

MEME KORUYUCU CERRAHİDE KÜÇÜLTME AMELİYATLARININ YERİ: 116 Olguda geç sonuçlar

Ragıp Kayar, Murat Çobanoğlu, Osman Güngör, Hidayet Çatal, Mustafa Emiroğlu

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1.Cerrahi, İzmir, Türkiye

"Bu çalışma 15-17 Haziran 2005'te yapılan 7nci Milano Kanser Konferansı'nda poster olarak sunulmuştur"

ÖZET: Makromastili kanserlerde kanserli dokuların aynı anda memeyi küçülterek çıkarılmasını sağlayan onkoplastik teknikler ve geç sonuçları henüz yerince bilinmemektedir. Çalışmamızda bu yöntemle tedavi edilen olgularda geç sonuçlar bildirilmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM: 1993-2004 arasında kliniğimizde meme küçültme mamoplastisi uygulanan 116 makromastili meme kanseri olgusu evrelerine göre tedavi edilerek izlendi. (Her olguda radyoterapi rutin olarak uygulandı. Adjuvant kemoterapi ve hormonoterapi histopatolojik veriler ve reseptör sonuçlarına göre standart endikasyonlarıyla uygulandı.) Kozmetik sonuçlar, yerel yineleme, metastaz gelişimi ve sağkalım yönünden geriye dönük değerlendirildi.

BULGULAR: 10 yıllık yerel yineleme oranları evre I'de %0 evre II'de % 10.9 ve evre III'de 19.2 oldu.

10 yıllık hastaliksız yaşam oranları evre I'de %100, evre II'de %89.1 ve evre III'de %46.1 oldu. 10 yıllık genel sağkalım oranları ise evre I'de %100 evre II'de %89.1 ve evre III'de %53.8 oldu. Kozmetik sonuçlar %84 olguda iyi ve çok iyi idi.

SONUÇ: Bu sonuçlar makromastili kanserlerde küçültme ameliyatlarının standart yöntemler kadar etkili ve güvenli olduğunu düşündürmektedir.

THE VALUE OF BREAST REDUCTION OPERATIONS IN BREAST CONSERVATION SURGERY; LATE RESULTS OF 116 PATIENTS WITH BREAST CANCER

SUMMARY: The oncoplastic techniques those are helpful in the reduction of the breast cancer with macromastia and the removing of malign tumor at the same time and their late results are not well known, yet. In our study, we have reported the late results of the 116 patients with breast cancer treated with this technique.

MATERIAL AND METHOD: The reduction mammoplasty and ipsilateral axillary dissection was performed in 116 patients with breast cancer with macromastia. Necessary Adjuvant therapies was applied according to the stage of the cancer. (Chemotherapy and Hormonotherapy was applied with standard indications according to histopathological data and receptor status. Radiotherapy was applied to all cases regularly.) We have treated and followed up the patients between 1993 and 2004, regarding the stage of the disease. The cosmetic results, local recurrence rates, disease free and overall survival were analysed, retrospectively.

RESULTS: The local recurrence rates were 0% for stage I, 10,9% for stage II and 19,2% for stage III.

Regarding the stage of the disease, 10-year disease free survival rates were 100% in stage I, 89,1% in stage II and 46,1% in stage III patients respectively. The overall survival rates were determined as 100% for stage I, 89,1% for stage II and 53,8% for stage III. The cosmetic results of 85% of patients were good to excellent.

CONCLUSION: Our results indicates that breast reduction operations are as effective and safe as standard surgical procedures in patients with macromastia and breast cancer.

Giriş ve amaç

Gün geçtikçe yaygınlaşmakta olan meme koruyucu cerrahi (MKC) bir yandan yerel yinelemeyi azaltmak için geniş cerrahi sınır elde etme kaygısı, öte yandan geniş doku kayıplarına bağlı deformasyon ve asimetriyelerden oluşan kötü kozmetik sonuçlar arasında sıkışıp kalmıştır.

Olivetto ve arkadaşları ortalama büyüklükteki bir memede 70 cm³'ü aşan (ki bu 5x4x3.5 cm'lik bir spesimen demektir) doku çıkarımlarının genellikle kötü kozmetik sonuçlanacağını bildirdiler (1).

Daha sonra eksized edilen doku volümünün meme volümüne oranının %10-20'sini aştığı olgularda kötü kozmetik sonuçlar alınacağı bildirildi (2,3).

