

بررسی نتایج استفاده از فلپ پوستی، عضلانی در بازسازی سینه پس از ماستکتومی

دکتر ناهید نفیسی*، دکتر فغانه ضیایی**، دکتر محمد اسماعیل اکبری***

چکیده:

زمینه و هدف: سرطان سینه شایعترین سرطان در بین بانوان است و برداشتن کل پستان به عنوان یک روش جراحی همچنان مورد قبول و انجام بسیاری از جراحان است. ماستکتومی علاوه بر تغییرات ایجاد روی حلقه استخوانی شانه و ستون فقرات باعث تغییر تصویر ذهنی بیمار می‌شود، لذا تعداد بسیاری از بیماران جهت بازسازی سینه مراجعه می‌کنند که بر اساس کیفیت پوست محل عمل، رادیوتراپی، میزان آتروفی عضله پکتورال نوع جراحی انتخاب می‌شود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه نتایج انجام بازسازی پستان در 54 بیمار که در طی شش سال در بیمارستان خاتم الانبیاء و توسط یک تیم جراحی تحت جراحی بازسازی سینه قرار گرفتند، بررسی می‌شوند. در این بیماران از دو نوع فلپ اتولوگوس استفاده شده. گروه اول فلپ جدار شکم شامل پوست و چربی زیر جلدی و عضله رکتوس روی پایه عروق اپیگاستریک فوقانی و گروه دوم به کمک پوست پشت قفسه سینه و عضله لاتیسیموس دورسی روی پایه عروق توراکودورسال به همراه استفاده از پروتز. اطلاعات بیماران توسط نرم افزار SPSS 20 آنالیز شده است. میزان رضایتمندی بیماران با VAS Scale با نمره 1-10 سنجیده شده است.

یافته‌ها: از تعداد 54 بیمار، در 31 بیمار (57/4%) جراحی فلپ لاتیسیموس دورسی و در 23 بیمار (42/5%) جراحی فلپ شکمی استفاده شد. در گروه اول فقط در دو بیمار لبه کوچکی از زخم نکروز پوستی پیدا کرد و فقط یک بیمار (3/2%) دچار نکروز پارشیال فلپ شد. در گروه دوم 4 بیمار (17/3%) دچار نکروز پارشیال فلپ شدند که فقط در یکی از این بیماران به علت اختلاف زیاد ساین نیاز به تزریق چربی جهت اصلاح محل بازسازی و همسان‌سازی حجم پستان شد.

نتیجه‌گیری: جهت سنجش میزان رضایتمندی بیماران از عدد 1-10 استفاده شد و به 4 گروه تقسیم شدند، بیش از 80% بیماران رضایتمندی کامل داشتند و عدد 3 و 4 را انتخاب کردند و از اصلاح تصویر ذهنی خویش احساس خرسندی کردند، بطوری که فقط گروه کمی جهت بازسازی کمپلکس نیپل آرنول مراجعه کردند که برای ترمیم آرنول از تتو و برای بازسازی نیپل از یک فلپ پوستی استفاده شد.

واژه‌های کلیدی: بازسازی پستان، فلپ شکمی رکتوس، فلپ پستی لاتیسیموس

نویسنده پاسخگو: دکتر ناهید نفیسی

تلفن: 22852250

E-mail: nafissi_n@yahoo.com

* استادیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، بیمارستان حضرت رسول اکرم (ص)

