

DERİ KORUYUCU MASTEKTOMİ PANELİ*

Ragıp KAYAR
Savaş KOÇAK
Mehmet ALPER

R KAYAR (Moderatör): Sayın Başkan, değerli konuklar. İzmir Meme Hastalıkları Derneği'nin aylık toplantısına hoş geldiniz.

Bugünkü konumuz: deri koruyucu mastektomi (DKM). Konuyu biri kent dışı, diğeri Ege Üniversitesi öğretim üyesi olan iki konuşmacı sunacaklar. Prof. Dr. Savaş Koçak Ankara ÜTF Genel Cerrahi AD Meme Endokrin Cerrahisi bölümü, Prof. Mehmet Alper ise EÜTF Plastik Cerrahi Anabilim Dalı üyesidir.

Buyrun Dr. Koçak.

S. KOÇAK: İlk deri koruyucu mastektomiye (DKM) 1995'te Bülent Alıç hocamız sayesinde başladık. Bugüne kadar 144 eş zamanlı meme rekonstrüksiyonu gerçekleştirdik. Bunlardan 19'unda duktal karsinoma

insitu (DKİ) geri kalanlarında ise invaziv duktal karsinom (İDK) vardı.

Evre I 47 olgu, evre II 51 olgu, evre III 26 olgu ve evre IV 1 olgu ameliyat edildi. Koltukaltı diseksiyonunun genellikle ayrı kesiyle ve rekonstrüksiyonu ise otojen dokuyla yaptık. İzlem boyunca 2 olguda metastaz, 2 olguda yerel yineleme oldu. Ayrıca 18 önleyici mastektomi (bilateral) yaptık. Bunlarda 17'sinde subkutan mastektomi (SKM) yapıldı ve meme başı areola kompleksi (MAK) korundu.1'inde ise deri azaltıcı mastektomi yapıldı.

DKM'de bekçi düğüm uyguladığımız olgularda probun işaret ettiği yere ikinci bir kesi yapılarak frozunda metastaz saptandığında, kesi büyütüldü ve diseksiyona geçildi.

* 13.3.08 tarihinde İzmir Hilton'da yapılmıştır.

SB. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Doç Dr. Ragıp KAYAR I.Gnel Cerr. Klinik Şefi)
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD. Meme Endokrin Bölümü (Prof. Dr. Savaş KOÇAK)
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Meme Endokrin Bölümü (Prof. Dr. Mehmet ALPER)

M. ALPER: Genel olarak mastektomi sonrası rekonstrüksiyonlarında iki tür yöntem vardır; Protez ve otojen doku. Protez yöntemi basit, kolay ucuz ve zararsız bir yöntemdir. Ek morbidite getirmez. Ancak kapsül kontraktürü ve kilo alma nedeniyle oluşacak asimetrisi düzeltmede problem vardır. Ayrıca Radyoterapi (RT) ile kozmetik sonuç kötü etkilenir. RT alacak olgularda önerilmez. Otojen doku (TRAM veya LD) ise revizyona izin vermesi, aynı anda abdominoplasti olanağı sağlayabilmesi gibi avantajları yanında zorluk derecesi yüksek, deneyimli ellerde yapılması gerektiği gibi, ek morbiditeleri proteze göre hayli yüksek ve bedel olarak da pahalı yöntemlerdir.

Ben Dr. Kayar'ın talep ettiği kişisel serimi buraya getirmedim. Çünkü toplamı 35'i bile bulmayan bu deneyimin istatistiksel bir önemi olmayacağını düşündüm. Burada ilginç birkaç olgunun resimlerini sunacağım: İki DKİ, bir multipl intraduktal papillomda ve bir lobüler karsinoma insitu olgusunda SKM+Wise paterniyle mastopeksi ve protez uyguladık. Bir İDK'da DKM+TRAM ve bir tubüler kanserde ise DKM+doku genişletici uyguladık.

R. KAYAR: Konuşmacılara, mükemmel ve doyurucu sunumlarından dolayı teşekkür ederek tartışmayı açıyorum: Sayın Koçak, DKM'de MAK'ı koruma konusunda kullandığınız ölçütler nelerdir?

S. KOÇAK: Meme başını tutmamış ve periferik tümörlerde frozından da yararlanarak MAK'ı korumayı öncelikle tercih ediyorum.

M. ALPER: MAK'ı koruma konusunda bu kadar gayretli olmaya bence gerek yok. MAK rekonstrüksiyonu çok basittir ve risk almaya değmez.

R. KAYAR: MAK'ı korumaya izin veren ölçütleri Vljacic ve arkadaşları (1) 100'ü aşkın olguda prospektif bir seride araştırmışlar ve şu sonuçları bildirmişlerdir. Tümör yerleşimi areoladan 4 cm'den daha uzak ve tümör boyutu 2,5 cm'den küçük olmalı, koltukaltı lenf tutulumu ve lenfovasküler invazyon bulunmamalı.

Ben hem konuşmacılara hem de salona bir soru yöneltmek istiyorum: MKC endikasyonu olmayıp MRM düşündüğümüz tüm olgularda – deri tutulumu olan inflamatuvar olgular hariç- rutin DKM önerebilir miyiz, önermeli miyiz?

M. KAPKAÇ: Koltukaltı lenf metastazı varsa bence DKM yapılamaz.

Z. ÖZSARAN: Radyoterapi (RT) gerektirecek olgularda DKM yapılmamalıdır.

M. ALPER: DKM'de niye ısrar ediyorsunuz? Rekonstrüksiyon yapılacaksa bu RT sonrasına bırakılmalıdır.

R. KAYAR: Ama literatür eşzamanlı rekonstrüksiyonun RT sonrası rekonstrüksiyonlardan daha üstün kozmetik sonuçlar verdiğini destekliyor (2)

Ü. BAYOL: Patolojik tabloyu bilmeden DKM'ye nasıl karar verilebilir?

R. KAYAR: Prospektif bir çalışmada MRM ve DKM'de kalıntı meme dokusu oranının %21 ve 22 olduğu gösterildi (3)

Carlson ve arkadaşlarının 536 olguluk seride ortalama 7 yıllık izlem sonucu DKM ile elde edilen yerel yineleme oranlarının MRM ile aynı düzeyde olduğu gösterildi (4) Bu veriler bize her evrede DKM yapılabileceğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Vljacic Z, Zic R, Stanec S, Lambasa S, Petroveckı M, Stanec Z. Nipple-areola complex (NAC) preservation. Predictive factors of neoplastic NAC invasion. *Ann Plast Surg* 2005; 55: 240.
2. Cocquyt VF, Blondel PN, Depyoere HT. Better cosmetic results and comparable quality of life after skin sparing mastectomy and immediate autologous breast reconstruction compared with breast conservative treatment *Br J Surg* 2003; 56: 462.
3. Barton FE. Glandular excision in total glandular mastectomy and modified radikal mastectomy. A comparison. *Plast Rec Surg* 1991; 88: 389.
4. Carlson GW, Styblo TM, Lyles RH, Jones G, Murray DR, Staley CA, Wood WC. The use of skin sparing mastectomy in the treatment of breast cancer: The Emory experience *Surg Oncol* 2003; 12: 265.