

**METASTATİK, DEV ÜLSERLİ MEME KANSERİNDE DEFEKTİN KAPATILMASI  
İÇİN RHOMBOİD FLEP İLE REKONSTRÜKSİYON: BİR OLGU SUNUMU VE  
LİTERATÜR TARAMASI**

**Bakytbek MANKIEV<sup>1</sup>, 0000-0002-4995-1128**

**Tahir SARIÇAM<sup>1</sup>, 0009-0004-3597-2923**

**Selim SÖZEN<sup>2</sup>, 0000-0003-2006-9198**

<sup>1</sup>. Çerkezköy Optimed Hastanesi, Genel cerrahi Kliniği, Tekirdağ, Türkiye

<sup>2</sup>. Sözen Surgery Clinic, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

**Geliş Tarihi/Received**  
08.07.2024

**Kabul Tarihi/Accepted**  
01.10.2024

**Yayın Tarihi/Published**  
31.12.2025

---

*Correspondence: Selim Sözen, selimsozen63@yahoo.com*

---

**ÖZET**

Lokal olarak ilerlemiş yada ülser, nekroz ve kanama gibi palyatif girişimlere ihtiyaç duyulan meme kanseri olgularında uygulanan tuvalet mastektomiden sonra primer kapatılmayan doku defektleri lokal flepler ile tedavi edilebilir. Bu çalışmamızda salvage mastektomi yaptığımız ve oluşan doku defektini primer olarak kapatamadığımız, Rhomboid flep ile rekonstrüksiyon uyguladığımız hastayı literatür bilgisi eşliğinde sunmayı amaçladık. Rhomboid flep nispeten büyük bir cilt kusurunu kapatabilir ve iyi kozmetik sonuçlar elde edebilir. Bu nedenle metastatik malign meme tümörü rezeksiyonu sonrası defektlerin kapatılması içinde diğer yöntemlere göre daha avantajlıdır.

**Anahtar Kelimeler:** lokal ileri meme kanseri, metastatik meme kanseri, salvage mastektomi, meme kanseri rekonstrüksiyonu

---

**RECONSTRUCTION WITH A RHOMBOID FLAP FOR THE COVARAGE OF DEFECT IN  
METASTATIC, GIANT ULCER BREAST CANCER: A CASE REPORT AND LITERATURE  
REVIEW**

**ABSTRACT**

After toilet mastectomy performed in locally advanced breast cancer cases where palliative interventions such as ulceration, necrosis and bleeding , primary non-closable mastectomy defects can be treated with local flaps or skin grafts. In this study, we aimed to present the patient with the literature that we did salvage mastectomy and did not primarily close the resulting tissue defect, we did the reconstruction with Rhomboid flep. Rhomboid flep can close a relatively large skin defect and good cosmetic results. Therefore, it is more advantageous than other methods in closing defects after resection of metastatic malignant breast tumor.

**Keywords:** locally advanced breast cancer, metastatic breast cancer, salvage mastectomy, breast cancer reconstruction

**1. GİRİŞ**

Meme kanseri, dünya çapında kadınları etkileyen kanserler arasında ilk sırada yer almaktadır. Kadınlarda saptanan yeni kanser vakalarının %24,2'sini oluşturmaktadır (1). Bununla birlikte, Meme kanseri tanısı alan hastaların %3-%10'unun ilk tanı anında uzak metastazları tespit edilmektedir(2,3). Geleneksel olarak, metastatik hastalarının tedavisi sistemik tedavi veya radyoterapidir. Cerrahi tedavinin yeri sınırlıdır. Cerrahi tedavi genellikle tümörle ilişkili lokal komplikasyonlar (ülser, kanama ve enfeksiyon) için yapılmaktadır. Yapılacak cerrahi girişim palyatif amaçlı uygulanmakta ve “tuvalet mastektomi yada salvage (kurtarma) mastektomi” olarak tanımlanmaktadır(4). Bu çalışmamızda salvage mastektomi yaptığımız ve oluşan doku defektini primer olarak kapatamadığımız, Rhomboid flep ile rekonstrüksiyon uyguladığımız hastayı literatür bilgisi eşliğinde sunmayı amaçladık.