** جراح عمومی، مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان شهدای تجریش

*** استاد گروه جراحی سرطان، مرکز تحقیقات سرطان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان شهدای تجریش

تاریخ وصول: 1395/05/12

تاریخ پذیرش: 1395/10/06

زمینه و هدف

سرطان سینه هم چنان در صدر سرطان‌های بانوان در سراسر جهان می‌باشد. در ایران این سرطان دارای میزان بروز اختصاصی سنی حدود 33 درصد هزار خانم می‌باشد¹ و سالانه بیش از ده هزار نفر بیمار سرطان سینه جدید به بیماران قبلی افزوده می‌شود. متأسفانه حدود 30 درصد از بیماران مبتلا در مراحل پیشرفته مراجعه می‌کنند² و اگر درمان نئوادجوانت نگیرند، محکوم به ماستکتومی می‌شوند. هم چنین هنوز بسیاری از جراحان محترم بر این باورند که حضور سرطان در پستان، مساوی با قطع عضو است. با اینکه در اکثر مطالعات بین‌المللی میزان عود در ماستکتومی برابر با حفظ پستان همراه رادیوتراپی است ولی هم چنان اکثر بیماران در کشور ما تحت جراحی ماستکتومی قرار می‌گیرند. مسلماً قطع پستان به عنوان عضو اصلی زنانگی باعث تغییر در کیفیت زندگی و تصویر ذهنی فرد از یک خانم می‌شود و تأثیر بسیاری در گوشه‌گیری، انزوا و افزایش افسردگی، اختلال در زندگی خانوادگی و زناشویی بیماران دارد. لذا بازسازی، همانندسازی و قرینه‌سازی سینه‌ها نقش به‌سزایی در بهبود کیفیت زندگی بیماران خواهد داشت. روش‌های متعددی برای بازسازی سینه وجود دارد که از جمله استفاده از فلپ‌های اتولوگوس با پایه عروقی یا بصورت فلپ آزاد با جراحی میکروواسکولر، استفاده از گشادکننده بافتی (اکسپندر) و پروتز در دو مرحله و یا تزریق چربی و یا ترکیبی از همه این روش‌هاست که برای هر بیمار بر اساس شرایط انتخاب می‌شود.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه بیمارانی که تحت جراحی ماستکتومی مدیفیه رادیکال قرار گرفته‌اند و جهت بازسازی به کلینیک پستان در فاصله سال‌های 87 تا 93 مراجعه کرده بودند، انتخاب و از بین این گروه افرادی که مناسب برای جراحی استفاده از فلپ اتولوگوس بودند، وارد مطالعه شدند. این بیماران در بیمارستان خاتم الانبیاء و توسط یک تیم جراحی تحت جراحی بازسازی سینه قرار گرفتند.

انتخاب بیماران اول بر اساس نوع برش جراحی قبلی، میزان چربی زیر جلدی، میزان اتروفی عضله پکتورال، وضعیت حرکت شانه و دست بیمار، وزن و شغل، وضعیت تأهل و تعداد فرزند و سپس دریافت و یا عدم دریافت رادیوتراپی و فاصله زمانی انجام رادیوتراپی تا مراجعه بیمار که تأثیر مستقیم روی کیفیت پوست محل ماستکتومی می‌گذارد، انجام شد. پس از قرار گرفتن بیمار در گروه نیازمند به استفاده از فلپ اتولوگوس بر اساس حجم چربی و پوست اضافی پایین ناف - تعداد زایمان‌های قبلی - میزان دیاستاز رکتوس - حضور فتق جداری - حضور برش‌های قبلی مثل برش خط وسط تحتانی یا برش کوله‌سیستکتومی یا آپاندکتومی - چاقی و مصرف سیگار نوع فلپ تعیین شد. سپس در مورد استفاده از فلپ شکمی و عوارض احتمالی نکرور فلپ و برداشتن بخشی از جدار شکم یعنی احتمال ایجاد فتق در آینده به بیمار توضیحات کامل داده شد. در گروه بیماران لاغر که استفاده از TRAM یک فلپ پر حجم برای جایگزینی پستان را ایجاد نمی‌کرد یا در بیماران جوان که در آینده احتمال بارداری داشتند یا به هر دلیلی پوست شکم مناسب و کافی نبود بیماران جهت استفاده از فلپ لاتمیوسوس دورسی به همراه پروتز کاندید شدند که عوارض این جراحی هم برای بیمار کاملاً توضیح داده شد.

