

PROFİLAKTİK MASTEKTOMİ VE ÇİFT TARAFLI MEME ONARIMI: KLİNİK DENEYİM

PROPHYLACTIC MASTECTOMY AND BILATERAL BREAST RECONSTRUCTION:
CLINICAL EXPERIENCE

Sühan Ayhan, İsmail Küçüker, Serhan Tuncer, Onur Çukurluoğlu, Şafak Uygur

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Anabilim Dalı ANKARA

ÖZET

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanserdir. Pozitif aile öyküsü, bilinen genetik mutasyon veya duktal atipi varlığında meme kanseri gelişme riski artmaktadır. Bu hastalarda, kanser oluşumunu önleyen en etkili tedavi seçeneği, profilaktik (koruyucu) mastektomidir. Koruyucu mastektomi sonrasında en uygun onarım eş zamanlı onarımdır. Bu onarımlarda hastanın beden imge algısındaki değişiklikler en aza inmekte, ikincil bir cerrahi travma ortadan kalkmaktadır. Meme onarımı için kliniğimizde en çok tercih edilen yöntem otojen (öz-doku) onarımlardır. Öz-dokuyla onarımlarda yumuşak ve doğal bir meme yapısı oluşturulmakta, zaman içinde daha az şekil kaybı görülmektedir. Kliniğimizde 2001-2009 tarihleri arasında 21 hastaya, onaltısında koruyucu mastektomi sonrasında olmak üzere 42 fleple çift taraflı meme onarımı yapıldı. Koruyucu mastektomiler meme başı areola bileşkesi çıkarıldıktan sonra subkutan mastektomi şeklinde gerçekleştirildi. Onsekiz hastada 36 serbest doku aktarımı, üç hastada altı pediküllü doku aktarımı gerçekleştirildi. En sık tercih edilen flep, 18 hastada uygulanan 30 derin inferior epigastrik arter perforatör (DİEAP) flebiydi. Öz-dokuyla yapılan onarımlarda başarı oranı %95,2 (40/42 flep), ciddi komplikasyon oranı %4,8 (flep kaybı), hafif komplikasyon oranıysa %14 (umbilikus nekrozu, mastektomi flebinde kısmi nekroz, karında bombeleşme, karın yara yeri nekrozu) olarak saptandı. Daha iyi simetri amacıyla beş hastaya skar revizyonu, yağ enjeksiyonu, flep altına implant yerleştirilmesi gibi ikincil düzeltmeler yapıldı. On hastada meme başı areola bileşkesinin onarımı tamamlandı.

Sonuç olarak etkin tanı yöntemlerine bağlı olarak koruyucu mastektomiler giderek artmaktadır. Mastektomi sonrasında eş zamanlı meme onarımı beden imge algısını bozmaması, ikincil bir travmayı ortadan kaldırması ve uzun dönemde daha güvenilir olması nedeniyle bölümümüzde en sık tercih edilen yöntemdir.

ABSTRACT

Breast cancer is the most common cancer among women. Positive family history, genetic mutation or ductal changes increase the risk of breast cancer. Prophylactic mastectomy is the most effective treatment to avoid the breast cancer. After prophylactic mastectomy, most appropriate treatment is the immediate reconstruction. Immediate reconstruction prevents secondary trauma and body image disorder. The most common reconstructive technique in our clinic after prophylactic mastectomy is reconstruction with autogenous tissues. Autogenous reconstructions will serve softer and natural looking breast and suffer less deformations within time and radiotherapy. Between 2001 and 2008, 21 patients were treated with bilateral breast reconstruction, 18 of which underwent prophylactic mastectomy. All mastectomies were subcutaneous mastectomies including nipple areola complex. Eighteen patients were treated with free tissue transfer, whereas three were pedicled. The most preferred free tissue transfer was deep inferior epigastric artery perforator flap (30/36 flap). Total success rate was 95.2% (40/42). Two flaps were lost due to vascular complications (4.8%). Minor complications were seen in 14 %of patients including umbilicus necrosis, abdominal flap necrosis, mastectomy flap necrosis, abdominal laxity. For better symmetry secondary revisions like fat grafting, scar revisions, silicone implants were done in five patients. Reconstruction of nipple areola complex was completed in ten patients.

In conclusion, as the risks groups of breast cancer is well understood, prophylactic mastectomy indications increase. As the immediate reconstruction with autogenous tissues reduces the body image disorder and additional trauma; it is the most common treatment option after prophylactic mastectomy in our clinic.

