

## Bölüm 19

# ONKOPLASTİK MEME KORUYUCU CERRAHİ: ENDİKASYONLARI VE TEKNİKLERİ

Saliha KARAGÖZ EREN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Meme koruyucu cerrahi ve ardından radyoterapi, genel ve hastaliksız sağkalım oranlarının mastektomiye eşdeğer olduğu görüldükten sonra meme kanseri tedavisinde standart tedavi olarak kabul görmüştür.<sup>1</sup> Ancak, meme dokusunun % 20'sinden fazlasının eksizyonu, alt kadran ve santral yerleşimli tümörler, pitozu olan ve makromastili hastalar için kozmetik olarak istenmeyen sonuçlara yol açabilmektedir.

Onkoplastik cerrahi, plastik cerrahi tekniklerinin onkolojik meme cerrahisi ile birleştirilerek kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Bu kombinasyon, daha geniş sınırlar ile daha büyük rezeksiyonlara olanak sağladığından, daha iyi estetik sonuçlar ve daha yüksek hasta memnuniyeti ile sonuçlanmaktadır. Onkoplastik meme koruyucu cerrahi (OMKC) yapılan 5000'den fazla hastanın değerlendirildiği 49 çalışmayı inceleyen bir sistematik derlemede, pozitif cerrahi sınır ortalaması %10.8, reeksiyon oranı % 6 ve % 6.2 oranında mastektomiye dönüşüm bildirilmiş ve pozitif cerrahi sınır oranı ve reoperasyon oranı standart meme koruyucu cerrahi (MKC)'den daha düşük saptanmıştır.<sup>2</sup> Kozmetik sonuçların da değerlendirildiği 1962 hastayı içeren 25 çalışma derlenmiş ve hastaların %86'sının sonuçları mükemmel ya da iyi olarak değerlendirildiği belirtilmiştir,<sup>3</sup> çoğu çalışmada da OMKC sonrası hastaların %90'ında iyi kozmetik sonuç alındığı bildirilmektedir.<sup>4</sup>

### ENDİKASYONLAR VE HASTA SEÇİMİ

Temel endikasyon sağlam cerrahi sınırla standart MKC'nin mümkün olmadığı veya büyük deformite olabilecek meme kanseri hastalarıdır. OMKC prosedürleri standart lumpektomi ve kadranektomiden daha kompleks ve daha zaman alıcı gi-

<sup>1</sup> Uzman Doktor, Kayseri Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği  
salihakaragozeren@hotmail.com

## Karşı Meme Simetrizasyonu

Kontralateral meme küçültme işlemi aynı seansta veya geç dönemde yapılabilir.<sup>51</sup> Eşzamanlı simetrizasyon özellikle makromastili hastalar için avantajlı olmaktadır ve tümör sağlam cerrahi sınır ile çıkarılırken iyi bir kozmetik sonuç elde edilmekte, ikincil bir cerrahi işlem gereksinimi ortadan kalkmaktadır.<sup>52</sup>