در گروه اول قبل از جراحی با سونوگرافی داپلر، وضعیت عروق اپی‌گاستریک فوقانی بررسی شد و در 2 بیمار چاق با شاخص توده بدنی بالای 35 که افتادگی بسیار شدید داشتند، 6 هفته قبل از جراحی اصلی با یک جراحی کوچک عروق اپی‌گاستریک تحتانی بسته شد تا باعث تقویت شدن عروق اپی‌گاستریک فوقانی شود. انتخاب استفاده از پایه عروقی همان طرف یا سمت مقابل بر اساس وضعیت رادیوتراپی قبلی بیمار بود. اگر فاصله زمان دریافت رادیوتراپی با جراحی بازسازی سینه کوتاه بود به علت احتمال آسیب عروق اپی‌گاستریک فوقانی در اثر رادیوتراپی از پایه عروق مقابل (کنترالترال) استفاده می‌شد (تصویر 1).

فاشیا دوخته و هموستاز کامل می‌کردیم. پس از آن در خط وسط از کنار ناف با فاصله یک سانتی‌متر از لبه فاشیای رکتوس فاشیا را باز کرده و عضله را در بخش داخلی هم از روی فاشیای ترانس ورسالیس جدا و فلپ را برای بالا بردن آماده می‌کردیم و از محل تونل فلپ به بالای قفسه سینه برده می‌شد.

در همه بیماران منطقه IV فلپ را قبل از بالا بردن حذف می‌کردیم و نواحی I, II, III با چرخش 180 درجه جهت ترمیم مورد استفاده قرار می‌گرفت. بطوریکه بخش ناف به سمت پایین یعنی روی خط IMF قرار می‌گرفت، سپس لبه داخلی فاشیای عضلات رکتوس به لبه خارجی فاشیای مقابل در 2 لایه دوخته و ترمیم می‌شد که اغلب به علت دیاستاز زیاد رکتوس بدون کشش بهم رسانده شدند فقط در 2 بیمار از مش پرولن برای پوشاندن جدار شکم استفاده شد (تصویر 2).



تصویر 2- نتیجه نهائی بازسازی با فلپ شکمی و ترمیم هاله و نوک

در گروه دوم عضله لاتمیوسوس دورسی بر پایه عروق توراکودورسال به عنوان فلپ پوستی عضلانی انتخاب شد، لذا تمام بیماران پس از نقشه‌کشی و بییهوشی کامل ابتدا به پهلو قرار می‌گرفتند سپس برش پوستی بیضوی داده می‌شد (تصویر 3).



تصویر 1- جراحی بازسازی سینه با فلپ شکمی

جهت جراحی این گروه از بیماران ابتدا فلپ پوستی جدار شکم از ناف تا گزیفویئید از ناحیه زیر جلد آزاد و محل ماستکتومی باز و تا IMF آزاد می‌شد. پس از آن تونلی که فلپ از آن بالا برده می‌شد آزاد و فضای کافی جهت بردن فلپ آماده می‌گردید سپس فاشیای رکتوس یک سانتی‌متر خارج‌تر از خط میدلاین و از لترال یک سانتی‌متر داخل فاشیا، برش طولی خورده و از زیر فاشیا کل عضله رکتوس آزاد و عروق اپی‌گاستریک فوقانی رویت و نبض آن بررسی می‌شد. پس از حصول اطمینان از سالم بودن پایه عروقی روی فلپ تحتانی ابتدا سمت مقابل پوست و زیر جلد از روی فاشیا آزاد و عروق پرفوراتور سطحی و شاخه اپی‌گاستریک تحتانی سطحی آزاد و همگی با کلیپس عروقی یا نخ سیلک بسته می‌شدند.

