

Metastatik, Dev Ülserli Meme Kanserinin Lokal Kontrolünde Split Thickness Deri Grefti ile Rekonstrüksiyon

Reconstruction with Split Thickness Skin Graft in Local Control of
Metastatic, Giant Ulcer Breast Cancer
CERRAHİ TIP BİLİMLERİ

Başvuru: 14.01.2023
Kabul: 06.04.2023
Yayın: 14.04.2023

Uğraş Daban^{1ID}, Murat Kaya^{1ID}, Süleyman Sürmeli^{1ID}, Alper Parlakgümüş^{1ID}

¹ Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi

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 veya deri greftleri ile tedavi edilebilir. Bu makalenin amacı, split thickness deri grefti ile rekonstrüksiyon yapılan hastaların sonuçlarını değerlendirmektir. Dört hastaya uyuktan hazırlanmış split thickness deri grefti ile rekonstrüksiyon uygulandı. Postoperatif dönemde komplikasyon olmadı. Hiçbir hastada revizyon ihtiyacı olmadı. Sonuçlar:Lokal olarak ilerlemiş meme kanserinin eksizyonundan sonra büyük göğüs duvarı defektlerini tedavi etmek için hem flep hem de greft yöntemleri uygulansa da agresif hastalığı olan olgularda da greft ile rekonstrüksiyon güvenle uygulanabilir.

Anahtar kelimeler: meme kanseri rekonstrüksiyonu, lokal ileri meme kanseri metastatik meme kanseri

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. The aim of this article is to evaluate the results of patients who underwent reconstruction with split thickness skin grafts. Four patients underwent reconstruction with a split-thickness skin graft prepared from the thigh. There were no complications in the postoperative period. No patient required revision. Although both flap and graft methods are used to treat large chest wall defects after excision of locally advanced breast cancer, graft reconstruction can be safely performed in patients with aggressive disease.

Keywords: breast cancer reconstruction, locally advanced breast cancer metastatic breast cancer

Giriş

2018 yılında dünya çapında yaklaşık 18,1 milyon yeni kanser vakası olduğu tahmin edilmektedir ve bunların 2,1 milyonu meme kanseri vakasıdır (%11,6). Meme kanseri, dünya çapında kadınları etkileyen kanserler arasında ilk sırada yer almaktadır. Kadınlarda saptanan yeni kanser vakalarının %24,2'sini oluşturmaktadır¹. Ekonomik gelir arttıkça yaştan bağımsız olarak meme kanseri görülme insidansı artar. Ancak meme kanserinden ölüm oranı en fakir ülkelerdeki kadınlar arasında nispeten yüksektir². Meme kanseri erkeklerde de görülebilmektedir. Erkeklerde nadir olarak görülen meme kanseri tüm meme kanserli hastaların yaklaşık %1'ini ve erkeklerde görülen kanserlerin %0,2'sini oluşturur³. Metastatik meme kanseri tüm yeni tanı almış meme kanserleri olgularının %3 - 7'sini oluşturmaktadır. Geleneksel olarak, 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 tanımlanmaktadır⁴. Bu çalışmamızda salvage mastektomi yaptığımız ve oluşan doku defektini primer olarak kapatamadığımız, split thickness deri grefti ile rekonstrüksiyon uyguladığımız hastaları literatür bilgisi eşliğinde sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Sorumlu Yazar: Uğraş Daban, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Yurt Mah.71337 sk.Çalıkparksitesi C Blok No:13
udaban@gmail.com

OLGU-1

71 yaşında kadın hasta; multiple kemik metastazları nedeniyle sistemik kemoterapi almaktayken tümör ülseri olmuş ve kötü kokulu akıntı nedeni ile tarafımıza konsülte edilmişti. Hastaya tuvalet mastektomi yapıldı. Primer kapatılamayan mastektomi defekti sağ uyluk anteriorundan hazırlanan 10x10 cm boyutunda üç adet split thickness deri greftleri ile rekonstrükte edildi. Hasta postoperatif 6. gün taburcu edildi. Revizyon ihtiyacı olmadan yara iyileşmesi sağlandı.

OLGU-2

44 yaşında kadın hasta; multiple metastazları nedeniyle sistemik kemoterapi almaktayken ülseri kötü kokulu tümör varlığı nedeniyle palyatif amaçlı tuvalet mastektomi yapıldı. Primer kapatılamayan mastektomi defekti önce bir miktar primer tek tek atılmış sütürler ile küçültüldükten sonra sağ uyluk anteriorundan hazırlanan 10x5 cm split thickness deri grefti ile rekonstrükte edildi. Hasta postoperatif 4. gün taburcu edildi. Revizyon ihtiyacı olmadan yara iyileşmesi sağlandı.

