

Nüks Meme Kanserinde Tam Kat Toraks Duvarı Rezeksiyonu Olgu Sunumu

FULLTHICKNESS CHEST WALL RECONSTRUCTION IN THE RECURRENCE OF BREAST CARCINOMA

Ayten KAYI CANGIR*, Dalokay KILIÇ**, Ekber ŞAHİN**, Şule HASDEMİR**, Murat EMİROĞLU***, Şevket KAVUKÇU****

* Uz.Dr., Dr.Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi Göğüs Cerrahisi Kliniği,

** Araş.Gör.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD,

*** Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi AD, Öğretim Üyesi,

**** Prof.Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD, Öğretim Üyesi, ANKARA

Özet

Toraks duvarı rezeksiyonu, göğüs duvarının malignitelerinde, enfeksiyonların eradikasyonunda, radyoterapiye bağlı ya da lokal tümör nükslerinde oluşan ülserlerde ve travma kaynaklı hasarların tedavisi ya da debridmanında kullanılan bir yöntemdir.

Meme kanseri tanısı ile 13 yıl önce sol mastektomi yapılan lokal nüslü 41 yaşındaki kadın hasta cerrahi tedavi ile birlikte sunuldu.

Meme kanserinin lokal nüksünde toraks duvarının tam kat rezeksiyonu ve rekonstrüksiyonu özellikle hastanın yaşam kalitesini artıran başarılı bir tedavi yöntemidir.

Anahtar Kelimeler: Toraks duvarı rezeksiyonu, Nüks meme karsinomu

T Klin Tıp Bilimleri 2001, 21:114-116

Summary

Chest wall resection is a method in use for chest wall malignancies, eradication of infections, ulcers caused by radiation therapy or local tumor relapses, management or debridement of the injuries taking origin from trauma.

A 41-year-old female patient which a left mastectomy procedure was performed 13 years ago and now with a local relapse is presented with surgical management.

Full-thickness resection and reconstruction of chest wall on locally relapses of breast cancer is a succesful and life-quality increasing therapy method.

Key Words: Chest wall resection, Recurrence of breast carcinoma

T Klin J Med Sci 2001, 21:114-116

Meme kanserinin cerrahi tedavi sonrası lokal nüks mortalite ve morbiditeyi etkileyen önemli bir sorundur. Meme kanserinde lokal nüksün cerrahi tedavinin sağkalıma etkisi tartışmalı olmakla birlikte hastanın yaşam kalitesini artırıyor ve lokal nüksün kontrolünü sağlıyor olması nedeniyle önerilmektedir (1-8).

Olgu

Kırkbir yaşında kadın hasta göğüs ön duvarının

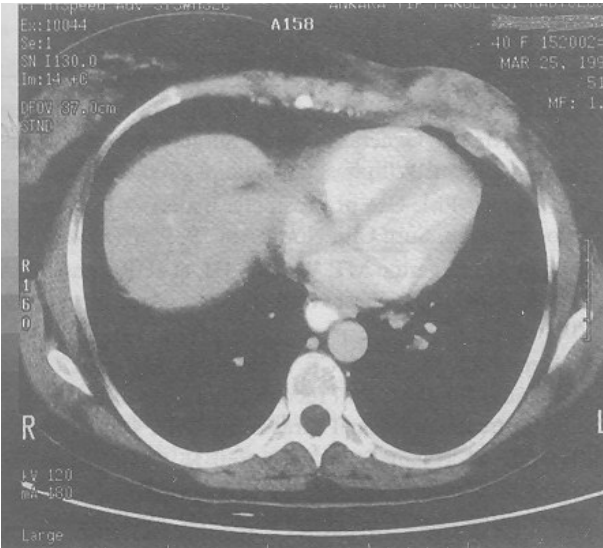
Geliş Tarihi: 23.10.2000

Yazışma Adresi: Dr.Şevket KAVUKÇU
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Cerrahisi AD
İbni Sina Hastanesi Sıhhiye, ANKARA

da şişlik yakınması ile başvurdu. İnfiltratif duktal karsinoma tanısı ile 13 yıl önce sol mastektomi operasyonu geçiren hasta cerrahi tedavi sonrası kemoterapi (6 kür Siklofosfamid+Metotreksat+5-Flourourasil) ve radyoterapi (5000cGy) almıştı. Birinci yıldaki ilk nüksten sonra 6 kür kemoterapi (Siklofosfamid+Adriamisin+5-Flourourasil) daha sonraki nükslerde ise Tamoxifen tedavisi alan hastada adjuvan tedavilere rağmen postoperatif birinci, dördüncü, dokuzuncu ve 11. yıllarda lokal nüks saptanmış ve adjuvan tedavi yanı sıra lokal eksize uygulanmıştı. Son nüksten bir yıl sonra yine lokal nüksü olan hastaya KT verilmesine karşın kitlede büyümenin devam etmesi nedeniyle hasta kliniğimizde konsülte edildi, ileri tetkik ve tedavi



Şekil 1. Olgunun preoperatif görünümü.



