

AKSİLLER LENFADENEKTOMİ

Gökhan AVŞAR¹

GİRİŞ

Aksiller lenf nodu diseksiyonu (ALND) en sık meme tümörleri, melanom ve bazı karsinomlar için yapılır (1). Bu bölümde özellikle meme kanseri ile ilişkili aksiller lenfadenektomiden bahsedeceğiz.

Aksiller lenf nodlarının durumu meme kanserli hastalarda en önemli prognostik faktörlerden biridir. Lenf nodlarının histolojik incelemesi, metastazı değerlendirmede en doğru yöntemdir; Klinik olarak negatif lenf nodu olan hastaların yaklaşık dörtte birinde patolojik olarak tanımlanmış nodal metastaz olacaktır. Palpasyon ve ultrason muayenesinde aksilla klinik olarak negatif olduğunda patolojik nodül pozitifliği oranı yaklaşık yüzde 18'e düşmektedir. Aksiller diseksiyon geleneksel olarak meme cerrahisinde lenf düğümlerini temizlemek için kullanılmıştır. Sentinel lenf nodu biyopsisi, erken dönem meme kanserli hastaların çoğunda koltuk altı lenf nodu diseksiyonunun yerini almıştır.

Sentinel lenf nodu hipotezine göre, primer tümörden göç eden tümör hücreleri önce bir veya birkaç lenf noduna metastaz yapar. Kanıtlar, enjeksiyon bölgesinden bağımsız olarak tüm memenin aynı birkaç sentinel lenf noduna boşaldı-

ğını göstermektedir (2). Bu birkaç lenf düğümüne “sentinel” lenf düğümleri adı verilir ve bunların durumu, kalan lenf düğümlerinin durumunu doğru bir şekilde tahmin edebilir.

Sentinel lenf nodu biyopsisi (SLNB), ilk kez 1993 ve 1994 yıllarında Giuliano ve Krag tarafından meme kanseri için aksiller nodal evreleme tekniği olarak tanıtıldı (3). O günden bu yana klinik olarak nod negatif meme kanserinde aksilla evrelemesi için standart haline geldi.

SENTİNEL LENF NODU BİYOPSİ TEKNİKLERİ

SLNB tipik olarak tümörün yakınında veya areola altına meme derisi veya parankime enjeksiyon ile başlar. Enjeksiyon lenfatik kanallara girer ve pasif olarak drenaj yapan lenf düğümlerine akar. Daha sonra sentinel lenf düğümleri, enjekte edilen madde ile tespit edilir ve tümörden ilk drenaj alan düğümler olarak çıkarılır. Memeyi boşaltan sentinel düğümlerin yerleşimi değişken olsa da genellikle alt aksillada bulunur (Level I) (4).

SLNB için enjeksiyon tekniğine göre klinik uygulamalar farklılık gösterir. Her cerrahın kendi uygulamasına en uygun yöntemi bulması gerekir.

¹ Uzm. Dr., Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Cerrahi Onkoloji Kliniği, gokhanavsar@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-1510-9119

N. thoracadorsalis, aksiller venin hemen aşağısında orta aksillada diseksiyon yapılarak bulunabilir. Genellikle torakoepigastrik ven olarak adlandırılan aksiller venden kaynaklanan ve genellikle torakodorsal nörovasküler demet pozisyonunun hemen önünde yer alan büyük bir yüzeysel venöz kol vardır. Bu yüzeysel ven, nörovasküler demet doğrulanıncaya kadar kesilmemelidir.

Level 3 diseksiyon : Level III lenf nodlarının rutin olarak çıkarılması evreleme için gerekli değildir ancak intraoperatif olarak büyük oranda pozitif aksiller lenf nodları belirlenirse lokal kontrolü en üst düzeye çıkarmak için bu işlem yapılmalıdır. Level III lenf nodu diseksiyonu ALND'nin morbiditesini önemli ölçüde artırır.

Diseksiyonun tamamlanması : Motor sinirler tam olarak ortaya konulduktan sonra aksiller diseksiyon güvenle künt ve keskin diseksiyonlarla tamamlanabilir. Level 3 kontrol edildikten sonra şüpheli lenf nodları palpe edilirse pektoralis minör kası mobilize edilerek bu lenf nodları da eksize edilebilirler.

Dren yerleştirilmesi : İç çamaşırı çizgisinin üzerindeki alt koltuk altı bölgesinden çıkan kapalı bir emme drenajı yerleştirir. Dren yerleştirmeyi tercih eden cerrahlarda olabilir. Ameliyat sonrası dönemde gelişen seromayı aspire ederler. Mevcut randomize çalışmaların meta-analizleri, koltuk altı drenajlarının seroma oluşumunu ve postoperatif seroma aspirasyonunun hacmini ve sıklığını azalttığını göstermiştir; ancak hastanede kalış süresini uzatırlar ve yara enfeksiyonu insidansını etkilemezler (10). Ayrıca insizyonun kapatılması sırasında flebin tespiti için serratus kası duvarına atılan birkaç dikişin seroma oluşumunu azalttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (11).