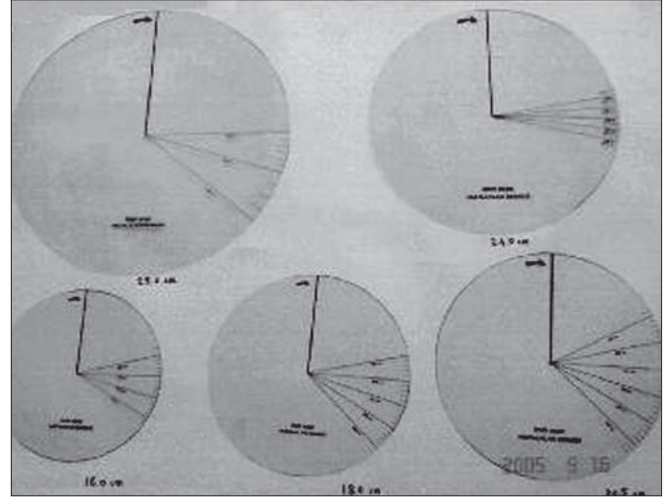
Günümüzde standart tekniklerle uygulanan MKC ve onu izleyen radyoterapi sonrasında olguların %30'unda cerrahi düzeltme gerektiren deformite olduğu saptanmıştır (4). Bu sonuçlar bir yandan MKC'yi amacından uzaklaştırmakta öte yandan uygulama alanını daraltmaktadır. Öte yandan büyük memelerdeki kanserlerde MKC'nin kozmetik sonuçlarının yetersizliği (geniş doku çıkarıldığı için asimetriye yol açması) radyoterapinin zorlaşması ve eşit doz sağlanmadığı için aşırı ve yetersiz ışın alan bölgelerin önlenemeyişi bu olgularda MKC için kontrendikasyon oluşturmaktadır (5).

Yukarıda sayılan sakıncalara karşı bir çözüm olarak onkolojik ve plastik tekniklerin aynı seansta uygulandığı onkoplastik teknikler ortaya çıkmıştır. Onkoplastik teknikler yalnızca MKC'yi amaçlanan

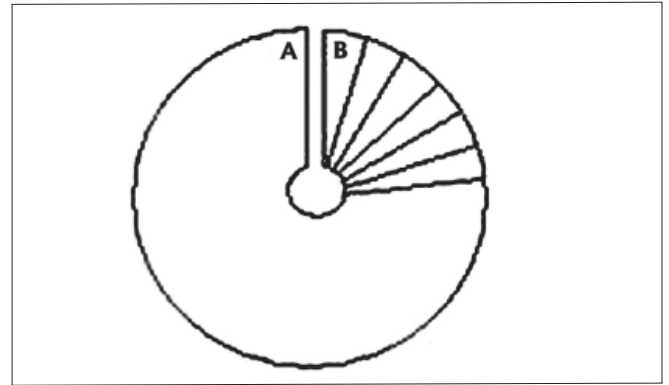
Tablo 1. Memede uygulanmakta olan başlıca onkoplastik cerrahi teknikleri

Onkolojik Yöntem	Sorun	Plastik Yöntem
MKC	Çökme,defekt	Glanduler,Rotasyon, Romboid flepleri
	MAK deplasmanı	Mastopeksi (yarımay şeklinde)
	Sarkıklık	Mastopeksi (çepeçevre)
	Asimetri	Tek taraflı mastopeksi veya küçültme
MRM	Amasti	İki taraflı küçültme
		LD, TRAM veya Gluteal flep
DKM	Hipomasti	Asimetri Karşı tarafa mastopeksi veya küçültme
		İç protez

MKC: Meme koruyucu cerrahi **MAK:** Meme areola kompleksi
MRM: Modifiye radikal mastektomi **LD:** Latissimus dorsi flebi
TRAM: Transversus rektus flebi **DKM:** Deri koruyucu (*subkütan*) mastektomi.



Resim 1. Grosman-Roudner diskleri



Şekil 1. Grosman-Roudner diskinin çizimi

iyi kozmezise ulaştırmakla kalmamakta, MKC uygulanabilecek olgu oranını %35'lerden %70'lere yükseltmektedir (6).

Memenin onkoplastik cerrahisinde başlıca prensipler

Deri ve parankim kesilerini önceden belirlemek, tümör çıkarıldıktan sonra memeye yeniden şekil vermek (reshaping), memebaşı-areola kompleksini memenin merkezinde olacak şekilde yeniden konumlandırmak (repositioning) ve her iki meme arasında eşitlik sağlayacak düzeltmeler yapmak (simetrizasyon) şeklinde özetlenebilir (1). Mastektomi sonrası rekonstrüksiyonlar da onkoplastik cerrahi teknikler içinde yer almaktadır. Eski meme rekonstrüksiyonlarından farkı tek seansta (immediate rekonstrüksiyon) yapılmasıdır. Çünkü artık tek seansta (erken) rekonstrüksiyonların iki seanslı (geç) rekonstrüksiyonlardan daha başarılı kozmetik sonuçlar verdiği ve onkolojik amaçları engellemediği anlaşılmıştır (1-4).

Memedeki kanseri tedavi edecek onkolojik yöntem, bu yöntemin yol açtığı sorunlar ve bu sorunları giderebilecek plastik teknik seçenekleri Tablo 1'de verilmiştir.

Gereç ve yöntem

Meme kanseri tanısı alan makromastili hastalarda küçültme ve koltukaltı diseksiyonu şeklinde meme koruyucu cerrahi (MKC) önerilecek olgular şu ölçütlerle seçildi:

- Evre I ve II olgular
- Yerel ileri (evre III) olgular arasından primer kemoterapiye tam veya kısmi yanıt veren olgular.
- Yöntem 70 yaşın üstündeki olgulara uygulanmadı.
- Küçültme ameliyatının yararları ve sakıncaları, diğer yöntemlerin avantaj ve dezavantajları anlatılıp aydınlatılmış onay belgesi imzalandı.
- Meme volümü ölçülerek 700 cm³'nin üstü olgular alındı.