GİRİŞ

Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanserdir. Amerikan Kanser Derneğinin 2005 yılında yayınladığı genelgede 85 yaşına ulaşan her sekiz kadından birinin (%13,4) meme kanserine yakalandığı belirtilmektedir. Ailede meme veya over kanseri varlığı veya erken yaşta meme kanserine yakalanan bir akrabanın olması, bilinen BRCA-1, BRCA-2 mutasyonu, hastada atipik veya duktal hi-

perplazinin varlığı meme kanseri riskini arttırmakta; dolayısıyla bu hastalarda hekimleri kanser oluşum riskini azaltmaya yönelik birtakım önlemler almaya imtedir.^{1,2}

Artmış risk grubundaki hastalarda, meme kanserinden korunma amacıyla kabul gören üç yöntem vardır. Bunlar anti-östrojen tedavisi, koruyucu oofektomi ve koruyucu mastektomidir. Koruyucu mastektomi var olan korunma yolları arasında meme

kanseri oluşma riskini en etkin şekilde azaltan tedavi yöntemidir. Farklı yayınlarda koruyucu mastektominin meme kanserinden koruyuculuğu %85–94,^{3,4} meme başı areola bileşkesinin (MBAB) tutulma oranlarıysa %0 ile %58 arasında değişmektedir.⁵ Farklı dizilerdeki bu geniş aralık sebebi ile MBAB'ın korunup korunmayacağı konusu çok açık değildir.

Koruyucu mastektomi sonrasında hastada aynı oturumda meme onarımı yapılması en uygun seçenektir. Hastanın beden imge algısında yaşayacağı değişiklikler en aza inecek ve hastanın daha sonra ek bir travma yaşamasını ve anestezi ihtiyacını ortadan kaldıracaktır. Koruyucu mastektomi sonrasında meme onarımı seçenekleri oldukça geniş olmakla beraber iki ana grupta toplanabilir. Birinci grup fizyolojik serum⁶ veya silikon implantlarla, ikinci grup ise hastanın kendi dokusu ile gerçekleştirilen onarımlardır. İmplant ile yapılan meme onarımlarının daha kısa ameliyat ve hastanede yatış süresi gibi üstün yanları vardır. Bununla beraber zaman içinde kapsül kontraktürü oluşma riski ve özellikle radyoterapi alan hastalarda doğal görünümün kaybolması, implant ile meme onarımını sınırlayan faktörlerdir.⁷ Hastanın kendi dokusu (öz doku) ile meme onarımı ise daha uzun ameliyat ve hastanede kalış süresine karşın, yumuşak ve doğal bir meme yapısı oluşturmada, zaman içinde daha az şekil kaybına uğramaktadır. Öz-doku ile onarım seçenekleri içinde kliniğimizde en çok kullanılan yöntemler, sırası ile derin inferior epigastrik arter perforatör (DİEAP) flebi, pediküllü ve serbest transvers rektus abdominus kas-deri (TRAM) flebi, serbest süperior gluteal arter perforatör (SGAP) flebi, serbest transverse grasilis kas-deri flebi, pediküllü latissimus dorsi kas deri flebi ve serbest süperfisiyal inferior epigastrik arter (SİEA) flepleridir. Perforatörlere dayanan flepler düşük verici alan morbiditesi ve yüksek güvenilirlikleri nedeniyle birincil tercihimizdir. Özellikle çift taraflı meme onarımı olgularında DİEAP flebi rektus kaslarını korumakta ve aynı zamanda vücut yapısına uygun büyüklükte meme oluşumuna izin verecek yeterli dokuyu sağlamaktadır. Ayrıca çift taraflı olgular tek taraflı olgulara göre daha iyi simetri ve estetik sonuç vermektedir.⁷ Bu çalışmanın amacı tedavi edici ve profilaktik mastektomi sonrası çift taraflı meme onarımı yapılan olguları sunmak ve bu olgulardaki klinik deneyimlerimizi aktarmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kasım 2001 ile Temmuz 2009 tarihleri arasında 21 hastaya 42 flep ile çift taraflı meme onarımı yapıldı. Cerrahi öncesinde tüm hastalar internal meme damar (İMD) çaplarının ve derin inferiyör epigastrik arter perforatörlerinin yerleşimlerinin belirlenmesi amacıyla renkli Doppler ultrason ile incelendi.