از روی محل عروق پرفوراتور سطحی نقطه مقابل قرینه که باید حفظ می‌کردیم را علامت‌گذاری کرده و سپس فلپ مقابل تا لبه خارجی رکتوس آزاد و بعد لبه رکتوس قبل از عروق پرفوراتور باز و عضله رکتوس به آرامی از سمت خارج بلند می‌شد، تا پایه عروق اپی‌گاستریک تحتانی نمایان شود. عروق را دو بار با سیلک می‌بستیم، سپس عضله رکتوس را از بخش تحتانی قطع و مجدداً لبه عضله را به

می‌شد و در زیر فلپ عضلانی لاتیسیموس به تنهایی یا همراه پکتورال گذاشته و ترمیم پوستی انجام می‌گرفت. در بیمارانی که افتادگی یا بزرگی سینه مقابل داشتند، در صورت تمایل برای بیمار ماستوپکی \pm مامو پلاستی سینه مقابل انجام می‌دادیم (تصاویر 4 و 5).



تصویر 4- قبل از عمل بازسازی سینه



تصویر 5- نتیجه نهایی بازسازی سینه با فلپ لاتیسیموس و پروتز و ترمیم هاله و نوک

پس از گردآوری اطلاعات دموگرافیک بیماران، نوع جراحی و عوارض آنها، جهت بررسی آماری از نرم افزار SPSS 20 استفاده شد و برای بررسی میزان رضایتمندی آنها



تصویر 3- خط‌کشی‌های قبل از عمل برای بازسازی با فلپ لاتیسیموس

فلپ از بالا تا زاویه اسکاپولا و در پایین تا نزدیک کرت ایلیاک آزاد می‌شد، پس از آن عضله لاتیسیموس از زیر زاویه اسکاپولا و در بالا از کنار عضله تراپزیوس و در مدیال از عضلات کنار مهره‌ای و در لترال حاشیه لترال عضله کاملاً آزاد می‌گردید. از پایین بسته به نیاز پوشش عضلانی گاهی بصورت گسترده عضله آزاد و سپس در عمق از روی سراتوس جدا می‌شد. کلیه عروق پرفوراتوربین سراتوس و لاتیسیموس با کلیپس عروقی یا با گره سیلک بسته می‌شد سپس عضله از کنار خارجی اسکاپولا به سمت زیر بغل آزاد و پس از دیده شدن پایه عروقی توراکودورسال محل اتصال عضله به استخوان هومروس تا 80-90 درصد قطع کامل می‌شد. در همین وضعیت برش ماستکتومی باز و از بالای فلپ پوستی فضای زیر بغل آزاد می‌گردید تا فلپ لاتیسیموس از این فضا به سمت جلوی قفسه سینه آورده شود. سپس در برش پشت لایه زیر جلد را به فاشیا بخیه می‌زدیم تا احتمال سروما کمتر شود و کل برش پشت بیمار بسته و فلپ در جلوی قفسه سینه ثابت و پانسمان استریل گذاشته می‌شد. بعد از آن وضعیت بیمار به حالت خوابیده به پشت تغییر داده می‌شد. پس از آماده‌سازی کامل فلپ پوستی در بیمارانی که نیاز به فضای بزرگتر برای پروتز بود عضله پکتورال از لبه تحتانی آزاد و به عضله لاتیسیموس دوخته می‌شد و زیر این فضا ابتدا سایز گذاشته و مقایسه با سینه مقابل از نظر قرینگی انجام و بر این اساس سایز پروتز اصلی انتخاب

در گروه فلپ لاتیسوموس دورسی و پروتز، بخش داخلی فلپ در دو بیمار (6/4%) بصورت لبه کوچکی از زخم نکروز شده که با دبریدمان سطحی و پانسمان نقره بتدریج ترمیم شدند، فقط در یک بیمار (3/2%) از روز بعد از عمل تغییر رنگ فلپ مشهود بود که بلافاصله بخیه‌های بیمار باز و پروتز خارج شد و رنگ فلپ بهتر شد. پس از مشخص شدن حدود نکروز تقریباً یک چهارم فلپ برداشته و ترمیم شد و در حال حاضر پس از 9 ماه فلپ بیمار هیچ مشکلی ندارد و بیمار کاندید جراحی مجدد پروتز در زیر فلپ می‌باشد (تصویر 6).