Meme volüm ölçümü

Ölçüm Grossman-Roudner diskleri ile yapıldı. Orijinal 3 diske ilave olarak kliniğimizde geliştirdiğimiz 2 diskle ölçümler gerçekleştirildi.

Bu disklerden en küçüğünün çapı 16 cm (ölçtüğü hacim:125-200 cm³) 2 nolu diskin çapı 18 cm (200-300cm³) 3 nolu diskin çapı 20.5 cm (300-425 cm³) 4 nolu diskin çapı 24 cm (475-725cm³) ve 5 nolu diskin çapı 29 cm (750-1500 cm³) idi.

Ölçüm tekniği (7)

Hasta oturur durumdadır. Uygun disk seçilir. Örneğin küçük memeler için 2, büyük memeler için 4 nolu disk gibi. Seçilen diskin B kolu ölçüm yapılacak memenin alt dış kadranına bastırılarak yerleştirilir (Şekil 1).



Resim 2. Grosman-roudner diski ile volüm ölçümü



Resim 3. Meme büyüklüğüne uygun ölçüm diskinin saptanması

Diskin yarığı memede saat 1-2 hizasına gelmelidir. Disk yarığ sayesinde memeyi çepeçevre saran bir koni haline getirilirken meme koninin içinde bir yandan yukarı kaldırılır öte yandan göğüs duvarına doğru hafifçe bastırılır.

• Diskin A kolu B kolunun üzerindeki rakamlar üzerinde ileri geri hareket ettirilir. Uygun hacim bulunduğunda koninin kenarları toraks duvarına temas etmeli, koni dışına meme dokusu taşmamalıdır (Resim 2).

Eđer koni memeyi tümüyle içine alamıyorsa, yani taşma varsa işlem bir üst büyüklükteki diskle tekrarlanmalıdır (Resim 3). Taşma çok azsa taşan miktar tahmin edilerek ölçülen miktara eklenebilir. Tahminler deneyimle kolaylaşmaktadır.

Meme küçültme ameliyatlarının tekniği

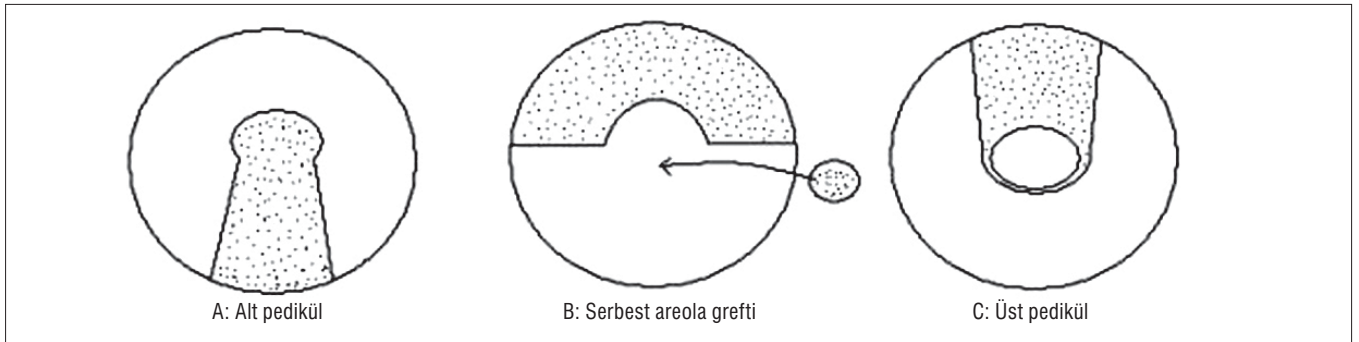
Her olguda ameliyat öncesi tek doz antibiyotik profilaksisi uygulandı. Olguların büyük çoğunluğunda Wise kesisi (Anahtar Deliđi) ile alt pedikül tekniği uygulandı. Deri kesisi ters T veya gemi çapası şeklindeydi (8). Alt pedikül tekniği, çoğu olguda yeterli oldu. Ancak alt pediküle isabet eden tümör yerleşimlerinde üst, iç ve dış pediküller yapıldı. Meme başı ve areola tutulumu varsa serbest areola grefti uygulandı. Greft karşı areoladan alındı.

Koltukaltı diseksiyonu ilk on olguda ayrı insizyonla gerçekleştirildi. Sonraki olgularda mamoplasti kesisinin içinden koltukaltına ulaşıldı. Pektoral adele kenarı boyunca dekolman yapılarak koltukaltı çukuruna ulaşıldı. Tümör ekimini önlemek için önce karşı sağlıklı meme küçültüldü. Sağlıklı memede rutin olarak alt pedikül tekniği uygulandı. Eşitlik meme volümü preoperatif değerleri ve peroperatuvar spesimen ağırlıkları ölçümleri ile sağlandı. Patolojik inceleme için tümör yeri ve spesimenin çıkarılış şekli bir çizimle ağıklandı.