## 2. OLGU SUNUMU

72 yaşında bir kadın sol meme invaziv kanal karsinomu vakası olarak ameliyata sevk edilmişti. Tümörün maksimum çapı 30 cm idi ve etkilenen memede sürekli sızan bir ülser vardı (Şekil 1). Preoperatif muayenelerinde uzak metastazları vardı. Neoadjuvan tedavi almasına rağmen tümör boyutunda küçülme olmadığı gibi devamlı ülserle memeden kanama hastanın yaşam kalitesini etkilemekteydi. Genel anestezi altında supin pozisyonda aksiller lenf nodu diseksiyonu ile mastektomi yapıldı. Sonuç olarak tümör rezeksiyonu sonrası 20x20 cm'lik bir deri defekti ve kosta kemiği açığa çıktı (Şekil 2). Mastektomi tamamlandıktan sonra, göğsün yan tarafında bir rhomboid flep oluşturmak için başka bir insizyon yapıldı ve flep kaldırıldı. Deri defektinin yan tarafına doğru, alt pediküllü (20 cm'lik uzuvlar) eşkenar dörtgen bir flep şekillendirildi (Şekil 3A). Flep defekti kapattı (Şekil 3B) ve yara herhangi bir komplikasyon olmaksızın tamamen iyileşti. Revizyon ihtiyacı olmadan yara iyileşmesi sağlandı. Hasta 4 günde cerrahi bir komplikasyon gelişmeden taburcu edildi. Yapılan patolojik incelemede, pozitif östrojen reseptörü, pozitif progesteron reseptörü ve negatif insan epidermal büyüme faktörü reseptörü 2 durumu ile ypT4bN0 invaziv duktal karsinomu ortaya çıkardı. Hastaya postoperatif endokrin tedavisi ve meme/supraklaviküler nodül radyoterapisi uygulandı. Onkolojik tedavisi halen devam etmektedir.



Şekil 1: Preoperatif görüntü



Şekil 2: Mastektomi tamamlandıktan sonra



Şekil 3(A,B): A: Flep kaldırılması ve alt pediküllü flep şekillendirilmesi



B: Flebin defektle uyumu

---

### 3. TARTIŞMA

Metastatik meme kanseri (MMK) hastaları için tedavinin temel dayanağı sistemik tedavidir. MMK hastalarında cerrahi müdahale tartışmalıdır. Radyoterapi ve palyatif cerrahi tedaviler, MMK hastalığında, esas olarak ağrının giderilmesi veya yara yönetiminde kanama veya enfeksiyonu kontrol etmek için de kullanılmıştır(5).

Meme rekonstrüksiyonu alanındaki dramatik evrimin aksine, salvage mastektomiye takiben büyük göğüs duvarı defektlerinin rekonstrüksiyonuna daha az ilgi gösterilmiştir(6). Mastektomi sonrası geniş göğüs duvarı defektinin kapatılamaması ciddi bir klinik sorundur ve son kırk yılda deri greftleri, fasyokütan flepler, omental flepler ve pektoralis majör, rektus abdominis, latissimus dorsi, eksternal oblik flepler gibi kas deri flepleri dahil olmak üzere çeşitli teknikler uygulanmıştır(7,8).

Tipik olarak, miyokütanöz flepler cilt defektini kapatacak kadar yeterli doku hacmi sağlar ve iyi bir kanlanma sağlar(9,10). Latissimus dorsi, eksternal oblik ve rektus abdominis kas deri flepleri dahil olmak üzere pediküllü kas deri flepleri, stabil bir kan akışı ile büyük cilt kusurlarını kapatabilir, bu nedenle yararlı yöntemler olarak kabul edilmiştir. Rhomboid(Eşkenar dörtgen) flep kütanöz veya fasyokütanöz flep olarak kaldırılabilir ve flebe giden kan dolaşımı çok stabildir(11,12). Kütanöz ve fasyokütanöz flepler majör kasların kaybını gerektirmez ve daha kısa sürede tamamlanabilir(13). Deo ve ark. (13) fasiokutanöz fleplerin ameliyat sırasında kan kaybının azalması, ameliyat süresinin ve hastanede kalış sürelerinin kısa olması nedeniyle miyokütanöz fleplere göre daha başarılı olduğunu bildirmişlerdir.

Estetik sonuçlar, rhomboid flep rekonstrüksiyonunda cilt greftlemesinden(Split thicknes) daha iyidir. Lokal flep, çevredeki normal deri ile benzer bir dokuya ve renge ve deri grefti için geçerli olmayan benzer bir deri kalınlığına sahiptir(14). Cilt greftlemesinde, yara iyileşme süresi uzun ve bakımı zahmetlidir ve bu olgularda lokal nüks oranlarının yüksek olduğu bilinmektedir(15).

---

Rhomboid flep rekonstrüksiyonundan sonra meme derisinin ve donör bölgesinin büyük ve görünür nedbeli dokularına ilişkin kaygılarla ilgili olarak, da Silva Neto ve ark. radyasyon tedavisinden sonra bile uzun dönemde skar kalitesinin iyi olduğunu bildirmişlerdir(16).