تصویر 6- نکروز پارشیال فلپ

عوارض دیگر مثل نکروز چربی در گروه لاتیسوموس اصلاً دیده نشد ولی در گروه فلپ شکمی در 3 بیمار (13%) ایجاد شد، اسکار هیپرتروفیک در کل در 7 بیمار (13%)، سروما در فلپ شکمی در پایین ناف در 3 بیمار (13%) و در گروه لاتیسوموس در 18 بیمار (58%) دیده شد که فقط چهار بیمار سرومای طولانی مدت داشتند و نیاز به تخلیه مکرر پیدا کردند. هماتوم در یکی از بیماران گروه لاتیسوموس در محل دهنده در پشت و دو بیمار گروه فلپ شکمی در بالای ناف یا زیر فلپ دیده شد که به تدریج جذب شد و دو بیمار نیاز به تخلیه داشتند. فتق جدار شکم در گروه فلپ شکمی و فتق کمری در گروه لاتیسوموس دیده نشد هم چنین آمبولی ریه در هیچ بیماری دیده نشد. متوسط زمان بستری 2/6 روز بوده هیچ بیماری در بخش ویژه بستری نشد و فقط بیمارانی که نکروز فلپ داشتند، جهت برداشتن بخش نکروز و ترمیم مجدد دوباره بستری شدند. مجموع عوارض در هر دو گروه در جدول 1 آمده است.

از Visual Analog Scale با 10 نمره استفاده شد و بیماران بر اساس نمره به 4 گروه تقسیم شدند.

یافته‌ها

در مجموع 54 بیمار وارد مطالعه شدند که میانگین سن بیماران 43/26 سال با انحراف معیار (Sd+5.4yrs) بود. همه بیماران به علت سرطان تهاجمی تحت جراحی ماستکتومی قرار گرفته بودند و بعد از متوسط دو سال برای بازسازی مراجعه کرده بودند فقط یک بیمار به علت DCIS منتشر یا همان سرطان غیر تهاجمی ماستکتومی شد و چون نیازی به کموتراپی و رادیوتراپی نداشت در یک فاصله 6 ماهه پس از جراحی اول تحت بازسازی با فلپ شکمی قرار گرفت. برای بازسازی در 31 بیمار (57/4%) از فلپ لاتیسوموس دورسی به همراه پروتز و در 23 بیمار (42/5%) از فلپ شکمی استفاده شد.

در هیچ بیماری نکروز کامل فلپ نداشتیم، در گروه فلپ شکمی در 4 بیمار (17/3%) حدود 1/2-1/3 فلپ دچار نکروز شد که یکی از این بیماران برش خط وسط شکم داشت و به علت وجود استریای فراوان جدار شکم برش اصلاً دیده نمی‌شد و بیمار هم در توضیحات قبل از عمل، جراحی حدود 15 سال قبل خود را فراموش کرده بود که درست از محل خط وسط نکروز ایجاد شد و پس از بررسی بیمار یادآوری کرد که جراحی تخمدان داشته است، در سه بیمار دیگر به علت چاقی با شاخص توده بدنی بالای 35 و افتادگی شدید شکم با وجود تقویت کردن عروق در یکی از این بیماران، نکروز اتفاق افتاده بود و دو بیمار دیگر هم تقویت عروقی نشده بودند. در همه این بیماران پس از کامل شدن پدیده نکروز و مشخص شدن حدود آن، بیمار بستری و بخش نکروز برداشته و مجدداً ترمیم قسمت سالم فلپ انجام گرفت.

در یکی از بیماران به علت کوچکی سینه مقابل اختلاف سایز و غیرقرینگی نامناسبی ایجاد شد. دو نفر پس از بهبودی با وجود کوچکی سایز فلپ از ادامه درمان جهت قرینگی بیشتر منصرف شدند و نفر آخر با دو جلسه تزریق چربی اصلاح شد. جهت تزریق چربی تحت بی‌حسی موضعی و استفاده از مایع تامی سنت در ناحیه شکم، 500 سی سی چربی با کانولای 3 میلی‌متری کشیده شد و پس از تغلیظ با کانولای یک میلی‌متری تزریق داخل سینه به صورت بادبزنی در دو بخش زیر جلدی و در عمق انجام شد.