Hemostazi takiben loja birer hemovak dren konup iki plan (Cooper fasyası ve intrakütan) olmak üzere 4/0 vikril dikişlerle kapatıldı. Yalnızca birkaç olguda deepitelizasyon için turnike uygulandı, hiçbir olguda adrenalin infiltrasyonu uygulanmadı.

Ameliyat sonrası dönemde memeler birkaç hafta süreyle elastik bandajla desteklendi. Drenler 2-5 gün sonra çıkarıldı. Patolojik inceleme sonucuna göre planlanan adjuvan tedaviler uygulandı.

Hastalar klasik izlem protokolümüze göre izlendiler (9) Bulgular geriye dönük değerlendirildi. İstatistikler Kaplan-Meier yöntemi-ne göre yapıldı.



Şekil 2. Olgularımızda seçilen başlıca pedikül teknikleri.

Tablo 2. Olgularımızda 5 ve 10 yıllık yerel yineleme, hastalüksız ve genel yaşam oranları

Evre	Olgu Sayısı	Yerel 5Yıl	Yineleme% 10 Yıl	Hastalüksız 5Yıl	Yaşam% 10 Yıl	Genel 5Yıl	Yaşam% 10 Yıl
I	20	0	0	100	100	100	100
II	64	7.8	10.9	91.3	89.1	93	89.1
III	32	15.6	19.2	50	46.1	57.7	53.8

Tablo 3. Meme küçültmenin makromastili meme kanserli hastalarda sağladığı yararlar

1. Daha geniş cerrahi sınırla meme koruyucu cerrahiye gerçekleştirerek yerel yineleme olasılığını azaltmak (3)
2. Daha iyi kozmetik sonuç elde etmek (6)
3. Daha iyi bir radyoterapi planlaması ve eşit doz dağılımı sağlayarak yetersiz ve aşırı doz alan bölgeler oluşturmaktan kaçınmak (11)
4. Küçültme ameliyatları Bekçi düğüm (Sentinel nod) yöntemine engel oluşturmamaktadır. (11)
5. Karşı memedeki gizli kanser odaklarını ortaya çıkarmak (12)
6. Tümör yatağı kalmadığı için çok özel durumlar dışında radyoterapi sırasında bust dozu gerekmemektedir. (13)
7. Daha rahat ve emniyetli meme izlemi (kendikendine muayene , görüntüleme ve fizik bakı ile) sağlamak. (5)
8. Hastanın farkında olduğu ya da olmadığı makromasti yakınmalarını gidermek (14,15)

Bulgular

Eski SSK, şimdiki adıyla Sağlık Bakanlığı Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Cerrahi Kliniğinde Kasım 1993 – Kasım 2004 arasında 116 meme kanserli ve makromastili kadında iki taraflı küçültme ameliyatı ve tümör tarafına koltukaltı diseksiyonu uygulandı.

Olguların yaş ortalaması 48.6 (22-70) bulundu. 20 olgunun patolojik evresi I (%17.2) ,64 olgunun evre II (%55.2), 32 olgu evre III (%27.6) idi.

Hastaların ortalama izlem süresi 57 ay (3-137ay) idi. Ortalama spesimen ağırlığı 659 gr. (225-1860 gr) bulundu.

Karşı memede 10'u intraduktal,1'i invaziv 1'i de hem invaziv hemde intraduktal olmak üzere 12 olguda (%10.3) gizli kanser odağı saptandı. 53 olguda (%45.7) karşı memede iyi huylu meme hastalığı (fibroadenom, kistik hastalık, sklerozan adenozis) saptandı.

Olguların 98'ine kemoterapi (%84.7)(48'ine primer, 50'sine adjuvan olmak üzere), tümüne (%100) radyoterapi ve 76 sına (%65.8) hormonoterapi uygulandı.

Olgular klasik izlem protokolümüze göre izlendiler (8). Yerel yineleme evre I olgularda 5 ve 10 yıl sonunda %0 ve %0 idi. Evre II'de ise bu oranlar %7.8 ve 10.9 oldu. Evre III'deki yerel yineleme 5 yılda % 15.6 iken 10 yılda %19.2 oranında idi (Tablo 2).

Hastalüksız sağkalım evre I'de 5 ve 10 yıl için % 100 oldu. Bu oranlar evre II'de %91.3 ve %89.1, evre III'de ise %50 ve %46.1 oldu.

Genel yaşam oranı evre I'de 5 ve 10 yıl için %100, evre II'de %93 ve %89.1 iken evre III'de %57.7 ve %53.8 oldu.

116 hastanın 59'unda (%50.9) kozmetik sonuçlar değerlendirilebildi. Bunların 14'ü çok iyi (%23.7), 36'sı İyi (%61.0) 9'u vasat ve kötü (%15.3) bulundu. Böylelikle olguların 50'sinde (%84.7) yeterli kozmetik sonuç alınmıştı.

Tartışma

Burada incelenen konu kanserli ve büyük memelerde yapılan küçültme mamoplastisi ameliyatlarıdır. Makromastili kanserlerde memenin küçültülmesi çok çeşitli yararlar sağlamaktadır (Tablo 3).

