

19. BÖLÜM

ENDOSKOPI YARDIMLI ONKOPLASTİK MEME CERRAHİSİ

Burak ETEMOĞLU¹
Abdullah GÜNEŞ²

Giriş

Meme kanseri, dünyada ve Türkiye’de kadınlarda en sık görülen ve akciğer kanserinden sonra en sık ölüm nedeni olan kanserdir. Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) bağlı IARC’in (International Agency on Cancer for Research) 2018 yılı verilerine göre dünyada yeni tanı konulan meme kanserli hasta sayısı 2.000.088 olup, en sık görülen kanser olan akciğer kanseri ile arasındaki fark sadece 5.000 kadardır (1).

Meme kanserinin cerrahi tedavisi son 20-30 yılda hızla gelişmektedir. Meme kanseri cerrahisinin radikal mastektomi ile başlayan cerrahi geçmişi tüm diğer cerrahi teknikler gibi minimal invaziv girişimlere yerini bırakmıştır. Radikal mastektomi sonrası meme cerrahisinin daha minimal girişimlere evrilmesinin birkaç önemli basamağı mevcuttur. İlki radikal cerrahinin modifiye edilmesi ile pektoral kas ve kotların korunmasıdır. Daha sonra uygun hastalarda lumpektomi ve kadranektomi denenmiş ve sağ kalım açısından bir fark olmadığı görülmüştür. En büyük adımlardan biri de kuşkusuz sentinel lenf nodu örneklemesi ile aksillanın korunması olmuştur. Son yıllarda yapılan çalışmalar ile tek lenf nodu pozitifliğinde bile aksiller diseksiyon yapılmamaktadır. Günümüzde meme cerrahisinde amaç, onkoplastik tedavi yöntemleri ile memeyi korumak, güzel bir kozmetik gö-

¹ S.B.Ü Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi ; dr.buraketemoglu@gmail.com

² S.B.Ü Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi ; apogunes@hotmail.com

Komplikasyonlar

Endoskopi yardımcı meme cerrahisinde, komplikasyonlara (seroma, hematoma, enfeksiyon ...vb) açık cerrahiye nazaran daha az rastlanılır(9). Bununla birlikte, endoskopik meme cerrahisinde bazı komplikasyonlar daha sık görülür. Bunlar, elektrokotere bağlı ciltte morarma veya ekimoz, flep ve areolar kompleksin nekrozudur. Öte yandan, operasyon için kullanılan ekipmanın kurulumunda ve yürütülmesinde daha fazla süreye ihtiyaç duyulması gibi bazı doğal dezavantajları vardır. Bununla birlikte çalışmalarda, öğrenme eğrisini aştıktan sonra ameliyat süresinin kısaltılabileceği ayrıca mevcut uzun ameliyat sürelerine bağlı komplikasyon riskinde de artış olmadığını göstermiştir(10). Konvansiyonel cerrahiye kıyasla ameliyatta kullanılan tek kullanımlık ve özellikli aletlerin neden olduğu için artan maliyet de bir başka olası dezavantajdır.

Sonuç

Bu cerrahinin en önemli iki avantajı daha iyi kozmetik görünüm ve küçülen insizyon hattı nedeniyle operasyona bağlı ağrının azalmasıdır. Klasik cerrahide hastanede kalış süresi kısa (genellikle 24 saat) olduğu için bu tekniğin, hastanede kalış süresini kısaltma üzerine anlamlı bir etkisi yoktur.

Endoskopi yardımcı meme kanseri cerrahisinin klinik uygulamada kabul görmesi için onkolojik başarı açısından en az açık cerrahi kadar etkili olduğunun gösterilmesi gerekir. Cerrahların deneyimine göre onkolojik sonuçlar açısından, geleneksel meme kanseri cerrahisi ile karşılaştırılabilir olduğu savunulsa da bu konuda daha geniş hasta sayıları içeren çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Gelecekte, özellikle kanser dışı cerrahiler (Duktal karsinoma in-situ ve profilaktik mastektomi) için altın standart olabilir.

Kaynaklar

1. Siegel RL, Miller KD et al. Cancer statistics 2019. CA Cancer J Clin. 69(1), 7-34. Jan 2019, PMID: 30620402 DOI: 10.3322/caac.21551
2. Kitamura K, Inoue H, Ishida M et al.(2001) Endoscopic extirpation of benign breast tumors using an extramammary approach. Am J Surg. 2001;181:211-4.
3. Daniel Richard Leff , Rajiv Vashisht , Gabriella Yongue et al.(2011) Endoscopic breast surgery: where are we now and what might the future hold for video-assisted breast surgery? doi: 10.1007/s10549-010-1258-4.
4. Yamashita K, Shimizu K (2006) Endoscopic video-assisted breast surgery: procedures and short-term results. J Nippon Med Sch 73(4):193-202

5. Lai H-W, Chen S-T, Chen D-R et al. (2016) Current Trends in and Indications for Endoscopy-Assisted Breast Surgery for Breast Cancer: Results from a Six-Year Study Conducted by the Taiwan Endoscopic Breast Surgery Cooperative Group. doi:10.1371/journal.pone.0150310
6. Kitamura K, Hashizume M, Sugimachi K et al. (1998) Early experience of endoscopic extirpation of benign breast tumors via an extra-mammary incision. *Am J Surg* 176(3):235–238
7. Sakamoto N, Fukuma E, Higa K et al. (2009) Early results of an endoscopic nipple sparing mastectomy for breast cancer. *Ann Surg Oncol*. doi: 10.1245/ s10434-009-0661-8
8. Leff DR, Vashisht R, Yongue G et al. (2011) Endoscopic breast surgery: where are we now and what might the future hold for video-assisted breast surgery? *Breast Cancer Res Treat* doi: 10.1007/s10549-010-1258-4
9. Hiroki Takahashi , Teruhiko Fujii , Shino Nakagawa (2014) Usefulness of endoscopic breast-conserving surgery for breast Cancer DOI 10.1007/s00595-013-0767-2
10. Chi Wei Mok, Hung-Wen Lai Submitted (2019) Evolution of minimal access breast surgery doi: 10.21037/gs.2019.11.16