar kullanılır. Bu teknik için en iyi aday meme hacmi küçük ve minimal pitozlu veya hiç pitozu olmayan hastalardır.

Hacmi ayarlanabilen implant kullanımının kalıcı implanta göre avantajı ameliyat sonrası yavaşça şişirilerek istenilen hacme ulaşması,

flep dolaşımını bu nedenle erken dönemde sıkıntıya sokmamasıdır(21).

İki aşamalı rekonstrüksiyon genelde mastektomi sonrası dokuların yetersiz olduğu ve istenilen hacme tek aşamada ulaşamayacak durumlarda tercih edilir. Birinci operasyonda kas altına hazırlanmış cep içine doku genişletici yerleştirilir. İlerleyen haftalarda serum fizyolojik ile periyodik aralıklarla şişirilen ve üzerindeki cildi genişleten doku genişletici ikinci bir operasyonla kalıcı implant ile değiştirilir. Başlıca komplikasyonları hematoma, seroma, implant ekspozisyonu, enfeksiyon, protez rüptürü ve kapsül kontraktürüdür (21,22).

SONUÇ

Onkolojik cerrah, onkologlar ile plastik cerrahlar arasında profilaktik mastektomi ve rekonstrüksiyonuna bakış açılarında ciddi farklılıklar bulunmaktadır. Kanserden kurtulma olarak görülen bu yöntemde plastik cerrahlar estetik bakış açısını da katmışlar ve memeye tekrar şekil vererek hastanın hayat kalitesini de arttırmaya gayret etmişlerdir.

Plastik cerraha göre profilaktik mastektomi ve rekonstrüksiyon yöntemleri açısından iyi, kötü ya da yüksek riskli adaylar mevcuttur. Buna göre doğru prosedürü seçmek ve komplikasyonları azaltmak için meme büyüklüğü, eski skarlar, hastanın kilosu, donör sahanın yeterli olup olmadığı, hastanın operasyon sonrası istediği meme hacmi, hastanın genel olarak cerrahla uyumu ve genel sağlık durumu cerrah tarafından itinayla gözden geçirilmelidir.

Profilaktik mastektomiyi yapan onkolojik cerrah ve plastik cerrah uyum içinde çalışmalı; rekonstrüksiyon için olabildiğince cilt; implant için de yeterli kalınlıkta cilt flepleri bırakılması, uygunsa NAK'ın ve meme alt kıvrımının korunması sağlanmalıdır.

Preoperatif üzerinde durulması gereken başlıca konu implant veya otolog dokularla rekonstrüksiyonun kararıdır. Dünyada kabul gören altın standart yöntem otolog dokularla meme rekonstrüksiyonu olsa da klinik deneyimlerimiz profilaktik

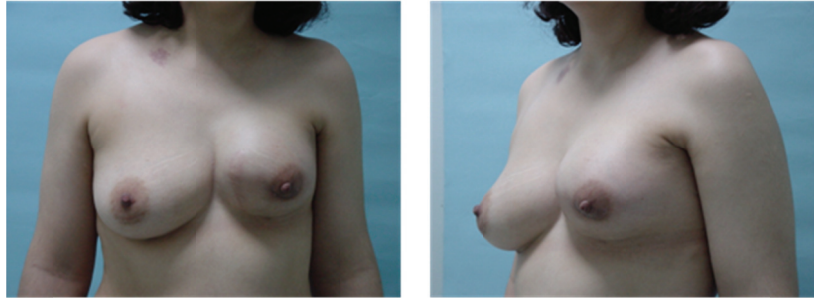
mastektomi gibi elektif bir operasyon geçiren hastalarda implant ile rekonstrüksiyonun ilk seçenek olarak düşünülmesi gerektiğini göstermektedir. Çünkü yaşça daha küçük olan bu hastalar ortada kanser yokken vücutlarında oluşacak ve onlarla yaşayacak ek bir skar düşüncesine hazır olmamakla beraber