Geçmişte meme küçültme, mastektomi sonrası rekonstrüksiyonlarda yalnızca karşı memeye eşitlik sağlamak için yapılmışsa da (10) günümüzde makromastinin eşlik ettiği meme kanserlerinde sağlanan yararlar anlaşılabilir rutin olarak önerilmektedir.

Meme küçültme halen meme kanserinin cerrahi tedavisinde git-tikçe daha sık uygulanmakta olan onkoplastik teknikler içinde en büyük gurubu oluşturmaktadır (Tablo 4).

Bu tabloda küçültmenin tüm onkoplastik prosedürler içinde (%31-83) lük bir yeri olduğu anlaşılmaktadır.

Buradaki seride ise küçültme ameliyatları uyguladığımız onkoplastik teknikler içinde (%100) lük bir oranı oluşturmaktadır.

Spesimen ağırlıklarının ölçümü gerek gerçek meme hacminin hesaplanmasında (16) gerek ameliyat sırasında memeler arasındaki eşitliğin (simetrizasyon) sağlanmasında önemli bir veridir. Spesimen ağırlıklarının kaydedilmesinin bir başka yararı ise serideki olguların makromasti derecesini yansıtmadır.

Tablo 5'ten de görülebildiği gibi 500 gr'ın altındaki serilerde küçültme dışı onkoplastik prosedürlerin ağırlıkta olduğunu, 500 gr'ın üstündekilerde ise küçültme ameliyatları oranının yükseldiği de tahmin edilebilir. Bu bağlamda Newman ve arkadaşları ile Chang ve arkadaşlarının serisi çalışmamızdaki rakamlara çok yakın bulunmuştur.

Bu tabloda dikkati çeken bir başka özellik de bazı merkezlerde daha hafif makromastilerde de küçültme yapılabildiğinin mümkün olmasıdır.

Makromastili kanserlerde meme küçültmeyle sağlanan iyi kozmetik sonuçlar %64-100 arasında değişmekte ise de, çoğu seride %85 ler düzeyinde bulunmaktadır. Yöntemin amacı büyük bir oranda yakalayabildiği bizim koşullarımızda da gösterilmiş olmaktadır.

Kansersiz makromastilerde yapılan meme küçültme ameliyatlarında tesadüfen yakalanan gizli kanser olasılığı %0.5 düzeyindedir (12).

Kanserli makromastilerdeki küçültme ameliyatlarında ise karşı meme spesimeninde %4.5-6.3 oranında gizli kanser odakları saptanmıştır. (Tablo 7) MR ile karşı memede %5 oranında kanser saptanmış olması bu sonuçlarla uyumlu bir durumdur (21). Çalışmamızda bu oran literatürden oldukça yüksek (%10.3) bulunmuştur. Biz bu yüksekliği, olgularımızdan önemli bir bölümünün evre III olmasıyla açıklıyoruz. Nitekim serilerin hiçbirinde evre III olgu yer almamaktadır. Bunun tek istisnası Clough ve arkadaşlarının 101 olguluk serisinde 7 olgunun evre III olmasıdır (17). Küçültmenin alt kadran tümörlerinde de iyi bir yöntem olduğu ileri sürülmüştür (22).

Onkoplastik cerrahi yöntemlerinden biri olan meme küçültmenin meme kanserlerinde meme koruyucu cerrahi oranını yükselttiği iddia edilmiştir(1). Onkoplastik cerrahinin uygulandığı merkezlerde MKC oranı %75-76'lar düzeyindedir.(6,17).Bu oran kliniğimizde ise %84 düzeyindedir (23).

Meme kanserinde küçültme ameliyatları

Memeyi küçültmenin meme kanserlerinde tek seanslı bir onkoplastik cerrahi yöntemi olarak ilk uygulaması 1982'de Goustave-Roussy Kanser Enstitüsü'nde Petit ve arkadaşları tarafından olmuştur. Bunları 1986'da Curie den Clough ve arkadaşları ile aynı yıl Milano Kanser Enstitüsünden Rietjens ve arkadaşları izlemiş, Amerika'da ise ilk kez 1988'de Texas MD Anderson 'dan Bouvert ve arkadaşları tarafından uygulanmıştır (4,5,11).

Ülkemizde meme kanserli hastaya yapılan ilk küçültme 16 Mart 1992 de Kurul ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (24). Bunu izleyen yıl kliniğimizde ilk küçültme operasyonu yapılmıştır.

Tablo 4. Memenin onkoplastik cerrahi serilerinde değişik tekniklerin yeri

Yazar	OS	Küçültme (%)	Mastopeksi	Diğer
Petit (15)	111	56 (50)	25	20
Clough (17)	101	84 (83)	-	-
Masetti (6)	83	26 (31)	-	-
Kaur (18)	30	22 (73)	3	5

Tablo 5. Küçültme serilerinde ortalama spesimen ağırlıkları

Yazar	Olgu Sayısı	Spesimen Ağı. (gr)
Schrenk (19)	121	267
Clough (17)	101	222
Petit (14)	111	157
Chang (13)	37	653
Newman (11)	28	766
Spear (20)	11	1085
Smith (5)	10	945
Shestak (16)	4	825
Kayar	116	659