رضایتمندی بیماران هم حدود 80% بوده است.³ مطالعه دیگری در دانشگاه MD Anderson نشان داده که هر چه بیماران چاق تر باشند، عوارض جراحی بازسازی با این فلپ‌ها بیشتر است 41/7% در بیماران خیلی چاق.⁴

در مطالعه‌ای روی فلپ لاتیسموس میزان تشکیل سروما بیش از 95% و ایجاد هماتوم و اسکار هیپرتروفیک هر کدام 15% گزارش شده⁵ که در بیماران ما جهت پیشگیری از ایجاد سروما از بخیه زیر جلد به فاشیا استفاده کردیم و این عارضه به 38% تقلیل پیدا کرد.

تزریق چربی (Fat Graft) به عنوان یک روش ساده بدون نیاز به بیهوشی جهت اصلاح بدشکلی و غیرقربندی در کتب و مقالات ذکر شده است که در بیماران این مطالعه هم بدون بیهوشی و نیاز به بستری انجام شد.⁶

اولین بازسازی با فلپ لاتیسموس دورسی در سال 1906 توسط Tansini انجام شد⁷ ولی این روش از سال 1976 توسط Olivari به عنوان یک روش نه چندان سخت در بازسازی جراحی سرطان سینه مورد انتخاب بسیاری از جراحان بوده است.^{8,9} جراحی استفاده از فلپ شکمی به عنوان روش جایگزین بازسازی و همزمان ابدومینوپلاستی برای بیماران اولین بار توسط Carl Hartrampf توصیف و تا بیش از 20 سال استاندارد جراحی بازسازی پستان بود.¹⁰ با پیشرفت علم و جایگزینی روش‌های ساده‌تر انجام ماستکتومی تبدیل به جراحی حفظ پستان شد و از سال 1995 جراحی انکوپلاستیک پستان رسماً شکل گرفت و با استفاده از تکنیک‌های ماموریداکشن ماستکتومی و یا استفاده از فلپ‌های فیبروگاندور محل نقص داخلی پستان اصلاح می‌شد. لذا تعداد مراجعین ماستکتومی کامل جهت بازسازی کمتر شده است. همچنین با ورود تزریق چربی و استفاده از BRAVA سیستم توسط Khouri و دیگر اساتید جراحی روش سبک‌تر تزریق چربی جایگزین جراحی سنگین فلپ شده است که البته نیاز به چندین جلسه تکرار دارد.^{11,12} همچنین با ورود و تبحر همکاران جراحی پلاستیک در جراحی میکرو و اسکولر در حال حاضر در بسیاری از مراکز به جای استفاده از فلپ شکمی از فلپ‌های میکرو واسکولر به صورت فلپ آزاد DIEP, SIEP استفاده می‌کنند.^{13,14} در این روش‌ها تمام فلپ پوستی شکم بدون برداشتن عضله روی پایه بلند شده و در ناحیه قفسه سینه به عروق شریان اپی‌گاستریک تحتانی ترجیحاً و یا با توراکودورسال و در بعضی روش‌ها به

جدول 1- بررسی میزان عوارض در دو گروه

متغیر	تعداد بیماران	درصد
نکروز پارشیال فلپ	5	9/2
نکروز چربی	3	5/5
سروما	21	38
هماتوم	3	5/5
اسکار هیپرتروفیک	7	12/9

از بین بیماران (2/33%) جهت بازسازی کمپلکس نیپل آرئول مراجعه و بقیه اظهار می‌کردند که از ظاهر خود راضی هستند و نیاز به ترمیم و بازسازی نوک سینه ندارند، ولی برای گروهی که برای ترمیم نیپل و آرئول مراجعه کردند، در دو مرحله ابتدا از تتو برای ایجاد آرئول و برای بازسازی نیپل از یک فلپ پوستی از روی پوست فلپ پس از تتو شدن و رنگ گرفتن استفاده شد.