vücutlarından bir parçanın daha alınması fikrine sıcak bakmamakta ve uzun süren ameliyatları kabul etmemektedirler. Çoğunlukla bu hastalar vücutça daha zayıf kişilerdir ve otolog doku ile rekonstrüksiyon için yeterli donör sahaya da sahip değildirler. Otolog dokularla rekonstrüksiyon memesi büyük ve/ya

kilolu hastalarda tercih edilmeli, ileride bu dokuların başka amaçlarla rekonstrüksiyonda kullanılabileceği unutulmamalı; otolog dokuyla rekonstrüksiyon için yeterli endikasyon oluşturulmadıysa hastanın bu şansı saklanmalıdır.



Şekil 1a-1b: Sol profilaktik mastektomi yapılan hastanın rekonstrüksiyon öncesi görünümü



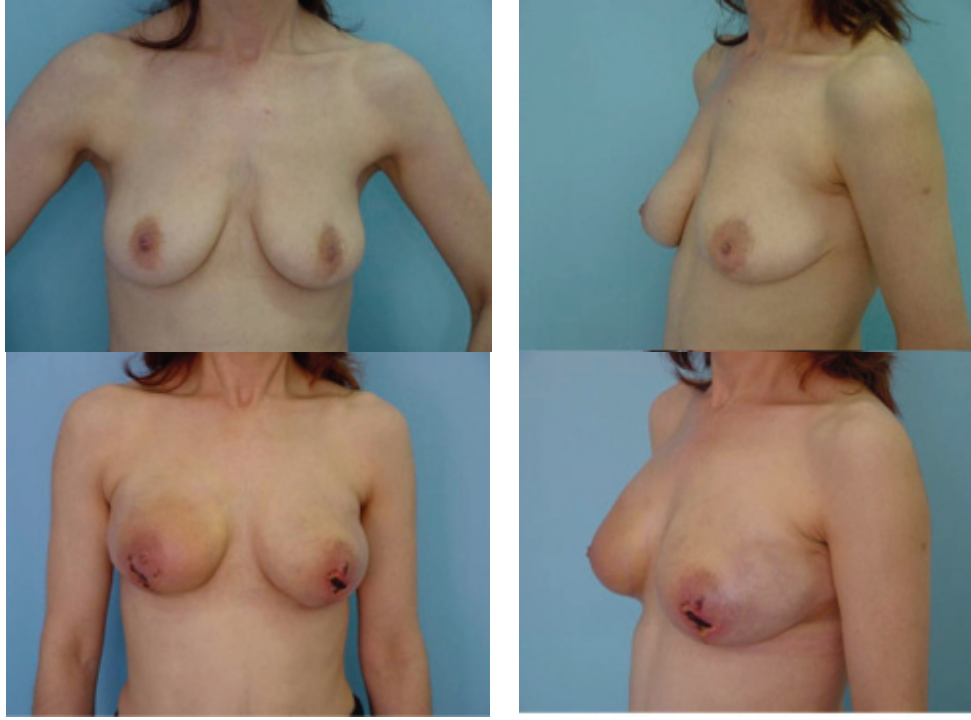
Şekil 1c-1d: Hastanın sol taraflı silikon protez ile rekonstrüksiyonu saonrası postoperatif 6. Ay görünümü. Hasta sağ tarafta simetriyi sağlayıcı herhangi bir müdahaleyi kabul etmedi



Şekil 2a-2b-2c: Sol taraflı mastektomi geçirmiş ve doku genişletici uygulanmış hastanın sol tarafa silikon protez yerleştirilmesi öncesi preoperatif görünümü.



Şekil 2d-2e-2f: Aynı hastanın 1 yıl sonra sağ taraflı profilaktik mastektomisini takiben implantla rekonstrüksiyonunun postoperatif 1. Yıl implantla rekonstrüksiyonu .