Bir deri greftinin aksine, rhomboid flep deri altı doku içerir ve doku yumuşaklığına sahiptir. Bu nedenle, lokal nüks bir tümör için rezeksiyon ve primer kapatma veya ışınlama, flep içinde lokal nüks durumunda bile mümkün olabilir. Miyokütan flep rekonstrüksiyonu ile karşılaştırıldığında, rhomboid flep rekonstrüksiyonu daha az invazivdir. Rhomboid flepde, herhangi bir damar veya kas kesmek gerektirmez(17).

#### **4.SONUÇ**

Sonuç olarak, rhomboid flep ameliyatı Miyokütan flep rekonstrüksiyonu göre daha kısa bir operasyonda uygulanabilir ve kas disfonksiyonu ile sonuçlanmaz. Flep nispeten büyük bir cilt kusurunu kapatabilir, yumuşak doku hacmi sağlayabilir ve iyi kozmetik sonuçlar elde edebilir. Bu nedenle metastatik malign meme tümörü rezeksiyonu sonrası defektlerin kapatılması için diğer yöntemlere göre daha avantajlıdır.

#### **KAYNAKÇA**

1. Bray F, et al . Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2018;68(6):394-424.
2. Ellis MJ. Neoadjuvant endocrine therapy for breast cancer: medical perspectives. Clin Cancer Res 2001; 7: 4388-4392.
3. Smith I, Procter M, Gelber RD, Guillaume S, Feyereisolv A, Dowsett M, Goldhirsh A. 2-year follow-up of trastuzumab after adjuvant chemotherapy in HER2- positive breast

- 
- cancer: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 369: 29–36. [DOI:10.1016/S0140-6736(07)60028-2].
4. Singletary SE, Connolly JL. Breast cancer staging: working with the sixth edition of the AJCC Cancer Staging Manual. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2006;56(1):37-47.
  5. Soran A. Are we close to the end of the primary tumor resection discussion for de novo stage IV BC?. *European journal of surgical oncology: the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*. 2018; 45(2), 81-82.
  6. Lee MC, Newman LA. Management of patients with locally advanced breast cancer. *The Surgical clinics of North America*. 2007;87(2):379-98, ix.
  7. Matros E, Disa JJ. Uncommon flaps for chest wall reconstruction. *Seminars in plastic surgery*. 2011;25(1):55-9.
  8. Micali E, Carramaschi FR. Extended V-Y latissimus dorsi musculocutaneous flap for anterior chest wall reconstruction. *Plastic and reconstructive surgery*. 2001;107(6):1382-90; discussion 91-2.
  9. Persichetti P, Tenna S, Cagli B and Scuderi N: Extended cutaneous ‘thoracoabdominal’ flap for large chest wall reconstruction. *Ann Plast Surg*. 2006;57: 177-183.
  10. Pavletic MM, Kostolich M, Koblik P and Engler S: A comparison of the cutaneous trunci myocutaneous flap and latissimus dorsi myocutaneous flap in the dog. *Vet Surg*. 1987;16: 283-293.
  11. Azab AS, Kamal MS and el Bassyoni F: The rationale of using the rhomboid fasciocutaneous transposition flap for the radical cure of pilonidal sinus. *J Dermatol Surg Oncol*. 1986; 12: 1295-1299.
  12. Blake BP, Simonetta CJ and Maher IA: Transposition flaps: Principles and locations. *Dermatol Surg*. 2015; 41 (Suppl 10): 255-264.

- 
13. Deo SV, Purkayastha J, Shukla NK and Asthana S: Myocutaneous versus thoraco-abdominal flap cover for soft tissue defects following surgery for locally advanced and recurrent breast cancer. *J Surg Oncol.* 2003; 83: 31-35.
  14. Lee KS, Kim JO, Kim NG, Lee YJ, Park YJ, Kim JS. A comparison of the local flap and skin graft by location of face in reconstruction after resection of facial skin cancer. *Arch Craniofac Surg.* 2017;18:255-60.
  15. Daban U ve arkadaşları. Reconstruction with Split Thickness Skin Graft in Local Control of Metastatic, Giant Ulcer Breast Cancer. *Causapedia* 2023;12(2):22-26.
  16. da Silva Neto MP, Adão O, Scandiuizzi D, Chaem LH. The rhomboid flap for immediate breast reconstruction after quadrantectomy and axillary dissection. *Plast Reconstr Surg* 2007; 119:1134-1136. (PMID: 17312548) [CrossRef].
  17. Kubo K, Takei H, Hamahata A. Rhomboid Flap Reconstruction after Mastectomy for Locally Advanced Breast Cancer. *J Nippon Med Sch.* 2021 Mar 11;88(1):63-70. doi: 10.1272/jnms.JNMS.2021\_88-204. Epub 2020 Apr 30. PMID: 32350190.