G.O.P. Taksim E.A.H.
JAREN 2018;4(1):45-51

Hastanın Kendi Dokusu Kullanılarak Oluşturulan Meme Rekontrüksiyonları ve Hemşirelik Bakımı

Autologous Breast Reconstructions and Nursing Care

Muaz GÜLŞEN[1], Neriman AKANSEL[2]
[1]Bursa Devlet Hastanesi, Bursa, Türkiye
[2]Uludağ Üniveristesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye

ÖZ

Meme kanseri kadınlarda görülen kanser sıralamasında birinci sırada yer alan bir kanserdir. Meme kanserinin tedavi yöntemlerinden biri olan mastektomi, kadınların beden imajının bozulmasına neden olan girişimlerden biridir. Meme dokucusunun kadınlar için önemi nedeni ile meme rekonstrüksiyonu son derece önem taşıyan bir konudur. Meme rekontrüksiyonu meme dokusunu yine oluşturma işlemidir. En sık kullanılan rekonstrüksiyon yöntemi hastanın kendi dokusuyla oluşturulan rekonstrüksiyonlardır. Bu derlemede mastektomi sonrası meme rekontrüksiyonu ile ilgili tekniklerden latissimus dorsi ve transvers rektus abdominis kas deri flepleri ile meme rekonstrüksiyonuna ve rekonstrüksiyon sonrası bakımda hemşirenin dikkat etmesi gereken konulara değinilmektedir.

Anahtar kelimeler: *Meme kanseri, mastektomi, hemşirelik bakımı*

ABSTRACT

Breast cancer ranks on top of the cancer types mostly seen among women. Mastectomy which is one of the treatment methods of breast cancer and also one of the interventions that alter women's body image. Breast reconstruction is an extremely important issue for women because of crucial importance of breast tissue for women. Breast reconstruction is the process of regenerating the breast tissue. The most frequently used reconstruction methods use the patient's own tissue. In this article reconstruction with latissimus dorsi and transverse rectus abdominus muscle skin flaps, and maintenance care of the patient after reconstruction which the nurse should take care of.

Keywords: *Breast cancer, mastectomy, nursing care*

GİRİŞ

Meme kanseri, kontrolsüz büyüme ve anormal yayılım göstermesi nedeni ile kadınları biyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan olumsuz yönde etkileyen bir hastalıktır. Sık görülmesi ve prognozunun kötü olması nedeniyle çağımızın önemli bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmektedir [(1)]. Meme kanseri kadınlarda en sık görülen kanser türleri ve kansere bağlı ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır [(1,2)]. Amerikan Kanser Derneğinin 2005 istatistiklerine göre seksen yaşına ulaşan her sekiz kadından birinin meme kanserine yakalanma riski taşıdığı bildirmektedir. Ülkemizde elde bulunan verilere dayanarak her yıl 10 bin kadının meme kanserine yakalandığı sanılmaktadır [(2)]. Meme kanseri Türkiye'de tüm kanserlerin %24,1'ini oluşturmaktadır [(3)]. Değişen teknoloji ve cerrahi teknikler sayesinde meme kanseri tedavisinde her ne kadar radikal mastektomi en son tercih olsa da, bu yöntemin uygulandığı durumlarda meme rekonstrüksiyonu önemli bir uygulama olarak karşımıza çıkmaktadır. Memedeki kanserli hücrelerin uzaklaştırılması meme kanseri tedavisinde ilk amaç olmasına rağmen, kadınlarda tedavinin şeklinden çok tedavi sonrası beden imajı daha çok önem taşıyan bir konudur. Bu konuların başında ise memenin yeni görünümü gelmektedir [(2)]. Hemşirelerin yalnızca mastektomi ameliyatı geçi-

Alındığı tarih: 14.06.2017
Kabul tarihi: 26.01.2018
Yazışma adresi: Doç. Dr. Neriman Akansel, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, 16059 - Bursa - Türkiye
e-posta: nakansel@uludag.edu.tr
doi: 10.5222/jaren.2018.045

ren hastanın ameliyatı sonrası fiziksel bakımında donanımlı olmaları yeterli değildir. Hemşirelik bakımı aynı zamanda hasta ve ailesinin eğitimi, hasta merkezli bakımı planlama ve uygulama, soyal ve psikolojik bakım gereksinimlerini karşılamaya da odaklanmalıdır [4]. Bu derlemede hastanın yaşantısında mastektomiden sonra diğer önemli bir süreç olan meme rekonstrüksiyonu açıklanarak, hasta bakımında güncel hemşirelik yaklaşımlarına yer verilmektedir.