Tablo 6. Makromastili meme kanserlerinde küçültme ile alınan kozmetik sonuçlar

Yazar	Olgu Sayısı	Çok iyi ve İyi	%
Schrenk (19)	121	121	100
Clough (17)	95	84	88
Petit (14)	93	65	78
Masetti (6)	26	22	84
Chang (13)	20	10	100
Smith (5)	10	10	100
Kayar	59	50	85

Tablo 7. Makromastili kanserlerde karşı memedeki gizli kanser oranları

Yazar	Olgu Sayısı	İDK	DKİ	Toplam	%
Rietjens (10)	440	7	17	24	4.5
Schrenk (19)	117	4	7	11	9.4
Petit (14)	111	2	5	7	6.3
Chang (13)	37	-	-	2	5.4
Newman (11)	28	-	-	0	0
Kayar	116	2	10	12	10.3
Pitanguy (12)	2488*	-	-	124	0.5

*Kansersiz makromastili olgular **İDK**: İnvaziv Duktal Karsinom
DKİ: Duktal Karsinoma İn situ

Tablo 8. Küçültme yapılan makromastili kanser serileri ve sonuçlar

Yazar	Merkez	Olgu Sayısı	Evre	İzlem (ay)	YY %	HY %	GY %
Schrenk (19)	Linz	121	-	17	0	98	100
Clough (17)	Curie	101	1-3	46	9.4*	83*	96*
Petit (14)	Milano	93	1-2	21	0	98	100
Newman (11)	Texas	28	1-2	24	0	93	96
Masetti (6)	Roma	26	1-2	41	3.6	-	-
Spear (20)	Washington	11	1-2	24	-	91	91
Chang (13)	Portland	37	1-2	-	0	-	-
Kayar	Tepecik (İzmir)	116					
		(20)	1	57	0**	100**	100**
		(64)	2	57	11**	89**	89**
		(32)	3	57	19**	46**	54**

OS: Olgu sayısı **YY:** Yerel yineleme **HY:** Hastaliksız yaşam **GY:** Genel yaşam * : 5yıl ** : 10 yıl

Yayınlanmış seriler incelendiğinde evre bazında geç sonuçlar ilk kez buradaki çalışmada sunulmaktadır. Diğer serilerde yalnızca Curie serisindeki 101 olgudan yalnızca 7'sinin evre III olması dışında evre III olgu yoktur (17).

İzlem süresi en uzun seri burada sunulan seridir. Bu nedenle makromastili kanserlerde küçültme ameliyatına ait 10 yıl izlem sonuçları çalışmamız aracılığıyla literatürde ilk kez bildirilmiş olmaktadır.

Yerel yineleme

Serilerde yerel yineleme %0-3.6 arasında değişmektedir. Bu denli düşük oranların nedeni izlem sürelerinin 17-41 ay gibi kısa sürelerde bulunmasıdır. 5 yıllık sonuç veren tek seride yerel yineleme %9.4 olarak bildirilmiştir (17).

Bizim sonuçlarımıza göre 5 yıllık yerel yineleme oranları Tablo 2'de, 10 yıllık oranlar Tablo 8'de incelenmiş olup, bu sonuçlar literatüre uyumlu hatta üstün bulunmuştur (9,25).

Hastaliksız yaşam oranı

Serilerde 17-41 ay izlemlerde hastaliksız yaşam (HY) oranları %91-98 arasında değişmektedir. 5 yıl sonucu veren tek seride bu oran %83'tür (22). Çalışmamızda ise 5 yıl HY oranları Tablo 2, 10yıl için Tablo 8'deki gibidir. Bu sonuçlar literatüre eşit hatta üstün bulunmuştur (9,25).

Genel yaşam oranı: 17-41 ay izlenen serilerde genel yaşam (GY) oranları % 91-100 arasında değişmektedir. 5 yıl GY oranı veren tek seride bu % 96'dır (22). Çalışmamızda ise 5yıl GY oranları Tablo 2, 10 yıllık GY oranlarımız ise Tablo 8'deki gibidir.

Bu sonuçlar da literatüre eşit hatta üstün bulunmuştur (9,25).

Diğer sonuçlar

Onkoplastik Cerrahi (OPC) teknikleri standart lumpektomi ve kadranektomilere kıyasla daha fazla doku çıkarımı sağlamaktadır. Kaur ve arkadaşları OPC 'nin diğer MKC tekniklere kıyasla anlamlı olarak daha düşük cerrahi sınır tutulumu sağladığını bildirdiler. (18) Bunun anlamı reeksizyon gereksinimi OPC ile en aza indirilebilmektedir.

Çeşitli serilerde küçültme spesimenlerinin cerrahi sınırları olguların %0-5.9'unda tümör tutulumu içermektedir. Bu ise yöntemin diğer MKC serilerindeki görece yüksek sınır tutulumunu epeyce düşürdüğünü göstermektedir (Tablo 9).

Koltukaltı diseksiyonu kanserli makromastilerin küçültme ameliyatlarında genellikle mamoplasti kesisinden yapılmaktadır. Tablo-10 bu yaklaşımın serilerdeki durumunu göstermektedir.

En çok seçilen yöntem mamoplasti kesisinden yapılan koltukaltı diseksiyonudur (%60). Ayrı kesi de uygulanabilir (%40).