جهت بررسی میزان رضایتمندی بیماران از معیار Visual Analogue Scale استفاده شد و از 1-10 نمره‌بندی و سپس به چهار گروه تقسیم شدند، بیش از 80% بیماران از نتیجه عمل رضایت داشتند و نمره عالی یا خوب گرفتند، نمره رضایتمندی بیماران در جدول 2 می‌باشد.

جدول 1- بررسی میزان رضایتمندی بیماران

متغیر	تعداد بیماران	درصد
عالی	16	29
خوب	30	55
متوسط	5	9/2
بد	3	5/5

بحث و نتیجه‌گیری

سرطان سینه از دیر باز به عنوان یک سرطان شایع که باعث تغییر وضعیت ظاهری بدن بیماران بود، باعث ترس و نگرانی بعد از بهبودی می‌شد. در این مطالعه انواع بازسازی با فلپ، نتایج، عوارض و میزان رضایت بیماران سنجیده شد. در مطالعه‌ای در ایران بازسازی با فلپ شکمی بررسی شده، میزان نکروز پارشیال فلپ (4/13%) و نکروز چربی (9/15%) به عنوان عوارض مهمتر گزارش شده است و این عوارض با ریسک فاکتورهایی مثل چاقی ارتباط داشته است، میزان

امید آن می‌رود که جراحی بازسازی با فلپ‌های پایه‌دار و همچنین جراحی‌های میکرو واسکولار در کشور ما هم بیشتر و بیشتر در بازسازی سینه استفاده شود. ما در این تحقیق نتایج انجام جراحی‌های بازسازی سینه توسط فلپ‌های پایه‌دار را تحت بررسی قرار دادیم و امیدواریم با همکاری بیشتر اساتید جراحی بتوانیم در خدمت‌رسانی بیماران سرطان سینه کوشا باشیم.

هر دو آناستوموز عروقی می‌شود، لذا این روش‌ها جایگزین برداشتن عضله رکتوس و ایجاد نقص در جدار شکم شده است.

برای بازسازی کمپلکس نیپل آرنول ابتدا از تتو برای ترمیم آرنول¹⁵ و برای نیپل انواع فلپ از جمله **Star, Skate** **Spear, C-V Flap** ذکر شده که در این مطالعه از **Star Flap** استفاده شد.¹⁶⁻¹⁷

Abstract:

Autologous Flap for Breast Reconstruction: An Iranian Breast Surgeon's Experience

Nafissi N. MD^{}, Ziaee F. MD^{**}, Akbari M. E. MD^{***}*

(Received: 2 Aug 2016

Accepted: 26 Dec 2016)

Introduction & Objective: Breast cancer is the most common female cancer and modified radical mastectomy is one of the most standard procedure that is used by general surgeons. Mastectomy instead of change in shoulder girdle and spinal column, can change body image of patients, so some of them return for breast reconstruction and the type of this surgery has been chosen according to skin quality, Radiotherapy, pectoral muscle atrophy, surgical history.

Materials & Methods: This study is the result of 54 breast reconstructions by autologous TRAM and Lattismus Dorsi flap plus implant at 6 years in one hospital by one surgical team. Unipedicled TRAM flap that is based on the superior epigastric artery and in this procedure lower abdominal skin, subcutaneous tissue and Rectus muscle is rotated from upper abdominal tunnel. Lattismus Dorsi muscle and skin of posterior chest wall is rotated based on Thoracodorsal vessels for coverage of implant.

Results: From 54 patients, TRAM flap was done on 23 (42.5%) patients, 4 partial necrosis (17.3%) was seen in this group. Lattismus Dorsi flap plus implant was done for 31 patients (57.4%) and only one partial necrosis was reported in this group. There wasn't any total necrosis in each group. In only one patient for correction of asymmetry, fat injection was done in reconstructed breast for increase the size of flap.