OLGU-3

39 yaşında kadın hasta; 4 yıl önce sağ meme kanseri nedeniyle meme koruyucu cerrahi ve sentinel lenf nodu biyopsisi yapıldı. Patolojik inceleme sonucu invaziv duktal karsinom ve invaziv lobüler karsinom birlikteliğinin olduğu belirtildi. Sağ memede lokal nüks ile başvuran hastanın evaluasyonunda buna ek olarak lokal ileri sol meme kanseri tespit edilmesi üzerine hastaya neoadjuvan kemoterapi verildi. Neoadjuvan tedavi sonrası sol mastektomi defekti primer kapatılabilirken nüks olan sağ tarafta defekt primer kapatılamadı. Sağ uyluk lateralinden hazırlanan 12x8 cm split thickness deri grefti ile rekonstrüksiyon uygulandı. Spesimenlerin patolojik incelemesi sonucunda bilateral invaziv lobüler karsinom raporlandı. Hasta postoperatif 8. gün taburcu edildi. Revizyon ihtiyacı olmadan yara iyileşmesi sağlandı.

OLGU-4

57 yaşında kadın hasta 6 yıl önce sol memede müsinöz karsinom nedeni ile meme koruyucu cerrahi ve sentinel lenf nodu biyopsisi uygulandı. Takipteki hastada, mastektomi sahasında göğüs duvarı sol yarısını geniş biçimde infiltrate eden, nüks olduğu düşünülen kitle nedeniyle küratif cerrahi girişim uygulandı. Geniş bir defekt oluşması nedeniyle sağ uyluk anterior ve lateral bölgeden hazırlanan yaklaşık 20x20 cm split thickness deri grefti ile defekt kapatıldı. Spesimenin patolojik incelemesi sonucu tümörün anjiosarkom olduğu bildirildi. Hasta postoperatif 10. gün taburcu edildi. Revizyon ihtiyacı olmadan yara iyileşmesi sağlandı.



Şekil 1 : Preoperatif, intraoperatif ve postoperatif görüntülerden örnekler

Tartışma ve Sonuç

Meme kanseri olguları günümüzde neredeyse her 3 kanser olgusunun 1'ini oluşturmaktadır ve kadınlarda kansere bağlı ölümlerin ana nedenidir. Erken teşhis ve sistemik tedavilerdeki gelişmeler nedeniyle 1989'dan 2012'ye kadar meme kanserinden genel ölüm oranı %36 oranında azalmasına rağmen, şu anki bilgilerimize göre, meme kanseri hastalarının yaklaşık %20'si ileri evrelerde teşhis edilip 5 yıl içinde nüks veya uzak metastazla karşılaşılıyor⁵. Lokal ileri meme kanseri, meme kanseri klinik tabloları arasında, özellikle gelişmekte olan ülkelerde eğitim geriliği ve/veya düşük sosyoekonomik durum gibi çeşitli faktörlere bağlı görülen en sık prezentasyon şeklidir⁶. Ayrıca, tedavi olanakları sınırlı toplumlarda meme kanserinin tipik prezentasyonu ciltteki ülserlerdir⁷. Bizim çalışmamızdaki 4 hastanın 3'ü tedavi altındayken progresyon gösterip palyatif cerrahi ihtiyacı hasıl olmuştur. Sadece 1 hastanın ihmali ve geç başvurusu olduğu gözlenmiştir. İlk başvuru anında ülserasyon meme kanserli vakaların yaklaşık %6-15'inde gözlemlenmiştir. İlginç olarak, meme kanserli 70 yaş üzerindeki erkek hastaların ülserasyon ile başvurusu %50'ye varan oranlara kadar çıkabilmektedir⁸.

Meme rekonstrüksiyonu alanındaki dramatik evrimin aksine, salvage mastektomiyi takiben büyük göğüs duvarı defektlerinin rekonstrüksiyonuna daha az ilgi gösterilmiştir⁹. Mastektomi sonrası geniş göğüs duvarı defektinin kapatılmaması ciddi bir klinik sorundur ve son kırk yılda deri greftleri, fasiyokütan flepler, omental flepler ve pektoralis majör, rektus abdominis, latissimus dorsi, eksternal oblik flepler gibi kas deri flepleri dahil olmak üzere çeşitli teknikler uygulanmıştır^{10, 11}.