Hastaların %52'sinin (11 hasta) radyoterapi (RT), %64'ünün (13 hasta) ise kemoterapi (KT) al-

mış olduğu belirlendi. Yirmi hastanın 17'sinde profilaktik mastektomi sonrası eş zamanlı onarım yapıldı. Tüm hastalarda profilaktik mastektomi kararı, Medikal Onkoloji Uzmanı, Genel Cerrah Uzmanı, Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Uzmanının ortak önerileri ile risklerin hastaya sunulmasıyla, hastanın onayı sonrasında alındı. Bu hastaların 14'ünde daha önce tek taraflı tedavi edici mastektomi yapılmıştı. Üç hastaya ise çift taraflı profilaktik mastektomi sonrasında eş zamanlı onarım yapıldı (Tablo 1). Geriye kalan dört hastanın birinde çift taraflı tedavi

Tablo 1: Profilaktik Mastektomi ve Onarım Zamanlaması

Profilaktik mastektomi sonrası eş zamanlı onarım	17
Tek taraflı	14
Çift taraflı	3
Bilateral mastektomi sonrası geç onarım	1
İmplantlarla başarısız onarım sonrası geç onarım	3
Tek taraflı	1
Çift taraflı	2
TOPLAM	21

edici mastektomi sonrasında geç onarım yapılırken, üç hastaya implant ile başarısız onarım sonrası geç dönemde öz doku ile onarım yapıldı. Tüm koruyucu mastektomiler subkutan, deri koruyucu mastektomi şeklinde yapıldı ve tüm olgularda MBAB çıkarıldı. En erken gecikmiş onarım mastektomi sonrası üçüncü ayda, en geç onarım ise mastektomi sonrası sekizinci yılda yapıldı.

Onsekiz hastada 36 serbest doku aktarımı, üç hastada altı pediküllü doku aktarımı olmak üzere 21 hastada 42 flep aktarımı gerçekleştirildi (Tablo 2). En sık tercih edilen onarım yöntemi 18 hastada uygulanan 30 derin inferior epigastrik arter perforatör (DİEAP) flebiydi. Diğer flepler sırası ile dört hastada beş serbest transvers rektus abdominus kas (TRAM) flebi, bir hastada bir serbest transvers grasilis kas-deri (TMG) flebi, iki hastada iki taraflı pediküllü TRAM ve bir hastada iki taraflı pediküllü latissimus dorsi (LD) kas deri flebiydi. Mikrocerrahi ile yapılan tüm onarımlarda iki takım olarak çalışıldı. Birinci takım alıcı damar olarak üçüncü interkostal

Tablo 2: Flep seçenekleri

	Hasta	Flep
Serbest flep ile onarım	18	36
DİEAP	17	30
Serbest TRAM	4	5
Serbest TMG	1	1
Pediküllü flep ile onarım	3	6
Pediküllü TRAM	2	4
LD kas-deri flebi + Protez	1	2
TOPLAM	21	42

aralıkta internal meme damarlarını (İMD) hazırlarken, diğer ekip karın ön duvarında flep diseksiyonunu gerçekleştirdi. Hastalarda süperfisiyal inferiyor epigastrik venin korunmasına olası venöz yetmezliklerde kullanılabilmesi için özen gösterildi.

SONUÇLAR

Ameliyat süreleri serbest fleplerle yapılan onarımlarda ortalama 10,5 saat, pediküllü fleplerle yapılan onarımlarda ise 7,5 saat olarak gerçekleşti. Hastanede yatış süreleri dört ile sekiz gün arasında olup ortalama 6,7 gün olarak belirlendi.

Öz-doku ile yapılan onarımlarda başarı oranı %95,2 (40/42 flep), (Şekil 1-3) ciddi komplikasyon oranı %4,8 (2/42 flep kaybı), hafif komplikasyon oranı ise %14 (6/42) olarak saptandı (Tablo 3). Flep kaybı ve sistemik komplikasyonlar ciddi komplikasyon olarak nitelendirilirken, yara komplikasyonları, umbilikus nekrozu, karın duvarında bombeleşme gibi sorunlar hafif komplikasyon olarak ele alındı. Çalışmaya dahil edilen hastaların dördünün flebinde ameliyat sonrası erken dönemde dolaşım sorunu saptandı ve damar anastomozları yenilendi. Ancak revizyona rağmen bir hastada arteriyel, bir hastada ise venöz yetmezliğe bağlı tek taraflı flep kaybı yaşandı. Bu iki hastadaki flep kayıpları ciddi komplikasyon olarak değerlendirildi. Hafif komplikasyon olarak ise iki hastada mastektomi flebinde (Şekil 4), iki hastada karın flebinde kısmi nekrozlar görüldü. Mastektomi fleplerindeki nekrozlar ikincil olarak iyileşti. Karın flebinde nekroz olan hastalardan birinde

