

MODİFİYE RADİKAL MASTEKTOMİ

Tuğrul KESİCİOĞLU¹

GİRİŞ

Mastektomi, memenin tamamının veya bir kısmının çıkarılmasını içeren cerrahi bir işlemdir. Terim, Yunanca kadın memesi anlamına gelen mastos sözcüğünden ve Latince eksizyon anlamına gelen ectomia teriminden türemiştir. Mastektomi kısmi, basit, modifiye-radikal ve radikal olarak sınıflandırılır. Terminoloji veya teknikteki diğer varyasyonlar arasında sıklıkla meme rekonstrüksiyonuna eşlik eden teknikler olan cilt koruyucu mastektomi ve meme başı areolar koruyucu mastektomi yer alır.

Modifiye Radikal Mastektominin orijinal tekniği, pektoralis major kasını koruyarak Hasted operasyonunu modifiye eden Patey ve Dyson'a atfedilir. Auchincloss, Patey ve Dyson'ın operasyonlarını hem pektoralis major hem de pektoralis minor korunacak şekilde modifiye etmiştir.. John Madden, 1972'de mastektomi için mevcut standardı tanımladı. Bu teknik, tümörün bölgesini merkezi bir işaret olarak tutarken memeyi çevreleyen ve meme başı areolar kompleksini de içeren eliptik bir kesi yapmayı içerir. Meme dokusu deri fleplerinden ayrılarak her iki pektoral kas korunarak pektoralis majör fasyası ile birlikte rezeke edilir. Sonuç olarak bu yaklaşım çevredeki

nörovasküler ve lenfatik yapıların daha az bozulmasını gerektirir.

Modifiye Radikal Mastektomi tümörlü memenin meme derisi, pektoral fasya, aksilladaki lenf nodülleri ve yumuşak doku ile birlikte çıkarılmasıdır. Tümör yüzeye yakın ise, insizyon buna göre ayarlanır ve tümörle birlikte üzerindeki deri de çıkarılır. Pektoral fasya veya pektoralis majör kası tutulumu var ise; lokal olarak tümörün invaze olduğu kas da birlikte çıkarılarak tümörsüz, temzi bir cerrahi sınır elde edilmeye çalışılmaktadır.

ANATOMİ

Meme göğüs ön duvarında bulunur ve pektoralis majör kasının üzerinde yer alır. Olgun kadın memesinin üst sınırı ikinci veya üçüncü kaburga seviyesine yaklaşır ve daha sonra aşağıya doğru meme altı kıvrımına veya kıvrımına kadar uzanır. Memenin medial sınırı sternal sınırdır. Yan tarafta meme orta aksiller çizgiye kadar uzanır. Posterior da memenin yaklaşık üçte ikisi pektoralis majör kası üzerinde, geri kalan kısmı ise oblik karın kaslarının serratus anterior ve üst kısmı üzerinde yer alır. Üst memenin üst-yanal olarak koltuk altına doğru uzanan kısmına genellikle Spence'in koltuk altı kuyruğu denir. Meme, fizik

¹ Giresun Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD., tugrulkesicioglu@giresun.edu.tr, ORCID id: 0000-0002-9263-5032

9. Posterolateral Göğüs Duvarı Diseksiyonu
Serratusu çevreleyen aksiler içerik aşağı doğru çekilir. Torasikus longus siniri oldukça derinde hemen hemen teres seviyesindedir. Bu seviyenin üzerinde üstten alata doğru torakodorsal sinir bulunur. Medialde kolun postero-medial yüzünün duyusunu sağlayan 3-5 interkostabrakial sinir yer alır.

SONUÇ

Halsted'in 1800'lerin sonlarında radikal ameliyatını ilk kez tanımlamasından bu yana meme kanseri hastalarının hasta yönetiminde önemli ilerlemeler kaydedildi. Tanımlanan tüm mastektomi tekniklerinde, memenin yüzeysel fasyasının yüzeysel tabakasının hemen üzerinden diseke edilerek düzgün flepler oluşturulur. İdeal flep kalınlığı konusunda pek çok tartışma olmuştur; nihai amaç, cildin canlılığını korurken olası tüm meme dokusunun çıkarılmasıdır. Yukarıda belirtildiği gibi mastektomi diseksiyonu, kullanılan cilt insizyonunun tipine veya konumuna bakılmaksızın memenin anatomik sınırlarına kadar devam etmelidir. Cerrah meme dokusunu üstteki dokudan uzaklaştırırken flepler göğüs duvarına dik açıyla kaldırılır ve geri çekilir. Deri flebi üstte klavikula seviyesine, yanal olarak latissimus dorsi'nin ön kenarına, medial olarak sternal kenara ve altta meme altı kıvrımının hemen altına kadar kaldırılır. Üstteki fleplerin diseksiyonu tamamlandıktan sonra, süperomedial sınırdan inferolateral sınıra doğru ilerleyerek meme çıkarılır. Genellikle yara yatağındaki deri fleplerinin altına kapalı bir emme dreni yerleştirilir ve kesi emilebilir dikiş kullanılarak iki katmanlı olarak kapatılır

KAYNAKLAR

1. Halsted WS. The results of operations for the cure of cancer of the breast performed at the Johns Hopkins Hospital from June, 1889 to January, 1894. *Ann Surg* 1894; 20: 497- 555.
2. Auchincloss H. Modified radical mastectomy: why not? *Am J Surg* 1970; 119: 506-9.
3. Madden JL. Modified radical mastectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1965; 121: 1221-30.
4. Pandya S, Moore RG. Meme gelişimi ve anatomisi. *Clin Obstet Gynecol*. 2011 Mart; 54 (1):91-5.
5. Rehnke RD, Groening RM, Van Buskirk ER, Clarke JM. Memenin Yüzeysel Fasya Sisteminin Anatomisi: Kapsamlı Bir Meme Fasyal Anatomisi Teorisi. *Plast Rekonstrüksiyon Cerrahisi*. 2018 Kasım; 142 (5):1135-1144.
6. Cunningham L. Memenin arter ve damarlarının anatomisi. *J Surg Oncol*. 1977; 9 (1):71-85.
7. Estourgie SH, Nieweg OE, Olmos RA, Rutgers EJ, Kroon BB. Memeden lenfatik drenaj paternleri. *Ann Surg*. 2004 Şubat; 239 (2):232-7.
8. Throckmorton AD, Boughey JC, Boostrom SY, Holfield AC, Stobbs MM, Hoskin T, Baddour LM, Degnim AC. Meme cerrahisi hastalarında postoperatif profilaktik antibiyotikler ve cerrahi alan enfeksiyonu oranları. *Ann Surg Oncol*. 2009 Eylül; 16 (9):2464-9.
9. Bland KI, Copeland EM(eds): *The Breast: comprehensive Management of benign and malignant Diseases*(2nd ed). Philadelphia, WB Saunders, 2004, pp865-883.
10. Fisher B, Anderson S, Bryant J, et al: Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Eng J Med* 2002; 347:1233-1241.
11. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, et al: Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Eng J Med* 2002; 347: 1227-1232.