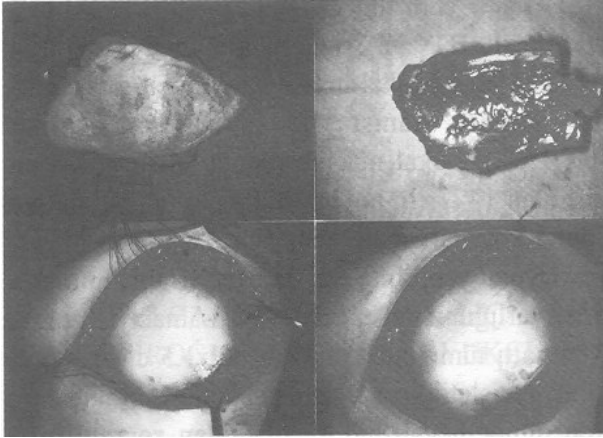
Şekil 2. Lezyonun bilgisayarlı tomografideki görünümü.

in için yatırıldı. Fizik muayenesinde, sol mastektomi ve lokal nüks eksizeyonları için yapılan kesilere ait skar dokuları mevcuttu. Bu alanda deri, tümör infiltrasyonuna sekonder olarak hiperemikti ve altıncı kosta ön ucunda en büyüğü 6x4 cm boyutlarında birkaç adet immobil kitle palpe edildi (Şekil 1). Hastanın rutin laboratuvar tetkikleri, kan gazları ve solunum fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Radyolojik incelemelerinde toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol hemitoraksta parasternal 6x2 cm boyutlarında kitle (Şekil 2) ve tüm vücut kemik sintigrafisinde sol 6. kosta ön yüzünde hafif artmış aktivite tutulumu saptandı. Uzak organ metastaz-

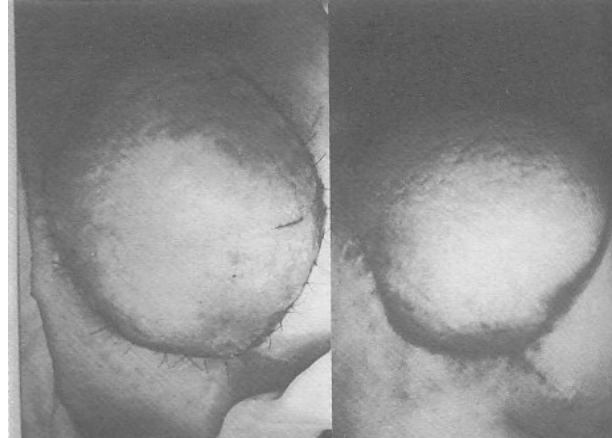
larının değerlendirilmesi için yapılan kranial BT, abdominal BT ve sağ meme mammografisi normaldi. Hasta lokal invazyon kökenli toraks duvarı tümörü tanısı ile operasyona alındı (30.4.1998). Lokal nüksün olduğu alanı tamamen içine alan 14x7 cm boyutlarında beşinci, altıncı ve yedinci kostaları içine alan tam kat toraks duvarı rezeksiyonu yapıldı (Şekil 3a,b). Cerrahi sınırlarda tümör varlığının değerlendirilmesi amacıyla rezeksiyon hattı tüm sınırlar boyunca 1-1.5 cm tam kat olarak genişletildi ve frozen çalışıldı. Cerrahi sınırlarda tümör negatifliği saptandıktan sonra 17x10 cm boyutlarına ulaşan defekt mersilen meş ve metil metakrilat (MM-MM) ile hazırlanan sandeviç greft ile rekonstrüksiyonun ilk basamağı gerçekleştirildi (Şekil 4a,b). MM-MM üzerine sağ superior gastrik arterin beslediği uterus abdominis kas deri flebi getirilerek rekonstrüksiyon tamamlandı. Operasyon materyalinin histopatolojik incelemesinde meme karsinomuna ait olduğu düşünülen toraks duvarı ve deri altı dokusu epitelyal tümör infiltrasyonu olarak rapor edildi. Postoperatif sorunu olmayan hasta 15. günde taburcu edildi.