Tablo 3: Komplikasyonlar

Tablo 3: Komplikasyonlar	
Ciddi komplikasyonlar	2
Arteriyel yetmezliğe bağlı flep kaybı	1
Venöz yetmezliğe bağlı flep kaybı	1
Hafif komplikasyonlar	6
Deri koruyucu mastektomi flebinde kısmi nekroz	2
Çift taraflı pediküllü olguda karında bombeleşme	1
Karın flebinde kısmi nekroz	2
Umbilikus nekrozu	1



Şekil 1: Sağ memeye eş zamanlı, sol memeye geçikmiş olarak bilateral DIEP flebi ile meme onarımı sonrası 4. yıl sonucu



Şekil 2: Sağ memeye eş zamanlı, sol memeye geçikmiş olarak bilateral DIEP flebi ile meme onarımı sonrası 2. yıl sonucu



Şekil 3: Sağ memeye eş zamanlı, sol memeye geçikmiş olarak bilateral serbest TRAM flebi ile meme onarımı sonrası 1. yıl sonucu



Şekil 4: Mastektomi flebinde kısmi nekroz sonrası ikincil iyileşme



Şekil 5: Bilateral Pediküllü TRAM ile onarım sonrasında karında bombeleşme

debridman ve primer onarım uygulandı; diğeri ikincil iyileşmeye bırakıldı. Pediküllü TRAM ile çift taraflı rekonstrüksiyon yapılan bir hastada uzun dönemde karında bombeleşme görüldü (Şekil 5). Bir hastada ise TRAM sonrası rektus fasyasını desteklemek amaçlı konulan polipropilen yamayı sabitleyen di-

kişilerin birinin umbilikusu boğması sonrasında umbilikus nekrozu görüldü. Hastaya umbilikus onarımı önerilmesine karşın hasta tedaviyi kabul etmedi.

Daha iyi simetri sağlamak amacıyla beş hasta-ya daha sonraki bir oturumda skar revizyonu, yağ enjeksiyonu, flep altına implant yerleştirilmesi gibi ikincil düzeltmeler yapıldı. On hastada ise meme başı areola bileşkesinin onarımı tamamlandı.

TARTIŞMA

Kadınlarda görülme sıklığı açısından birinci sırada yer alan meme kanseri toplum sağlığını etkileyen önemli hastalıklardan birisidir. Pozitif aile öyküsünün (ailede meme veya over kanseri varlığı, erken yaşta meme kanserine yakalanan akraba varlığı), bilinen BRCA-1, BRCA-2 mutasyonunun, mevcut atipik veya duktal hiperplazinin, meme kanseri riskini artırdığı bugün çok iyi bilinmekte; dolayısıyla bu hastalarda meme kanseri gelişmeden önce alınabilecek önlemler giderek daha çok önem kazanmaktadır.^{1,2} BRCA mutasyonu olan bir kadının meme kanserine yakalanma riski 30 yaşında yaklaşık %30 olmakta ve bu 50 yaşına kadar her yıl %2, 50 yaş sonrasında her yıl %1 artarak 70 yaşında yaklaşık %85-90'a ulaşmaktadır.⁸ Klinik çalışmamızda çift taraflı koruyucu mastektomi yapılan 3 hastalarımızdan bir tanesinde saptanan BRCA gen mutasyonu sonrasında mastektomi kararı alınmıştır.

Anti-östrojen tedavinin (Tamoxifen), gerek preadjuvan, gerekse adjuvan kullanıldığı durumlarda meme kanseri oluşma riskini azalttığı ve hastalısız geçen süreyi artırdığı bildirilmiştir.⁹ Profilaktik salphingo-oferoktominin BRCA gen mutasyonu olan kadınlarda meme kanseri oluşma riskini %53-68 oranında azalttığı görülmüştür.¹⁰⁻¹²

DuPont ve Page tarafından yapılan bir çalışmada aile hikayesi pozitif olan bir hastada, alınan biyopsilerde atipik hiperplazi bulunmasının kanser riskini 11 kat artırdığı gösterilmiştir.¹³ Skolnik ve arkadaşlarının dört kadrandan biyopsiler alarak yaptıkları çalışmada ailesinde meme kanseri hikayesi olan kadınlarda atipik duktal hiperplazinin kontrol grubundaki hastalara oranla 3 kat yüksek olduğu bildirilmiştir.¹⁴