Meme asimetrisini düzeltmek kontralateral meme küçültme veya mastopeksi yöntemleri ile yönetilebilir. Cerrahin becerisi ve ilgisi, hastanın simetrizasyon talebi ve klinik ortamın uygunluğuna göre planlanmalıdır.<sup>53</sup> Kontralateral meme cerrahisinin zamanlaması, cerrahi sınırlar ve yeniden eksizyon veya mastektomiye dönüşüm, radyoterapi sonrası meme hacmindeki değişiklikler ve meme veya aksiller cerrahiden kaynaklanan meme ödemi ile ilgili endişeler nedeniyle tartışmalıdır.<sup>53</sup> Nihai patoloji sonucunda cerrahi sınır pozitifliği olması durumunda eksizyon ya da mastektomi gerekebilecek, eş zamanlı yapılan simetrizasyonda karşı memenin redüksiyonu yetersiz kalabilecektir. Radyoterapi sonrası memede gelişebilecek asimetri başlangıçta mükemmel olan kozmetik sonucu değiştirebilecektir. Eş zamanlı simetrizasyon planlanıyorsa radyoterapiye bağlı gelişebilecek fibrozis hesap edilerek hastalıklı taraf bir miktar daha büyük bırakılabilir.<sup>36</sup> Bu nedenlerden dolayı hastalar eş zamanlı ve geç simetrizasyonun riskleri ve faydaları hakkında ayrıntılı olarak bilgilendirilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative G, Darby S, McGale P, et al. Effect of radiotherapy after breast-conserving surgery on 10-year recurrence and 15-year breast cancer death: meta-analysis of individual patient data for 10,801 women in 17 randomised trials. *Lancet*, 378 (9804):1707-1716. Doi: 10.1016/S0140-6736(11)61629-2
2. De La Cruz L, Blankenship A, Chatterjee A, et al. Outcomes After Oncoplastic Breast-Conserving Surgery in Breast Cancer Patients: A Systematic Literature Review. *Ann Surg Oncol*, 23 (10):3247-58. Doi: 10.1245/s10434-016-5313-1
3. Campbell EJ, Romics L. Oncological safety and cosmetic outcomes in oncoplastic breast conservation surgery, a review of the best level of evidence literature. *Breast Cancer* (Dove Med Press). 2017;9:521-530.
4. Haloua MH, Krekel NM, Winters HA, et al. A systematic review of oncoplastic breast-conserving surgery: current weaknesses and future prospects. *Ann Surg*. 2013; 257(4):609-620.
5. Urban C, Lima R, Schunemann E, et al. Oncoplastic principles in breast conserving surgery. *Breast*, 20(Suppl 3):92-95. Doi: 10.1016/S0960-9776(11)70302-2
6. Bulstrode NW, Shrortria S. Prediction of cosmetic outcome following conservative breast surgery using breast volume measurements. *Breast*. 2001;10:124-126.
7. Cochrane RA, Valasiadou P, Wilson ARM, et al. Cosmesis and satisfaction after breast-conserving surgery correlates with the percentage of breast volume excised. *Br J Surg*, 90 (12): 1505-1509. Doi.org/10.1002/bjs.4344
8. Clough KB, Kaufman GJ, Nos C, et al. Improving breast cancer surgery: a classification and quadrant per quadrant atlas for oncoplastic surgery. *Ann Surg Onc*, 17(5):1375-1391. Doi: 10.1245/s10434-009-0792-y
9. Rainsbury RM. Surgery insight: Oncoplastic breast-conserving reconstruction--indications, benefits, choices and outcomes. *Nat Clin Pract Oncol*. 2007;4:657-664.