Babiera ve ark. tarafından yapılan 224 hastanın bulunduğu çalışmada metastatik meme kanserli hastaların % 37'sine cerrahi uygulanmış, hastalar tümör çapı, grade, cerrahi metod, sistemik tedavi (kemoterapi, hormonoterapi) ve radyoterapi almalarına göre değerlendirilmiştir. Özellikle ER pozitif hastalarda sağkalımın arttığını bildirmişlerdir¹². Ayrıca yapılan bir başka çalışmada 24.808 metastatik meme kanseri olgusu dahil edilmiş, 9735 hasta opere edilmiştir. Opere edilen hastalar genel olarak sağkalım açısından avantajlı olsa da daha az bölgede metastazı olan ve ER ve/veya HER2 pozitif özelliklere sahip alt gruptaki hastaların en uzun sağkalım sağladığı görülmüştür¹³. Zihni ve ark. 22 adet tuvalet mastektomi uyguladığı seride 14 olguda cilde ülser lezyon mevcuttu ve hastaların hepsine salvage mastektomi uyguladı. Üç hastaya mastektomi sonrası deri grefti uyguladı ve tüm hastalarda cerrahi sınır negatif¹⁴. Bizim çalışmamızda sunduğumuz 4 hastanın 3'ü kemoterapi tedavisi almaktayken kötü kokulu, nekrotik ve ülser lezyonları olması sebebiyle cerrahi uygulandı. Cilt greftleri ile doku defektleri kapatıldı. Park Joo Seok ve ark. tarafından yapılan çalışmada 24 lokal ileri meme kanseri hastasında kapanmayan göğüs duvar defektlerinin rekonstrüksiyonunda 25 flep uygulandı. Bunlardan 6'sı bilateral ilerletme flebi, 9'u torakoabdominal flep ve 10'u torakoepigastrik flep idi. Torakoabdominal flep uygulanan 2 hastada ve torakoepigastrik flep uygulanan 6 hastada distal flep nekrozu gelişti ve 2 hastada torakoepigastrik flebin tedavisi için deri greftlerine ihtiyaç duyuldu¹⁵. Biz hastalarımızın tamamında greft ile rekonstrüksiyonu tercih ettik. Yara iyileşme süresi uzun ve bakımı zahmetli olmasına karşın bu gruptaki hastalarda tümörektomi girişimini cerrahi sınır negatif olarak yapmaya her ne kadar çalışsakta lokal nüks oranlarının yüksek olduğu bilinmektedir. Bu nedenle hastalarımızda fleple rekonstrüksiyon seçeneğini ikinci bir cerrahi girişim gerekliliğinde kullanmayı planladık. Sonuç olarak metastatik, lokal ileri hastalığı olan agresif seyirli olgularda primer kapanmayan mastektomi defektlerinin rekonstrüksiyonunda split thickness deri greftleri güvenle kullanılabilir.

YAŞ	PATOLOJİK TANI	UZAK METASTAZ	ER	PR	HER2	Kİ67	CS
OLGU- 71 1	İnvaziv karsinom duktal	Var	-	-	-	20	-
OLGU- 44 2	İnvaziv karsinom duktal	Var	+	+	+	90	+
OLGU- 39 3	İnvaziv karsinom lobüler	Yok	+	-	-	%50	-
OLGU- 57 4	Anjiyosarkom	Yok	Yok	Yok	Yok	Yok	-

Table 1

Hastaların klinik ve patolojik özellikleri: Cerrahi sınır

Hasta Onam

Hastalardan kişisel verilerinin saklanması koşuluyla tıbbi verilerinin ve ilgili görsellerin bilimsel çalışmalarda kullanılması ile ilgili izin alınmıştır.

Kaynaklar

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. Bellanger M, et al. Are Global Breast Cancer Incidence and Mortality Patterns Related to Country-Specific Economic Development and Prevention Strategies? Journal of global oncology. 2018;4:1-16.
3. DİZEN H, et al. Erkek Meme Kanserinde Klinik Ve Patolojik Özellikler: 16 Olgunun İncelenmesi. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi.54(2):321-5.
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. Özdemir DB, et al. The role of red cell distribution width in predicting the prognosis of patients with breast cancer. Journal of Health Sciences and Medicine.5(4):1170-5.
6. Nagadowska M, Kułakowski A. Breast cancer in elderly women: characteristics of the disease. European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology. 1991;17(6):609-14.
7. Dauphin S, et al. Chemotherapy is a safe and effective initial therapy for infected malignant breast and chest wall ulcers. J Surg Oncol. 1997;66(3):186-8.
8. Singletary SE, et al. Revision of the American Joint Committee on Cancer staging system for breast cancer. Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology. 2002;20(17):3628-36.
9. Lee MC, Newman LA. Management of patients with locally advanced breast cancer. The Surgical clinics of North America. 2007;87(2):379-98, ix.
10. Matros E, Disa JJ. Uncommon flaps for chest wall reconstruction. Seminars in plastic surgery. 2011;25(1):55-9.
11. 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.
12. Babiera GV, et al. Effect of primary tumor extirpation in breast cancer patients who present with stage IV disease and an intact primary tumor. Ann Surg Oncol. 2006;13(6):776-82.
13. Marks CE, et al. Metastatic breast cancer: Who benefits from surgery? American journal of surgery. 2022;223(1):81-93.
14. ZİHNİ İ, et al. Metastatik Meme Kanseri Hastalarında Salvage Mastektomi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2022;13(1):140-5.
15. Park JS, et al. Using local flaps in a chest wall reconstruction after mastectomy for locally advanced breast cancer. Archives of Plastic Surgery. 2015;42(03):288-94.