Tartışma

Toraks duvarı rezeksiyonu malign tümörlerin tedavisinde, enfeksiyonun eradikasyonunda, RT sonrası oluşan ülserlerin tedavisinde ve travmanın neden olduğu hasarın tedavisinde ya da debridmanında kullanılan bir tedavi yöntemidir (1,9). Komplet rezeksiyon yapılan evre I ve II meme kanserlerinde lokal nüks oranları %4-20 arasında değişmekte olup meme kanserli hastalarda cerrahi sonrası önemli bir sorundur (8,10). Meme kanserinin lokal nükslerinde de toraks duvarı rezeksiyonu başarılı sonuçları olan bir tedavi seçeneğidir (1,4,6,8,9). Meme kanserinin lokal nüksünde yapılan toraks duvarı rezeksiyonunun sağkalıma etkisi tartışmalıdır (1,8). Bununla birlikte toraks duvarındaki lokal nüks tek başına olduğunda toraks duvarı rezeksiyonu sonrası beklenen median sağkalım 5.6 yıl ve 10 yıllık sağkalımın ise %30 olduğunu bildiren yayınlar mevcuttur (11). Tümör nekrozuna ya da RT kaynaklı ülserlerin hijyeninin sağlanması, ağrının azaltılması ve kozmetik katkıları ile hastanın yaşam kalitesini yükseltiyor olması gözardı edilemeyecek bir gerçektir (1,2,5,7,8).



Şekil 3a,b. Rezeksiyon materyalinin önden ve arkadan görünümü. **c,d.** Toraks duvarındaki defektin MM-MM ile rekonstrüksiyonu.



Şekil 4a. Tam kat deri flebi ile rekonstrüksiyon (erken postoperatif görünümü). **b.** Olgunun 1 ay sonraki görünümü.

Toraks duvarı rekonstrüksiyonunda kullanılacak olan materyalin kolay uygulanabilirlik, vücutta uyum, dayanıklılık, rejeksiyon olmaması, enfeksiyona dirençli olması ve X-ışınlarını geçiriyor olması gibi özelliklere sahip olması gerekmektedir (2,4,8). MM-MM ile hazırlanan sandviç greftin sözkonusu bu özelliklere sahip olması yanı sıra diğer materyallere göre oldukça ucuz oluşu ve RT için herhangi bir kontrendikasyonun belirtilmemiş (4) olması nedeniyle olgumuzda tercih edildi. Rektus abdoministen hazırlanan deri kas flepleri anterior toraks duvarı rekonstrüksiyonunda kullanışlı ve başarılı bir yöntem olması dolayısıyla kullanıldı (1,2,4-6,8,9). Hastanın postoperatif erken ve geç dönemlerinde grefte ve flebe ait sorunu olmadı. Hasta postoperatif 31. ayda sağ ve lokal nükse ait bulgusu yoktur. Hastada postoperatif birinci yılda sağ retrobulber alanda ve karaciğerde metastaz saptanması nedeniyle adjuvan tedavisi devam etmektedir.

Meme kanserinin lokal nüksleri hastanın yaşam kalitesini ve sağkalımı etkileyen önemli bir sorundur. Tam kat toraks duvarı rezeksiyonu ve MM-MM ile eş zamanlı deri kas flebi ile gerçekleştirilen rekonstrüksiyon meme kanserinin lokal nüksünün kontrolü ile hastanın yaşam kalitesini arttıran başarılı bir tedavi yöntemi olduğu görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

1. Pairolero PC. Chest Wall Tumor. In: Shields TW, LoCicero J, Ponn RB eds. General Thoracic Surgery, 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000: 589-98.
2. McCormack PM. Use of prosthetic materials in chest-wall reconstruction. Surg Clin North Am 1989; 69(5):965-76.
3. Morgan RF, Edgerton MT, Wanebo HJ, et al. Reconstruction of full thickness chest wall defects. Ann Surg 1988; 207(6):707-16.
4. McKenna RJ, Mountain CF, McMurtrey MJ, et al. Current techniques for chest wall reconstruction: expanded possibilities for treatment. Ann Thorac Surg 1988; 46(5):508-12.
5. El-Tamer M, Chaglassian T, Martini N. Resection and debridement of chest-wall tumors and general aspects of reconstruction. Surg Clin North Am 1989; 69(5):947-63.
6. Hasse J. Surgery for primary, invasive and metastatic malignancy of the chest wall. Eur J Cardio-thorac Surg 1991; 5:346-51.
7. Arnold PG, Pairolero PC. Chest wall reconstruction. Ann Surg 1984; 199(6):725-32.
8. Downey RJ, Rusch V, Hsu FI, Leon L, et al. Chest wall resection for locally recurrent breast cancer: is it worthwhile? J Thorac Cardiovasc Surg 2000; 119(3):420-6.
9. Miller Jr J. Surgical resection of the chest wall including the sternum. In: Kaiser LR, Kron IL, Spray TL, eds. Mastery of Cardiothoracic Surgery. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998: 186-95.
10. Tomin R, Donegan WL. Screening for recurrent breast cancer: its effectiveness and prognostic value. J Clin Oncol 1987; 5:62-7.
11. Kamby C, Sengelov L. Pattern of dissemination and survival following isolated locoregional recurrence of breast cancer: a prospective study with more than 10 years of follow up. Breast Cancer Res Treat 1997; 45:181-92.