Şekil 3: Bilateral profilaktik mastektomi geçiren hastaya silikon implantla rekonstrüksiyon yapıldı. Sigara kullanan hastada yara iyileşme sorunları yaşandı

KAYNAKLAR

1. Greenlee RT, Hill-Harmon MB, Murray T, et al. Cancer statistics. CA: A Cancer Journal for Clinicians 2001; 51: 15–36.
2. Van Sprundel TC, Schmidt MK, Rookus MA, et al. Risk reduction of contralateral breast cancer and survival after contralateral prophylactic mastectomy in BRCA1 or BRCA 2 mutation carriers. Br J Cancer. 2005; 93: 287-292.
3. McDonnell SK, Schaid DJ, Myers JL, et al. Efficacy of contralateral prophylactic mastectomy in women with a personal and family history of breast cancer. J Clin Oncol. 2001; 19: 3938-3943.
4. Penisi, V.R., Capozzi, A. Subcutaneous mastectomy data: Final statistical analysis. Aesth Plast Surg 1989; 13: 15
5. American Cancer Society. Breast Cancer Facts & Figures 2009-2010. Atlanta: American Cancer Society, Inc.
6. McPherson, K., Steel, G.M., Dixon, J.M. ABC of breast diseases: Breast cancer-Epidemiology, risk factors, and genetics. B.M.J. 2000; 321: 624.
7. Armstrong, K., Eisen, A., Weber, B. Assessing the risk of breast cancer. N Engl.J.Med 2000; 342: 564.
8. Carlson GW. Skin sparing mastectomy: anatomic and technical considerations. Am Surg 1996; 62: 151-155.
9. Shrotria S. The peri-areolar incision—gateway to the breast Eur J Surg Oncol 2001; 27: 601–603.
10. Singletary SE, Robb GL. Oncologic safety of skin-sparing mastectomy. Ann Surg Oncol 2003; 10: 95-97.
11. Cense HA, Rutgers EJ, Lopes Cardozo M, et al. Nipplesparing mastectomy in breast cancer: a viable option? Eur J Surg Oncol 2001; 27: 521-526.
12. Gerber B, Krause A, Reimer T, et al. Skin-sparing mastectomy with conservation of the nipple-areola complex and autologous reconstruction is an oncologically safe procedure. Ann Surg 2003; 238: 120-127.
13. Simmons RM, Brennan M, Christos P, et al. Analysis of nipple/areolar involvement with mastectomy: can the areola be preserved? Ann Surg Oncol 2002; 9: 165-168.
14. Hunt KK, Baldwin BJ, Strom EA, et al. Feasibility of postmastectomy radiation therapy after TRAM flap breast reconstruction. Ann Surg Oncol 1997; 4: 377-384.
15. Evans GR, Schusterman MA, Kroll SS, et al. Reconstruction and the radiated breast: is there a role for implants? Plast Reconstr Surg 1995; 96: 1111-1115.
16. Hartmann; L., Schaid, D.J., Woods, j., et al. Efficacy of bilateral prophylactic mastectomy in women with family history of breast cancer. N.Engl. J. Med 1999; 340: 77.
17. Spear, S.L., Carter, M.E., Schwarz, K. Prophylactic Mastectomy: Indications, options, and reconstructive alternatives Plast Reconstr Surg 2005; 115: 3.
18. Marin-Gutzke, M., Sanchez-Olaso, A. Reconstructive surgery in young women with breast cancer. Breast Cancer Res Treat 2010; 123: 67-74.
19. Tachi, M., Atsushi, Y. Int J Clin Oncol 2005; 10: 289–297
20. Fodor J., Gulyás G., Polgár C., et al. Radiotherapy and breast reconstruction: the issue of compatibility. Orv Hetil. 2003; 144: 549-555.
21. Spear, SL., Mesbahi, AN. Implant based reconstruction. Clin Plast Surg 2007; 34: 63-73.
22. Reavey ,P., McCarthy CM. Update on breast reconstruction in breast cancer. Curr Opin Obstet Gynecol 2008; 20: 61-67.