KOMPLİKASYONLAR

Enfeksiyon : Aksiller diseksiyon sonrası postoperatif yara enfeksiyonu görülme sıklığı literatürde yüzde 3 ila 15 arasında değişmektedir.

Hematom : Bildirilen postoperatif hematom insidansı yüzde 2 ila 10 arasında değişmektedir.

Seroma : Memenin aksillaya normal lenfatik drenajı, aksiller diseksiyon sonrası seroma oluşumuna yol açabilir.

Kol morbiditesi : Lenfödem ALND'nin potansiyel ve ciddi bir komplikasyonudur. Diseksiyonun düzeyine ve postoperatif radyoterapi alıp almadığına göre önemli ölçüde değişir.

Sinir hasarı : ALND'yi takiben majör motor sinir hasarı riski yüzde 1' den azdır. N. Thorasicus longus yaralanması kanat skapula ile sonuçlanır. Torakodorsal sinirin yaralanması omuz adduksiyonunu ve iç rotasyonunu zayıflatır. Medial pektoral sinirin yaralanması pektoralis majör kasının lateralinde atrofiye neden olabilir. İnterkostobrakiyal sinirin kesilmesi üst kolun iç kısmında uyuşukluk ve paresteziye neden olur.

KAYNAKLAR

1. W. W. Dzwierzynski, "Complete lymph node dissection for regional nodal metastasis," *Clin. Plast. Surg.*, vol. 37, no. 1, pp. 113-125, Jan. 2010, doi: 10.1016/J.CPS.2009.07.002.
2. A. Chagpar *et al.*, "Validation of Subareolar and Periareolar Injection Techniques for Breast Sentinel Lymph Node Biopsy," 2004.
3. A. E. Giuliano, D. M. Kirgan, J. M. Guenther, and D. L. Morton, "Lymphatic mapping and sentinel lymphadenectomy for breast cancer," in *Annals of Surgery*, 1994, vol. 220, no. 3, pp. 391-401, doi: 10.1097/00000658-199409000-00015.
4. D. N. Krag *et al.*, "Technical outcomes of sentinel-lymph-node resection and conventional axillary-lymph-node dissection in patients with clinically node-negative breast cancer: results from the NSABP B-32 randomized phase III trial," *Lancet Oncol.*, vol. 8, no. 10, pp. 881-888, 2007, doi: 10.1016/S1470-2045(07)70278-4.
5. K. M. McMasters *et al.*, "Dermal injection of radioactive colloid is superior to peritumoral injection for breast cancer sentinel lymph node biopsy: Results of a multi-institutional study," in *Annals of Surgery*, 2001, vol. 233, no. 5, pp. 676-687, doi: 10.1097/00000658-200105000-00012.
6. A. E. Giuliano *et al.*, "Effect of axillary dissection vs no axillary dissection on 10-year overall survival among women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: The ACOSOG Z0011 (Alliance) randomized clinical trial," *JAMA - J. Am. Med. Assoc.*, vol. 318, no. 10, pp. 918-926, Sep. 2017, doi: 10.1001/jama.2017.11470.

7. V. Galimberti *et al.*, “Axillary dissection versus no axillary dissection in patients with breast cancer and sentinel-node micrometastases (IBCSG 23-01): 10-year follow-up of a randomised, controlled phase 3 trial,” *Lancet Oncol.*, vol. 19, no. 10, pp. 1385–1393, Oct. 2018, doi: 10.1016/S1470-2045(18)30380-2.
8. O. R. Tarhan, “turkcerrahi.com,” 2014. <https://www.turkcerrahi.com/makaleler/meme/meme-anatomisi/> (accessed Jul. 08, 2023).
9. J. A. Petrek and M. Michele Blackwood, “Axillary dissection: Current practice and technique,” *Curr. Probl. Surg.*, vol. 32, no. 4, 1995, doi: 10.1016/S0011-3840(05)80015-2.
10. R. A. Drieser *et al.*, “Volume-controlled vs no/short-term drainage after axillary lymph node dissection in breast cancer surgery: A meta-analysis,” *Breast*, vol. 18, no. 2, pp. 109–114, 2009, doi: 10.1016/j.breast.2009.02.003.
11. M. Hakseven *et al.*, “Prospective Study on Avoiding Seroma Formation by Flap Fixation After Modified Radical Mastectomy,” *Am. Surg.*, May 2023, doi: 10.1177/00031348231175497.