Koruyucu mastektomi, meme kanserinden korunma yolları arasında en etkin yöntemdir. Koruyucu mastektominin meme kanserinden koruyuculuğu çeşitli yayınlarda 10 yıllık takiplerde %85-94 arasında değişmektedir.^{3,4} Koruyucu mastektomi endikasyonları giderek daha iyi anlaşılma-beraber (Tablo 4), yapılacak mastektomide mastektomi fleplerinin derisinin ve-veya meme başı-areola bileşkesinin (MBAB) korunup korunmayacağı konusunda tartışmalar sürmektedir. Basit mastektomide pektoral kas fasyası üzerinden MBAB dahil tüm meme do-

Tablo 4: Koruyucu Mastektomi Endikasyonları

Güçlü aile hikâyesi	50 yaşından önce meme kanserine yakalanan anne, kız kardeş veya kız çocuğu
BRCA 1 veya BRCA 2 gen mutasyonu	
Geçirilmiş meme kanseri hikâyesi	
Lobüler karsinoma insitu tanısı almış olmak	İnvasiv meme kanseri riski artar
30 yaşından önce göğüs bölgesine ışın tedavisi almış olmak	
Meme dokusunda yaygın mikrokalsifikasyon odakları	Çok odakta mikrokalsifikasyon varlığında çoklu biopsiler yerine hastanın isteği, hekimin takiplerde güçlük önerisiyle koruyucu mastektomi planlanabilir

kusunun yaklaşık %95-99'u çıkarılmaktadır. Deri koruyucu mastektomi ise gerek areola çevresi, gerek meme altı kesisi ile yapılabilmekte ve meme dokusunun %90-95'i çıkarılmaktadır. MBAB'nin çeşitli serilerde tutulma oranları %0 ile %58 arasında değişmektedir.⁵ Farklı serilerdeki bu geniş aralık sebebi ile MBAB'nin korunup korunmayacağı konusunda bir kesinlik yoktur. Amy K. ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları çalışmada belirledikleri NICAS skorunun, MBAB'nin tutulumunu göstermede duyarlılığının %92, özgünlüğünün %76, negatif tahmini değerinin ise %93 olduğu bildirmişlerdir.⁵ Bu skora göre 1 cm'den küçük ve evresi 2B'den daha düşük tümörlerde MBAB'nin tutulma riski azalmaktadır. Ayrıca tümörün meme başına uzaklığı arttıkça MBAB'nin tutulma riski azalmaktadır. Ancak bu çalışmadaki skorun sadece 31 hastanın değerlendirilmesi ile oluşturulması bu skorun güvenilirliğini azaltmaktadır.⁵

Deri koruyucu mastektomi sonrasında MBAB, aksiller kuyruk ve deri fleplerinin altında %5-10 arasında meme dokusu kalmaktadır. Deri flepleri ne kadar ince kaldırılırsa geriye kalan doku miktarı o kadar az olmakta; ancak ince kaldırılan fleplerde epidermoliz ve nekroz görülme olasılığı da artmaktadır. Farklı serilerde mastektomi sonrası deri flebi nekrozu %5-15 arasında değişmektedir.^{6,15} Bizim deneyimlerimizde mastektomi flep nekrozu yirmi profilaktik, iki tedavi edici mastektomi flebinin iki-sinde (%9,1) karşımıza çıkmış olup bu değer literatürdeki oranlarla benzerlik göstermiştir.

Çalışmamızda tüm koruyucu mastektomiler deri koruyucu mastektomi şeklinde gerçekleştirilmiş olup MBAB'nin korunmasının güvenilirliği literatürde net olmaması sebebiyle MBAB çıkarılan dokuya dahil edilmiştir. Koruyucu mastektomiler, tüm hastalarda güçlü aile hikayelerinin yanında, biopsi ile kanıtlanmış duktal atipi veya mamografilerinde yoğun mikrokalsifikasyonlar saptanması sonrasında hastaların kendi talepleri ile Genel Cerrahi ve Medikal Onkoloji bölümlerinin de önerileri alınarak tarafımızdan veya Genel Cerrahi ekibince gerçekleştirilmiştir.