Ayrıca küçültme mamoplastilerinde bekçi düğüm işleminin hiçbir şekilde etkilenmediği, uygulanacaksa küçültmeye başlamadan önce yapılması gerektiği bildirilmiştir (11).

Kanserli memelerde makromasti için küçültme işlemi tek seansta yapılabildiği gibi MKC ve radyoterapi sonrasında da yapılabilmektedir (26). Kozmetik sonuçlar radyoterapi öncesi tek seans yapılanlar kadar iyi olmamakla birlikte akut radyoterapi yanıtı yatıştıktan sonra geniş pedikül hazırlama, minimal travma ve dekolman gibi tekniklere dikkat edilirse kabul edilebilir sonuçlar alınmaktadır (27). Küçültme ameliyatlarının kanserde bir başka uygulama alanı da mastektomi geçiren kadınların karşı memelerinde makromasti varlığıdır (28).

Tablo 9. Kanserli meme küçültme serilerinde sinir tutulum riski

Yazar	OS	Cerrahi sınır +	%
Schrenk (19)	125	3	2.4
Clough (17)	101	6	5.9
Petit (14)	93	0	0
Chang (13)	37	2	5.4
Newman (11)	28	1	3.6
Smith (5)	10	0	0

Tablo 10. Kanserli makromastilerde koltukaltına yaklaşım

Yazar	OS	Mamoplastiden	Ayrı kesil
Clough (17)	94	32 (37)	62 (66)
Newman (11)	28	2 (7)	26 (93)
Smith (5)	10	10 (100)	0 (0)
Kayar	116	106 (91)	10 (9)
Toplam	248	150 (60)	98 (40)

Küçültme ameliyatları MKC sonrası oluşan parsiyel mastektomi defektlerinin rekonstrüksiyonu için ideal yöntem olarak gösterilmiştir (29).

Küçültme mamoplastisi sonrasında en sık görülen komplikasyonların başında gelen yağ nekrozlarının mamografik kalsifiye görünümünün yerel yinelemelerin erken tanısını güçleştireceğinden korkulmuşsa da böyle bir tehlikenin bulunmadığı (5), hele MR yardımıyla bu riskin ortadan kalktığı anlaşılmaktadır.

Onkoplastik prosedürleri kimin yapması gerektiği sorununa gelince: Çoğu seride heriki branştan genel cerrah veya onkolojik cerrah ile bir plastik cerrah birlikte çalışmaktadır. Ancak bu paha-

lı ve zahmetli bir yoldur. Bunun yerine plastik cerrahide bir süre eğitim görmüş meme cerrahları İngiltere'de Sağlık Bakanlığınca açılan kadrolarla desteklenmeye başlamıştır (30). Hatta bu sayede yeni bir branş olarak: "Onkoplastik Cerrahi" disiplini sık sık gündeme gelmeye başlamıştır (31).

Şu anda MKC'nin onkolojik ve kozmetik sonuçlarını en iyi düzeye çıkarmanın yolu bu ameliyatlarda ekibe bir plastik cerrah çağırıp MKC sonrası parsiyel meme rekonstrüksiyonunun aynı seansta yapılmasını sağlamaktır.

Onkoplastik cerrahinin yapıldığı merkezlerde yeterli süre çalışmak ikinci bir seçenek olabilir.

