

13. BÖLÜM

AKSİLLER LENF NODU DİSEKSİYON TEKNİĞİ

Hüseyin Fahri MARTLI¹

Kadınlarda en sık rastlanan kanser olan “Meme Kanseri” nin cerrahi tedavisi gün geçtikçe minimalistleşmeye devam etmektedir. Radikal mastektomiden, modifiye radikal mastektomiye geçiş olmuş sonrasında sentinel lenf nodu ve frozen tekniğinin gelişmesi ile simple mastektomi ve meme koruyucu cerrahi ile evrimleşme devam etmiştir.

Aksiller lenf nodu diseksiyonunun meme kanserinde terapotik etkinliğinden ziyade, evreleme açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Meme kanserinde sağlıklı bir evreleme yapabilmek için en az 10 adet aksiller lenf nodunun çıkarılması gerekmektedir. (1) Meme kanseri dışında malign melanomda da terapotik lenf nodu diseksiyonu uygulanmaktadır. (2) Lenfoma, akciğer, özefagus, mide ve baş boyun tümörlerinde şüpheli ve büyümüş aksiller lenf nodları da tanısal amaçlı çıkarılması gerekmektedir.

Erken evre meme kanseri bulunan hastalarda diseksiyon morbiditenin en önemli nedenidir. (3) Morbidite cerrahi tekniğe bağlı olabileceği gibi aksiller diseksiyonun doğal sonucu olarak da karşımıza çıkabilir. Cerrahi tekniğe ait komplikasyonlar önlenabilir komplikasyonlardır ve usulünce yapıldığında hastayı morbiditelerden kurtaracaktır.

CERRAHİ ALAN, ÖNEMLİ YAPILAR VE LENF NODLARI

Aksiller diseksiyonda bu bölgede ki lenf nodlarını ve yağ dokularının çıkarılması gereklidir. Cerrahi alan süperiorde aksiller veni geçmemeli, lateralde latissimus dorsiye geçmemelidir. Medialde pektoralis minör kası identifiye

¹ Uzm. Dr., Niğde Ömer Halisdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği
fahri_martli@hotmail.com

AMELİYAT SONRASI TAKİP

Erken dönemde görülen problemler akut ağrı, parestezi, hospitalizasyon ihtiyacı, omuz ekleminde hareket aralığının azalması ve 2 hafta veya daha fazla süre cerrahi alan drenaj ihtiyacıdır. Uzun dönem problemler ise lenf ödem, hissizlik, kronik ağrı ve omuz ekleminde hareket kısıtlılığıdır. (3)

Cerrahi sonrası drenler -çok daha uzun zamanda çekilebilmekle beraber-genellikle 4.günde çekilir veya drenenden gelenin 30cc'nin altına inmesi beklenir. Dren çekildikten sonra oluşan seroma iğne ile aspire edilebilir. Dikişler 5-7.günlerde alınır ve bu günlerde lenfödem oluşmaması ve hareket kısıtlılığı olmaması için egzersizlere başlanır.

Özellikle modifiye radikal mastektomi sonrası cilt fleblerinin yeterli kaldırılmamasına bağlı olarak yara yerinde açılma, yara kenarında nekroz görülebilir. Bu durumda yeniden dikiş atılması ve hatta yeniden fleb kaldırılması gerekebileceği gibi splitt-thickness greftlerle de tedavi gerekebilir.

Anjiödem axillar diseksiyon ve hatta biyopsi(sentinel veya non sentinel) sonrasında meydana gelir. Ameliyat öncesinden başlayarak ömür boyu ilgili ekstremitenin; damar yolu açılmayarak,tansiyon ölçülmeyerek,yük taşınmayarak korunması gerekmektedir. Hasta muhakkak anjiödem önleyici fizik tedavi programlarına alınmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Kiricuta IC, Tausch JA. A mathematical model of axillary lymph node involvement based on 1446 complete axillary dissections in patients with breast carcinoma. *Cancer* 1992; 69:2496-2501.
2. Sentinel Lymph Node Biopsy Jessica Crystal MD and Mark B. Faries MDSurgical Oncology Clinics of North America, 2020-07-01, Volume 29, Issue 3, Pages 401-414, Copyright © 2020 Elsevier Inc
3. Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice 20th Edition by Courtney M. Townsend Jr. JR. MD (Editor), R. Daniel Beauchamp MD (Editor), B. Mark Evers MD (Editor), Kenneth L. Mattox MD,Elsevier 2017
4. Is completion axillary lymph node dissection necessary in patients who are underrepresented in the ACOSOG Z0011 trial?Brian J Gebhardt¹, Joel Thomas², Zachary D Horne¹, Colin E Champ¹, Daniel J Farrugia³, Emilia Diego³, Gretchen M Ahrendt³, Sushil Beriwal¹ *Adv Radiat Oncol.* 2018 Apr 24;3(3):258-264
5. Merits of Level III Axillary Dissection in Node-Positive Breast Cancer: A Prospective, Single-Institution Study From India Shalaka Joshi, MCh, MRes,¹ Jarin Noronha, MCh,¹ Rohini Hawaldar, BSC, DCM,¹ Girish Kundgulwar, MCh,¹ Vaibhav Vanmali, B Com PDCR,¹ Vani Parmar, MS,¹ Nita Nair, MCh,¹ Tanuja Shet, MD,¹ and Rajendra Badwe, MS¹ *J Glob Oncol.* 2019; 5: JGO.18.00165.
6. American College of Surgery Principles and Practise 6th Edition by Wiley W. Souba, M.D., Sc.D., F.A.C.S.(Editor), Mitchell P. Fink, M.D., F.A.C.S. (Editor), Gregory J. Jurkovich, M.D., F.A.C.S. (Editor), Larry R. Kaiser, M.D., F.A.C.S. (Editor), William H. Pearce, M.D., F.A.C.S.

- (Editor), John H. Pemberton, M.D., F.A.C.S(Editor), Nathaniel J. Soper, M.D., F.A.C.S. (Editor) BC Decker 2012
7. Zollinger's Atlas Of Surgical Operations Robert M. Zollinger, Jr., MD, FACS E. Christopher Ellison, MD, FACS Robert M. Zollinger Professor and Chair of Surgery, The Ohio State University College of Medicine 2011 by The McGraw-Hill Companies
 8. Wound drainage after axillary dissection for carcinoma of the breast. Thomson DR, Sadideen H, Furniss D. Cochrane Database Syst Rev. 2013;((10)):CD006823.