10. Y. Noguchi M, Yokoi-Noguchi M, Ohno Y, et al. Oncoplastic breast conserving surgery: Volume replacement vs. volume displacement. *Eur J Surg Oncol*, 42(7):926-934. Doi: 10.1016/j.ejso.2016.02.248
11. Chatterjee A, Gass J, Patel K, et al. A consensus definition and classification system of oncoplastic surgery developed by the American Society of Breast Surgeons. *Ann Surg Oncol*, 26 (11):3436-3444. Doi: 10.1245/s10434-019-07345-4
12. American College of Radiology. Breast imaging reporting and data systems (BI-RADS). American College of Radiology, Reston, VA; 2003.
13. Munhoz AM, Montag E, Gemperli R. Oncoplastic Breast Surgery: Indications, Techniques and Perspectives. *Gland Surg*, 2 (3) :143-157. Doi: 10.3978/j.issn.2227-684X.2013.08.02
14. Weber WP, Soysal SD, Fulco I, et al. Standardization of oncoplastic breast conserving surgery. *Eur J Surg Oncol*, 43(7):1236-1243. Doi: 10.1016/j.ejso.2017.01.006
15. Anderson B, Masetti R, Silverstein M. Oncoplastic approaches to partial mastectomy: an overview of volume-displacement techniques. *Lancet Oncol*. 2005;6(3):145-157.
16. Ogawa T, Hanamura N, Yamashita M, et al. Breast-volume displacement using an extended glandular flap for small dense breasts. *Plast Surg Int*, 2011:359842. Doi: 10.1155/2011/359842
17. Massey EJD, Gouveia PF, Nos C, et al. A new level 1 oncoplastic technique for breast conserving surgery: rotation glandular flap. *Breast*, 22(2):186-189. Doi: 10.1016/j.breast.2013.01.012
18. Kraissl CJ. The selection of appropriate lines for elective surgical incisions. *Plast Reconstr Surg*. 1951;8(1):1-28.
19. Benelli L. A new periareolar mammoplasty: the "round block" technique. *Aesthet Plast Surg*, 14(2):93-100. Doi: 10.1007/bf01578332
20. Masetti R, Di Leone A, Franceschini G, et al. Oncoplastic techniques in the conservative surgical treatment of breast cancer: an overview. *Breast J*, 12(5):174-180. Doi: 10.1111/j.1075-122X.2006.00331.x
21. Kopkash K, Clark P. Basic Oncoplastic Surgery for Breast Conservation: Tips and Techniques. *Ann Surg Oncol*, 25 (10): 2823-2828. Doi:10.1245/s10434-018-6604-5
22. Moustafa A, Fakhr I. Outcome of different oncoplastic surgical (OPs) techniques for centrally located breast cancer (CLBC). *J Egypt Nalt Canr Inst*, 26 (4): 203-209. Doi: 10.1016/j.jnci.2014.10.003
23. Masetti R, Pirulli PG, Magno S, et al. Oncoplastic techniques in the conservative surgical treatment of breast cancer. *Breast cancer*, 7(9): 276-280. Doi: 10.1007/bf02966389
24. Zaha H, Onomura M, Unesoko M. A new scarless oncoplastic breast-conserving surgery: modified round block technique. *The Breast*, 22(6), 1184-1188. DOI: 10.1016/j.breast.2013.07.056
25. Ogawa T. Usefulness of breast conserving surgery using the round block technique or modified round block technique in Japanese females. *Asian J Surg*, 37 (1):8-14. Doi: 10.1016/j.asjsur.2013.07.007
26. Refaat M, Abouelnagah G, Awad AT, et al. Modified round block technique for peripherally located early cancer breast, a technique that fits for all quadrants. *Breast J*, 00:1-6. Doi: 10.1111/tbj.13485
27. Giacalone PL, Dubon O, Roger P, et al. Doughnut mastopexy lumpectomy versus standard lumpectomy in breast cancer surgery: a prospective study. *Eur J Surg Oncol*, 33(3):301. Doi: 10.1016/j.ejso.2006.09.014
28. Malka I, Villet R, Fitoussi A, et al. Oncoplastic conservative treatment for breast cancer (part 3): techniques for the upper quadrants. *J Visc Surg*, 147 (6): e365-372. Doi:10.1016/j.jvisc-surg.2010.08.017
29. Matkowski R, Szynglarewicz B, Kasprzak P, et al. Batwing mastopexy as oncoplastic surgical approach to periareolar tumors in upper quadrants. *Tumori*, 98(4):421-427. Doi:10.1177/030089161209800404
30. Holmes DR, Schooler W, Smith R. Oncoplastic approaches to breast conservation. *Int J Breast Cancer*, 2011:303879. Doi: 10.4061/2011/303879

