

Avrupa Senoloji Akademisi'nin meme kanseri tedavi yaklaşımları

Treatment approaches for breast cancer surgery in European Academi of Senology

Mustafa EMİROğLU

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir

Sayın Editör,

Meme kanseri biyolojisinin daha iyi anlaşılması, tarama programlarıyla daha erken tanı konulması ve adjuvan tedavilerdeki gelişmelerle daha uzun yaşayan meme kanserli hastalarda cerrahi tedavi sonrası meme estetik sorunları ve yaklaşımları ön plana çıkmıştır. Belli bir süre Avrupa Senoloji Akademisi'nin yaklaşımları ve uygulamalarını inceleme olanağı buldum. Bu önemli merkezin deneyimlerini derginiz okuyucularıyla paylaşmanın yararlı olacağını düşünmekteyim.

Meme kanserli hastaların değerlendirilmesi ve tedavi planlamaları Almanya'da konsensusla belirlenmiş ulusal rehberlere göre yapılmaktadır. Bu tür kurumların banchmarket yönünden kalite değerlendirilmeleri de yapılmaktadır (banchmarket, aynı iři yapan, hizmet üreten sağlık birimlerinin yaptıkları işlerin belirli kalite standartlarında karşılaştırılarak kıyaslanmasıdır). Hastalara ilk klinik değerlendirmede fizik bakıyla birlikte cerrah tarafından meme ultrasonografisi (US) yapılmaktadır. Meme volüm ölçümü tüm olgularda olmasa bile gereken olgularda yalnızca mamografik yöntem ile yapılmaktadır. Hasta ile yapılacak işlemler ve planlama konuşulmaktadır. Mastektomi yapılacak tüm olgulara erken ya da geče meme onarımı standart olarak önerilmektedir. Bu arada hem uygulamalar hem de olası çalışmalara katılım için ayrı ayrı bilgilendirilmiş onam belgesi alınmaktadır. Ameliyat öncesi memede ele gelen veya ele gelmeyen kitlelerin US ile sınırları işaretlenmekte, ele gelmeyen meme kitlelerinde ise yalnızca telle işaretleme yapılmaktadır.

Meme kitlelerinde tanı için girişimsel işlem ola-

rak kesici iğne biyopsisi (KİB) yapılmaktadır. Meme kitlelerinin tansında ince iğne biyopsisi kullanılmakta, bu yöntem Almanya'da kötü uygulama (malpraktis) olarak değerlendirilmektedir. Görüntüleme endikasyonuna bakılmaksızın genel sağlık sigortası PET-BT çekilmesine ödeme yapmamaktadır. Gerekiirse hastalar kendi parasıyla yaptırmaktadırlar.

Erken evre meme kanserine standart yaklaşım olarak meme koruyucu cerrahi (MKC) yapılmaktadır. Ameliyatlarda meme için en uygun estetik kesi yapılmakta, meme kanserinin eksizyonunda kitle tabana yakın değilse pektoral fasiya standart olarak çıkarılmaktadır. Çıkan materyal tartılmakta, yönlendirme sütürleri konulmakta ve patoloji için standart bir form üstünde yerleştirilip ayrıntılı olarak klinik bilgi ile patolojiye gönderilmektedir. Materyalin sınır güvenliği için standart olarak frozen kesit ile intraoperatif patolojik değerlendirme yapılmamaktadır. Cerrahi sınır pozitifliğinin yaklaşık olarak %6-7 olmasından dolayı intraoperatif sınır değerlendirilmesinin yapılmadığını belirtmektedirler. Alman meme kliniği kalite standartlarına uyan bir oran olmasından dolayı gerek görülmemektedir. Lumpektomi alanı radyoterapi (RT) için metal klipsle işaretlenmekte ve lumpektomi alanı glandüler ve dermo glandüler fleplerle standart olarak kapatılmaktadır. Kesinin, ciltaltı çekinti, büzülme, gamzeleşme engellenecek şekilde estetik olarak kapatılmasına özen gösterilmektedir. Zaman zaman estetik sonuçlar için J kesisi, üçgen kesi ve benzeri onkoplastik teknikleri kullanılmaktadır⁽²⁾. Aksillada klinik olarak nod negatif hastalarda bekeçi lenf düğümü biyopsisi (BLDB)

Alındığı tarih: 20.02.2015
Kabul tarihi: 23.03.2015

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Mustafa Emiroğlu, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
e-mail: musemiroglu@gmail.com

yapılmakta; bunun için lenfosintigrafi ve mavi boya (izosulfan mavisi) birlikte kullanılmaktadır. Radyonükleid madde operasyondan bir gün önce verilmektedir. Aksilla dışındaki mammariyal ve supraklaviküler lenf düğümleri bekçi lenf düğümü yönünden incelenmemektedir. Önce lumpektomi, sonra BLDB yapılmaktadır. Koltuk altı kesisi koltuk altı deri katlanmasına dik gelecek şekilde 2-3 cm'lik cilt kesisiyle yapılmaktadır. Lenf nodlarının intraoperatif olarak frozen ya da imprint değerlendirilmesi yapılmamaktadır. Memeye ve aksillaya RT yapılacağından lenf nodu ameliyat sonrası patolojik değerlendirilmede pozitif gelse bile aksiller diseksiyon (AD) yapılmaktadır (3). Yapılan AD'de seviye 1-2 lenf diseksiyonu yapılmaktadır. Mastektomi yapılacak hastanın ameliyat sonrası RT alacağı kesin ise intraoperatif frozen değerlendirilmesi yine yapılmamaktadır (3). Aksillaya memenin üst kadranındaki lumpektomi kesisinden de zaman zaman ulaşılmaktadır.