Kaynaklar

- Masetti R, Pirulli PG, Magno S, Francheschini G, Chiesa F, Antinori A. Oncoplastic techniques in conservative surgical treatment of breast cancer. *Breast Cancer* 2000; 7:276-80.
- Bulstrode NW, Shrotria S. Prediction of cosmetic outcome following conservative breast surgery using breast volume measurements. *The Breast* 2001; 10:124-6.
- Cochrane RA, Valaciadou P, Wilson ARM, Alghazal SK, Macmillian RD. Cosmesis and satisfaction after breast conserving surgery correlates with the percentage of breast volume excised. *Br J Surg*. 2003; 90:15-05-9.
- Clough KB. Cosmetic sequela after conservative treatment for breast cancer: Classification and results of surgical correction. *Ann Plast. Surg*. 1998; 41:471-81
- Smith ML, Evans GRD, Gürlek A, Bouvet M, Singletary SE, Ames FC et al. Reduction Mammoplasty: It's role in breast conservation surgery for early breast cancer. *Ann. Plast Surg* 1998; 41:234-9
- Masetti R, Franceschini G, Chiesa F, Magno S, Pigolaya R, Dileone A. Oncoplastic surgical techniques in the treatment of breast cancer. *İstanbul Kanser Konferansı Özet Kitabı. Meme Hast. Derg.* 2003;103): 64-B
- 1.Makromasti ve Meme Kanseri Cerrahisi Simpozyum ve Kurs Kitapçığı. İzmir, 25-26 Kasım 2004; 31 ve 47.
- 1.Makromasti ve Meme Kanseri Cerrahisi Simpozyum ve Kurs Kitapçığı. İzmir, 25-26 Kasım 2004; 14-29
- Kayar R. Meme koruyucu cerrahi sonrası yerel yinelemede etkili risk faktörleri SSK Tepecik Hast. Derg. 1999; 9(1);24-30
- Rietjens M, Petit JY, Contesso G, Bertin F, Gilles R. The role of reduction mammoplasty in oncology. *sEur. J. Plast. Surg.* 1997; 20:246-50.
- Newman LA, Cuerer HM, McNeese MD, Hunt KK, Guntner GC, Vlastos GS et al. Reduction mammoplasty improves breast conservation therapy in patients with macromastia. *Am J Surg*. 2001; 181:215-20.
- Pitanguy J, Tores E, Salgado F, Viane GAP. Breast pathology and reduction mammoplasty. *Plast Rec Surg* 2005; 115: 729.
- Chang E, Johnson N, Webber B, Booth J, Rahbal D, Gannett D et al. Bilateral reduction mammoplasty in combination with lumpectomy for treatment of breast cancer in patients with macromastia. *Am J Surg*. 2004; 187:647-51.
- Shestak KC. Discussion: The role of reduction mammoplasty in reconstructing partial mastectomy defects. *Plast Rec Surg* 2002; 109:976-7.
- Petit JY, Garusi C, Greuse M, Rietjens M, Youssef O, Luini A et al. One hundred and eleven cases of breast conservation treatment with simultaneous reconstruction at the European Institute of Oncology (Milan) *Tumori* 2002; 88:41-7
- Shestak KC, Johnson RR, Greco KJ, Williams SL. Partial mastectomy and breast reduction as a valuable treatment option for patients with macromastia and carcinoma of breast *Surg. Gynecol Obstet* 1993; 177:54-6.
- Clough KB, Levis JS, Coultroud B, Fitoussi A, Nos C, Falcou MC. Oncoplastic techniques allow extensive resections for breast conserving therapy of breast carcinomas. *Ann Surg*. 2003; 237(1):26-34.
- Kaur N, Petit JY, Rietjens M, Maffini F, Luini A, Gatti G et al. Comparative study of surgical margins in oncoplastic surgery and quadrantectomy in breast cancer. *Ann Surg Oncol*. 2005; May 10 (baskıda).
- Schrenk P, Moser F, Wöfl S, Bogner S, Gitter T, Grafinger E et al. Use of reduction mammoplasty techniques in breast cancer conservation therapy. 7. Milan Breast Cancer Conference Section E. *Abstract Book: June 15-17 2005; E-8:94.*

20. Spear SL, Pelletiere CV, Wolfe AJ, Tsangaris TN, Pennanen MF. Experience with reduction mammoplasty combined with breast conservation therapy in the treatment of breast cancer. *Plast Rec Surg.* 2003; 111:1102
21. Liberman L, Morris EA, Kim C, Kaplan JB, Abramson AF, Messel JH et al. MRI findings in the contralateral breast of women with recently diagnosed breast cancer. *AJR* 2003; 180:333-41
22. Nos C, Fitoussi A, Bourgeois D, Fourquet A, Salman RJ, Clough KB. Conservative treatment of lower pole breast cancer by bilateral mammoplasty and radiotherapy. *Eur J Surg Oncol.* 1998; 24:508-14
23. Kayar R, Bayol Ü, Cobanoğlu M, Güngör O, Catal H. Surgeon's role in patient refusal of conservative surgery in breast cancer. *The Breast* 1997; 3(4): 200-1.
24. Kurul S, Topuzlu C, Bilge N. Meme koruyucu cerrahi ile aynı seansta mammoplasti: endikasyon ve teknik *Ulusal Cerrahi Dergisi* 1995; 11(-2):105-11.
25. Kayar R., Çobanoğlu M., Güngör O., Bayol Ü., Emiroğlu M. 254 meme kanserlide Mastektomiyle alınan geç sonuçlar. *Türk Ekopatoloji Dergisi* 1999;5(3-4):104-8.
26. Spear SL, Burke JB, Forman D, Zuurbier RA, Berg CD. Experience with reduction mammoplasty following breast conservation surgery and radiation therapy. *Plast Rec Surg* 1998; 102:1913.
27. Papp C, Wechselberger G, Schoeller T. Autologous breast reconstruction after breast conserving cancer surgery. *Plast Rec Surg* 1998; 102:1932.
28. Chang DW, Kroll SS, Dackiw A, Singletary SE, Robb GL. Reconstructive management of contralateral breast cancer in patients who previously underwent unilateral breast reconstruction. *Plast Rec Surg.* 2001; 108:352.
29. Losken A, Elwood ET, Styblo TM, Bostwick J. III The role of reduction mammoplasty in reconstructing partial mastectomy defects. *Plast Rec Surg* 2002; 109: 968-75.
30. Baidam AD. Oncoplastic surgery of the breast. *Br J Surg.* 2002; 89:5-32-3.
31. Skillman JM, Humzah MD. The future of breast surgery: a new speciality of oncoplastic breast surgeons. *The Breast* 2003; 12:161-2
32. Grossman AJ, Roudner LA. A simple means for accurate breast volume determination. *Plast Rec Surg* 1980;66:851-2.

İletişim

Ragıp Kayar
Tel : 90-232-4631797
Faks : 90-232-4639955
E-posta : ragip-kayar @ yahoo.com