31. Manie T, Youssef M, Taha S. Batwing mammoplasty: a safe oncoplastic technique for breast conservation in breast cancer patients with gigantomastia. *Ann R Coll Surg Engl*, 15(1):60. Doi: 10.1186/s12957-017-1124-5
32. Hashem T, Farahat A. Batwing versus Wise pattern mammoplasty for upper pole breast tumours: a detailed comparison of cosmetic outcome. *World J Surg Oncol*, 15 (1): 60. Doi: 10.1186/s12957-017-1124-5
33. Honart JF, Reguesse AS, Struk S, et al. Indications and Controversies in Partial Mastectomy Defect Reconstruction. *Clin Plast Surg*, 45 (1): 33-45. Doi: 10.1016/j.cps.2017.08.002
34. Yang JD, Lee JW, Cho YK, et al. Surgical techniques for personalized oncoplastic surgery in breast cancer patients with small- to moderate-sized breasts (part 1): volume displacement. *J Breast Cancer*, 15 (1):1-6. Doi: 10.4048/jbc.2012.15.1.1
35. Malka I, Villet R, Fitoussi A, et al. Oncoplastic conservative treatment for breast cancer. Part 1: generalities and techniques for the external quadrants, *J Visc Surg*, 147 (4):e233-237. Doi: 10.1016/j.jvisc Surg.2010.07.004
36. Silverstein MJ, Mai T, Savalia N, et al. Oncoplastic Breast Conservation Surgery: The New Paradigm. *J Surg Oncol*, 110 (1): 82-89. Doi: 10.1002/jso.23641
37. Clough KB, Oden S, Ihrai T, et al. Level 2 oncoplastic surgery for lower inner quadrant breast cancers: the LIQ-V mammoplasty. *Ann Surg Oncol*, 20 (12):3847-3854. Doi: 10.1245/s10434-013-3085-4
38. Clough KB, Ihrai T, Oden S, et al. Oncoplastic surgery for breast cancer based on tumor location and a quadrant per quadrant atlas. *Br J Surg*. 2012;99:1389-95. Doi: 10.1002/bjs.8877
39. Malka I, Villet R, Fitoussi A, et al. Oncoplastic conservative treatment for breast cancer (part 2): Techniques for the inferior quadrants. *J Visc Surg*, 147 (5), e305-e315. Doi:10.1016/j.jvisc Surg.2010.08.011
40. Gasperoni C, Salgarello M, Gasperoni, P. A Personal Technique: Mammoplasty With J Scar. *Ann Plas Surg*, 48 (2), 124-130. Doi:10.1097/00000637-200202000-00002
41. Chiari A. The L short-scar mammoplasty. *Clin Plas Surg*, 29 (3), 401-409. Doi:10.1016/s0094-1298(02)00004-4
42. Galimberti V, Zurrida S, Luini A, et al. Central small size breast cancer: How to overcome the problem of nipple and areola involvement. *Eur J Cancer*, 29(8), 1093-1096. Doi:10.1016/s0959-8049(05)80294-1
43. Farouk, O, Attia E, Roshdy S, et al. The outcome of oncoplastic techniques in defect reconstruction after resection of central breast tumors. *World J Surg Oncol*, 13(1): 285. Doi: 10.1186/s12957-015-0688-1
44. Rohrich RJ, Gosman AA, Brown SA, et al. Mastopexy preferences: a survey of board-certified plastic surgeons. *Plast Reconstr Surg*. 2006; 118:1631.
45. Chatterjee A, Dayicioglu D, Khakpour N, et al. Oncoplastic surgery: keeping it simple with 5 essential volume displacement techniques for breast conservation in a patient with moderate-to large-sized breasts. *Cancer Control*, 24(4): 1073274817729043. Doi: 10.1177/1073274817729043
46. Chang MM, Huston T, Ascherman J, Rohde C. Oncoplastic breast reduction: maximizing aesthetics and surgical margins. *Int J Surg Oncol*. 2012;2012:907576
47. Lassus C. Breast reduction: evolution of a technique—a single vertical scar. *Aesthetic Plastic Surgery*. 1987;11(2):107-112.
48. Lejour M. Vertical mammoplasty and liposuction of the breast. *Plast Reconstr Surg*. 1994;94(1):100-114.
49. Hall-Findlay EJ. A simplified vertical reduction mammoplasty: shortening the learning curve. *Plast Reconstr Surg*. 1999;104:748-759.
50. Barnea Y, Inbal A, Barsuk D, et al. Oncoplastic reduction using the vertical scar superior-medial pedicle pattern technique for immediate partial breast reconstruction.
51. *Can J Surg*, 57(4), E13-140. Petit JY, Garusi C, Greuse M, et al. One hundred and eleven cases of breast conservation treatment with simultaneous reconstruction at the European Institute of Oncology (Milan). *Tumori* 2002;88:41-47.

52. Newman LA, Kuerer HM, McNeese MD, et al. Reduction mammoplasty improves breast conservation therapy in patients with macromastia. *Am J Surg* 2001; 181: 215–20.
53. Clough KB, Lewis JS, Couturaud B, et al. Oncoplastic techniques allow extensive resections for breast-conserving therapy of breast carcinomas. *Annals of Surgery*. 2003;237(1):26–34.