Yerel ileri meme kanserli (YİMİK) hastalarda öncelikle neoadjuvan kemoterapi (NAKT) yapılmaktadır. Hâlen devam eden randomize çalışmalara katılan bazı olgularda NAKT sonrası nod negatif olsa da BLDB yapılmaktadır (4). YİMİK hastaların önemli bir kısmında MKC yapılmasına rağmen, lumpektomi sonrasında memede ciddi defekt gelişecek olgularda deri koruyucu cerrahi (DKC) ya da meme başı koruyucu mastektomi (MBKM) yapılmaktadır.

Meme kanseri tedavileri sonrasında gelişen yerel yinelemelerdeki (YY) yaklaşımları oldukça liberal karşılanabilir. Hastada gelişen YY reeksiyon ile tedavi edilmektedir. Bunun için mastektomi yapılmaktadır. Bazı olgularda DKM ya da MBKM de yapılmaktadır. Bu olgulara eşzamanlı onarım da (özdoku ve implant ile) yapılmaktadır. Bu tür olgularda lenfosintigrafi ile yine BLDB yapılmaktadır (3). Burada bulunduğu süre içinde meme kanseri nedeniyle DKM yapılıp implant konulan, yaklaşık 1,5 yıl sonra çekilen mamografide mikrokalsifikasyonlar saptanan ve biyopsi değerlendirmesi sonucu in-situ kanser gelen olguda silikon implant çıkarılmadan bölgesel olarak kapsül ile birlikte reeksiyon yapılmıştır.

OMC ve rekonstrüksiyon yaklaşımları

Memenin korunması ve cerrahi tedavilerdeki meme koruma ve meme estetiği sağlama çabaları oldukça belirgindir. Hastalara tüm işlemlerin başında olası alternatifler sunulmaktadır. Bu planlamalarda

tümör biyolojisine dikkat edilerek karar verilmektedir. Üçlü negatif, genç bir meme kanserli hastaya DKM/MBKM sonrası onarım önerilebilmektedir. Memenin yapısal boyut ölçümleri (areola çapı, jugüller çentik- meme başı uzaklığı, areola-meme alt sınırı uzaklığı vb.) yapılmakta ve ameliyat sonrası süreç başlangıçta planlanmaktadır. Uygun hastalarda erken, ama mastektomi yapılan hastalarda sıklıkla geç onarım önerilmektedir (5). Öncelik özellikle özdoku onarımı olan TRAM önerilmektedir. Bazen damarı bağlanarak 1-3 hafta TRAM flepin beslenmesi kontrol edilmektedir. Uzun süren onkoplastik küçültmeler de benzer sürede bitirilmektedir. Bu tür uzun ameliyatlara deneyimli iki ekip tarafından yapılmaktadır. İmplant uygulamalarında daha az reaksiyon yapan dış yüzeyi pürüklü anatomik silikon implantlar kullanılmaktadır. Ayrıca zamanla silikon implantın özellikle aşağıya doğru yer değiştirmesini engelleyen tiloo yamalar rutin olarak kullanılmaktadır. Özellikle steawart cilt kesisi sık kullanılmakta, aynı kesiden aksiller cerrahi de yapılmaktadır. Memedeki yaklaşımlarda onkoplastik cilt kesileri ve glandüler-dermoglandüler teknikleri gereken yerlerde bol bol kullanılmaktadır. Tüm bu uygulamalarda işlemler yalnızca meme cerrahları tarafından yapılmaktadır. Meme kanseri ameliyatlarının yanında yaygın olarak makromastili hastalar için meme küçültme, sarkik memeler için mastopeksi ve küçük memeler için meme büyütme (silikon implantla) sıkça yapılmaktadır.

KAYNAKLAR

1. El-Tamer MB. Principles and Techniques in Oncoplastic Breast Cancer Surgery; in Chapter 7; Repair of Breast Defects. World Scientific Publishing, USA 2013.
2. Clough KB, Kaufman GJ, Nos C, et al. Improving breast cancer surgery: A classification and quadrant per quadrant atlas for oncoplastic surgery. *Ann Surg Oncol* 2010;17:1375-1391. <http://dx.doi.org/10.1245/s10434-009-0792-y>
3. Giuliano AE, McCall L, Beitsch P, Whitworth PW, Blumencranz P, Leitch AM, et al. Locoregional recurrence after sentinel lymph node dissection with or without axillary dissection in patients with sentinel lymph node metastases: the American College of Surgeons Oncology Group Z0011 randomized trial. *Ann Surg* 2010;252:426-432; discussion 432-433. [PMID: 20739842] <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181f08f32>
4. Ozmen V, Unal ES, Muslumanoglu ME, Igci A, Canbay E, Ozcinar B, et al. Axillary sentinel node biopsy after neoadjuvant chemotherapy. *Eur J Surg Oncol* 2010;36(1):23-29. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2009.10.015>
5. Holland F, Archer S, Montague J. Younger women's experiences of deciding against delayed breast reconstruction post-mastectomy following breast cancer: An interpretative phenomenological analysis. *J Health Psychol* 2014 Dec <http://dx.doi.org/10.1177/1359105314562085>