Koruyucu mastektomi sonrasında hastanın memesinin aynı seansta onarılması en uygun seçenektir. Hastanın yaşayacağı beden imge algısı bozukluğu en aza inmekte ve daha sonraki aşamada ek bir travma ve anestezi ihtiyacını ortadan kalkmaktadır. Kelly ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, 1991–2000 yılları arasında koruyucu mastektomi yapılan 122 hastanın 73 tanesine (%59,8) meme onarımı yapıldığını ve ulaşılabilen 37 hastanın %70,3'ünün operasyonun sonucunda tatmin oldum şeklinde görüş bildirdiğini belirtmişlerdir.¹⁶ Ayrıca bu çalışmada hastaların rekonstrüksiyonlarının implant (19 hasta) ya da TRAM flep (18 hasta) ile yapılmasının veya mastektominin, deri koruyucu olup olmasının hastaların tatmin derecelerini anlamlı olarak etkilemedikleri belirtilmiştir. Diğer bir çalışmada, eş zamanlı çift taraflı serbest TRAM flebiyle yapılan onarımlarda hastaların %91'nin ameliyat sonuçlarından çok memnun olduğu, %20'sinin cinsel hayatında, %30'unun sosyal hayatında, %50'sinin genel yaşam konforunda artış olduğu saptanmıştır.¹⁷ Yaptığımız klinik vakalarda hastalara genel yaşam konforları ve tatmin dereceleri hakkında bir anket uyguladığımız için bu konularda herhangi bir karşılaştırma yapılamamıştır.

Koruyucu mastektomi sonrasında rekonstrüksiyon seçenekleri oldukça geniş olmakla beraber iki ana grupta toplanabilmektedir. Birinci grup fizyolojik serum⁶ veya silikon implantlarla, ikinci grup ise öz doku ile gerçekleştirilen onarımlardır.

Özdoku ile meme onarımı için kullanılacak seçenekler arasında DİEAP flebi, serbest veya pediküllü TRAM flebi, latissimus Dorsi kas deri flebi, süperior gluteal arter perforatör (SGAP) flebi sayılabilir.^{7,17-21} Protez ile meme onarımı kolayca uygulanabilir olmasına karşın özellikle RT alacak hastalarda yapısal ve çevresel değişikliklere uğramakta ve zaman içinde değişime veya çıkarılmaya ihtiyaç duyabilmektedir.^{22,23} Klinik deneyimlerimizde çift taraflı onarım yaptığımız 21 hastanın üçünün daha önce silikon implant ile başarısız bir onarım yaşadığı da görülmektedir.

Özdoku ile meme onarımında, pediküllü TRAM flebinin kullanımı en geleneksel yöntem olmasına karşın kronik obstrüktif akciğer hastalığı, diyabet, obezite, sigara kullanımı flebin kullanılabilirliğini azaltan faktörlerdir. Bununla beraber çalışmamızda çift taraflı rektus kası kullanarak yaptığımız rekonstrüksiyon sonrasında karın ön duvarında bombeleşme olması bizim bu flebi iki taraflı kaldırma konusundaki endişelerimizi arttırmıştır (Şekil 5).

DİEAP flebiyle yapılan rekonstrüksiyonlarda ise fasya ve musküler sistem korunmakta ve donör saha morbiditesi azaltılmaktadır. Bunun yanında estetik sonuçların uzun dönemde dahi oldukça başarılı

olduğu görülmektedir⁷ (Şekil 1). Flep tek bir perforatör üzerinde güvenle kaldırılmakta ve rektus fasiyasında yapılan kesi primer onarılabilir. Herni oluşma riski TRAM ile karşılaştırıldığında oldukça düşüktür.⁷ Blondeel ve arkadaşları yaptıkları çalışmada serbest TRAM ile meme rekonstrüksiyonu yapılan olgularda DİEAP flebi ile rekonstrüksiyon yapılan olgulara göre erken dönemde karında ağrının ve hastanede kalış süresinin arttığını, uzun dönemde ise karındaki fleksiyon gücünün istatistiksel olarak anlamlı ölçüde azaldığını göstermişlerdir²². DİEAP flebinin, protez onarımıyla karşılaştırıldığında en önemli avantajı ise daha kolay şekil verilebilmesi ve uzun dönemde daha az deformasyona uğramasıdır. Çalışmamızda DİEAP flebi ile gerçekleştirdiğimiz onarımlar incelendiğinde rektus kası veya fasyası ile ilgili bir komplikasyon görülmemiştir.