Conclusions: Satisfaction estimation was done by calculation of number 1 to 4 and the result showed 80% of patients were chosen 3 or 4 and satisfied from the esthetic result and correction of their body Image, so few of them return for nipple areola reconstruction. Areola was created by Tattoo and nipple by skin flap.

Key Words: Breast Reconstruction, TRAM, Lattismus Dorsi

** Assistant Professor of General Surgery, Iran University of Medical Sciences and Health Services, Hazrate Rassol Akram Hospital, Tehran, Iran*

*** General Surgeon, Cancer Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Shohadaye Tajrish Hospital, Tehran, Iran*

**** Professor of Cancer Surgery, Cancer Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Shohadaye Tajrish Hospital, Tehran, Iran*

References:

1. Haghghat S, Akbari M, Ghaffari S, Yavari P. Standardized breast cancer mortality rate compared to the general female population of Iran. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2012; 13(11): 5525-8.
2. Akbari M, Khayamzadeh M, Khoshnevis S, Nafisi N, Akbari A. Five and ten years survival in breast cancer patients mastectomies vs. breast conserving surgeries personal experience. *Iranian Journal of Cancer Prevention*. 2012; 1(2): 53-6.
3. Fathi M, Hatamipour E, Fathi H, Zehtab H. Breast Reconstruction Using TRAM flap: Prospective Outcome and Complications. *Medical J of The Islamic Republic of Iran* 2006; Vol 20, No 2 P, 74-81.
4. Kroll, Stephan S. M. D; Netscher, David T, M.D. Complication of TRAM Flap Breast Recostruction in Obese Patients. *Plast Reconstr Surg* 1989, Dec.
5. Burgic M, Bruond-Rodier C, Wilk A. Complications Following Autologous Latissimus Breat Reconstruction. *Bosnian J of Basic Medical sciences* 2010; 10 (1); 65-67.
6. Spear SL, Wilson HB, Lockwood MD. Fat injection to correct contour deformities in the reconstructed breast. *Plast Reconstr Surg* 2005; 116: 1300-1305.
7. Maxwell GP. Iginio Tansini and the origin of the latissimus dorsi musculocutaneous flap. *Plast Reconstr Surg* 1980; 65: 686.
8. Olivari N. The latissimus flap. *Br J Plast Surg* 1976; 29: 126.
9. Schneider WJ, Hill HL, Brown RG. Latissimus dorsi myocutaneous flap for breast reconstruction. *Br J Plast Surg* 1977; 30: 277.
10. Hartrampf CR Jr, Scheflan M, Black PW. Breast reconstruction with a transverse abdominal island flap. *Plast Reconstr Surg* 1982; 69: 216-224.
11. Khouri RK, Baker TJ. Initial experience with the BRAVA nonsurgical system of breast enhancement. *Plast Reconstr Surg* 2002; 110(6): 1593-1595.
12. Schlenz I, Kaider A. The BRAVA external tissue expander: is breast enlargement without surgery a reality? *Plast Reconstr Surg* 2007; 120(6): 1680-1689.
13. Allen RJ, Treece P. Deep inferior epigastric perforator flap for breast reconstruction. *Ann Plast Surg* 1994; 32: 32.
14. Allen RJ, Dupin CL, DellaCroce FJ. Perforator flaps in breast reconstruction. *Perspect Plast Surg* 2000; 14: 37-54.
15. Spear SL, Convit R, Little JW. Intra dermal tattoo as an adjunct to nipple-areolar reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1989; 83: 907.
16. Jabor MA, Shayani P, Collis DR, et al. Nipple-areola reconstruction: satisfaction and clinical determinants. *Plast Reconstr Surg* 2002; 110(2): 457-46.
17. Shestak KC, Landecker A, et al. Assessment of long-term nipple projection: a comparison of tree techniques. *Plast Reconstr Surg* 2002; 110(3): 780-786.