Otuzaltı serbest flep ile yapılan onarımlarımızın başarısı %94,5 olarak belirlendi. Genel komplikasyon oranımız incelendiği zaman bulunan %38'lik (%9,5 majör, %28,5 minör) değer literatür ile karşılaştırıldığı zaman kabul edilebilir olarak değerlendirildi. Nitekim Guerra ve arkadaşlarının 140 hastada 280 DİEAP flebi ile yaptıkları rekonstrüksiyonlarda da %36'lık bir komplikasyon oranı bildirilmiştir.⁷

Majör komplikasyon olarak değerlendirilen iki olguda, biri arteriyel diğeri venöz yetmezlikten olmak üzere, tek taraflı flep kayıpları görüldü. Venöz yetmezliğe bağlı flep kaybı olan hastada bilinen tek risk faktörü hastanın RT almış olmasıydı. Arteriyel yetmezliğe bağlı flep kaybı olan hastada ise saptanmış bir risk faktörü yoktu.

Minör komplikasyon olarak nitelendirilen olgular değerlendirildiğinde ise, çift taraflı pediküllü TRAM ile meme rekonstrüksiyonu yapılan hastamızda meydana gelen karında bombeleşmenin diğer olgularımızda görülmemesi bizi çift taraflı olgularda her iki rektus kasının kullanılmasının uygun olmayacağı düşüncesine yönlendirdi. Tek taraflı DİEAP flebi ve diğer tarafa serbest TRAM flebi kullanılarak gerçekleştirilen rekonstrüksiyon sonrasında görülen umblikus nekrozu ise teknik bir hata sonucu umblikusun fasya dikişleri tarafından boğulması sonrasında gerçekleşti. Karın ve meme fleplerinde kısmi nekroz görülen hastaların ise yoğun sigara içicisi olduğu dikkat çekiciydi. Yirmi iki mastektomi flebinin ikisinde görülen mastektomi flep nekrozu tüm olguların %9,1'ini (1/14 hasta) oluşturmaktaydı ve bu oran literatürde belirtilen deri koruyucu mastektomi sonrasında %5-15 civarındaki flep nekroz oranları ile paralellik göstermekteydi.^{6,15} Karın flebinde meydana gelen nekroz literatürde %4,2 olarak bildirilmiş olup bizim çalışmamızda %10 (2/20) olarak belirlenmiştir.⁷ Hiçbir hastamızda hematoma, seroma, yara yeri enfeksiyonu gibi komplikasyonlar görülmemiştir. Bir hastamızda ameliyat esnasında tekrarlayan arteriyel

trombozlar ve uzayan cerrahi süresine bağlı implant ile rekonstrüksiyona geçilmiş ve bu hasta çalışma dışı bırakılmıştır.

Hastanın kendi dokusuyla gerçekleştirilen meme onarımları daha doğal bir meme dokusu sağlamakta, daha kolay şekillendirilebilmekte ve zaman içinde daha az şekil kaybına uğramaktadır. Bununla beraber protez ile onarımlarla karşılaştırıldığında, özdokeyla onarımların bazı dezavantajları olduğu da unutulmamalıdır. Bunlar uzun ameliyat süresi, cerrahi ekipman ihtiyacı, verici alan morbiditesi, uzun hastanede kalış süresi, serbest fleplerle yapılan onarımlarda yetmişmiş eleman ihtiyacı olarak özetlenebilir.

Sonuç olarak meme kanseri için yüksek risk taşıyanlar kişilerde profilaktik mastektomi yapılması yüksek oranda koruyuculuk sağlamaktadır. Gerek tedavi edici, gerek profilaktik mastektomi sonrası, en iyi seçenek eş zamanlı onarımlardır. Özdokeyla ile onarımların estetik sonuçları iyi, başarı şansları yüksektir. DIEAP flebi güvenilir ve verici saha morbiditesi düşük bir seçenektir. Bununla beraber hastanın beden yapısı ve genel sağlık durumuna göre diğer flep veya protez seçeneklerinin de kullanılabileceği akılda tutulmalıdır.

Dr. Sühan AYHAN
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi A.D.
06500 Beşevler – ANKARA
Tel: 312. 202 64 18, Fax: 312.212 46 47
E-posta: msayhan@gazi.edu.tr

KAYNAKLAR

- Luscher NJ, and Harder F. The difficult choice of surgical procedures for breast cancer prophylaxis. In W. Weber, U. T. Laffer, and M. Durig (Eds.), Hereditary Cancer and Preventive Surgery. Basel: Karger, 1990. Pp. 93-99.
- Klijn JG, Janin N, Cortés-Funes H, Colomer R (1997) Should prophylactic surgery be used in women at high risk of breast cancer? Eur J Cancer 33: 2149–2159
- Hartmann LC, Schaid DJ, Woods JE, et al. Efficacy of bilateral prophylactic mastectomy in women with a family history of breast cancer. N Engl J Med. 1999;340:77–84. 4.
- 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.
- Schechter AK, Freeman MB, Giri D, et al. Applicability of the nipple-areola complex-sparing mastectomy: a prediction model using mammography to estimate risk of nipple-areola complex involvement in breast cancer patients. Ann Plast Surg. 2006 May;56(5):498-504
- Woerdeman LA, Hage JJ, Smeulders MJ, et al. Skin-Sparing Mastectomy and Immediate Breast Reconstruction by Use of Implants: An Assessment of Risk Factors for Complications and Cancer Control in 120 Patients. Plast. Reconstr. Surg. 2006; 118: 321-2
- Guerra AB, Metzinger SE, Bidros RS, Rizzuto RP, Gill PS, Nguyen AH, Dupin CL, Allen RJ. Ann Plast Surg. 2004 Mar;52(3):246-52. Bilateral breast reconstruction with the deep inferior epigastric perforator (DIEP) flap: an experience with 280 flaps
- Ford D, Easton DF, Bishop DT, et al. Risks of cancer in BRCA1 mutation carriers. Lancet. 1994 Mar 19;343(8899):692-5.
- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. Systemic treatment of early breast cancer by hormonal, cytotoxic, or immune therapy. Lancet 1992, 339, I-15.
- Domchek SM, Rebbeck TR. Prophylactic Oophorectomy in Women at Increased Cancer Risk. Curr Opin Obstet Gynecol. 2007 Feb;19(1):27-30.
- Rebbeck TR, Lynch HT, Neuhausen SL, et al. Prophylactic oophorectomy in carriers of BRCA1 or BRCA2 mutations. N Engl J Med 2002;346:1616–1622.
- Kauff ND, Satagopan JM, Robson ME, et al. Risk-reducing salpingo-oophorectomy in women with a BRCA1 or BRCA2 mutation. N Engl J Med 2002;346:1609–1615.
- DuPont WD, Page DL. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. N Eng J Med 1985, 312, 146-151.
- Skolnick MH, Cannon-Albright LA, Goldgar DE. Inheritance of proliferative breast disease in breast cancer kindreds. Science 1990, 52, 1715-1720.
- Contant CM, van Geel AN, van der Holt B, Griep C, et al. Morbidity of immediate breast reconstruction (IBR) after mastectomy by subpectorally placed silicone prosthesis: The adverse effect of radiotherapy. Eur. J. Surg. Oncol. 2000; 26: 344- 50
- Metcalfe KA, Semple JL, Narod SA. Satisfaction with breast reconstruction in women with bilateral prophylactic mastectomy: a descriptive study. Plast Reconstr Surg. 2004 Aug;114(2):360-6.
- Kovacs L, Papadopoulos NA, Ammar SA, et al. Clinical outcome and patients' satisfaction after simultaneous bilateral breast reconstruction with free transverse rectus abdominis muscle (TRAM) flap. Ann Plast Surg. 2004 Sep;53(3):199-204.
- Bains RD, Riaz M, Stanley P. Bilateral free DIEP breast reconstruction using contralateral internal mammary and ipsilateral thoracodorsal vessels. Plast. Reconstr. Surg. 2007 Apr 1;119(4):1385-6.
- Delaporte T, Sinna R, Perol D, Garson S, Vasseur C, Delay E. Ann Chir Plast Esthet. 2006 Dec;51(6):482-93. Epub 2006 Apr 21. Bilateral breast reconstruction with the autologous latissimus dorsi flap (a retrospective study of 31 consecutive cases)
- DellaCroce FJ, Sullivan SK. Plast. Reconstr. Surg. 2005 Jul;116(1):97-103; discussion 104-5. Application and refinement of the superior gluteal artery perforator free flap for çift taraflı simultaneous breast reconstruction.
- Smith BK, Cohen BE, Biggs TM, Suber J. Plast. Reconstr. Surg. 2001 Oct;108(5):1174-81; discussion 1182-3. Simultaneous bilateral breast reconstruction using latissimus dorsi myocutaneous flaps: a retrospective review of an institutional experience.
- Handel N, Jenson JA, Black Q, et al. The fate of breast implants: a critical analysis of complications and outcomes. Plast Reconstr Surg. 1995;96:1521–1533.
- Spear SL, Onyewu C. Staged breast reconstruction with saline-filled implants in the irradiated breast: recent trends and therapeutic implications. Plast Reconstr Surg. 2000;105:930–942.