Meme Rekonstrüksiyonu ve Meme Rekonstrüksiyonunda Kullanılan Otolog Yöntemler

Meme kanseri tedavisi 20. yy. başlarında radikal cerrahi girişimlerle başlamış ve daha sonra koruyucu cerrahiye doğru ilerleme göstermiştir. Bu gelişim ve değişim yanında meme rekonstrüksiyonu uygulamaları da gelişmiştir [2,5]. Meme cinsellik, annelik, çekicilik ve beden imajı gibi birçok anlam yüklenen bir organdır [1,6]. Bu nedenle özellikle mastektomi sonrası hastanın kendisini psikolojik ve fizyolojik olarak daha iyi hissetmesini sağlamak amacıyla meme dokusunun çeşitli yöntemlerle yeniden oluşturulması işlemi yani meme rekontrüksiyonu önem kazanan bir uygulama olmuştur [7]. Meme rekontrüksiyonu konusunda son 30 yıl içerisinde önemli gelişmelerin yaşanması ve bu gelişmeler sonucunda mastektomili kadınlar tarafından meme rekonstrüksiyonuna karşı ilginin artmasına yol açmıştır [8]. Meme rekontrüksiyonu ilk kez Guthrie tarafından mastektomi defektini subkutan olarak yerleştirdiği doku protezi ile onarmasıyla başlamıştır [5]. Daha sonra 1960'lı yıllarda silikon meme protezi kullanımı geliştirilmiş ancak ilerleyen zamanla birlikte protezle ilgili sorunlar yaşanmıştır. Bu sorunlar; enfeksiyon, protezin ekspoze olması, protezin kilo alıp verme sürecinde vücut değişikliklerine uyum sağlayamaması, kapsül kontraksiyonu olarak sıralanabilir. Bu nedenle son yıllarda rekonstrüksiyon amaçlı kişinin kendi dokusunun kullanımını gündeme gelmiştir [5,9].

Meme rekonstrüksiyon yöntemlerinin hangisinin daha iyi sonuç sağlayacağı pek çok etkene bağlı olmakla birlikte, hastanın yeğlemesi, genel sağlık durumu, vücut yapısı, uygulanacak mastektominin çeşidi, hastalığın evresi, hastanın radyoterapi ve kemoterapi alma durumu hekimin önerisi ve tecrübesi gibi pek çok faktör sıralanabilir [10,11]. Kişinin kendi dokusuyla (otolog yöntem) meme rekonstrüksiyonu;

a. Pediküllü Latissimus Dorsi Kas-Deri Flebi
b. Pediküllü ve Serbest Transvers Rektus Abdominis Myokütan Flebi (TRAM)
c. Serbest Superior Gluteal Arter Perforatör Flebi (SGAP)
d. Derin İnferior Epigastrik Arter Perforatör Flebi (DİEAP)
e. Serbest Transvers Grasilis Kas-Deri Flebi
f. Serbest Süperfisiyal İnferior Epigastrik Arter Flebi (SIEA) olarak sınıflandırılmaktadır.

Bu derlemede en sık kullanılmakta olan Pediküllü Latissimus Dorsi Kas-Deri Flebi ile Pediküllü ve Serbest Transvers Rektus Abdominis Myokütan Flebi (TRAM) uygulanan hastaların hemşirelik bakımı üzerinde durulacaktır. Hastanın kendi vücudunun belli bir bölgesinden alınan kas ve deri dokusu ile yapılan meme rekonstrüksiyonuna otolog meme rekonstrüksiyonu adı verilmektedir [8]. İmplant yönteminin yıllar içinde dezavantajlarının ortaya çıkmasıyla birlikte otolog yöntem daha fazla önem kazanmaya başlamıştır. İlk otolog meme rekonstrüksiyonu Latissimus Dorsi Kas-Deri Flebi ile başlamıştır. Daha sonra Robbin 1979 yılında Rektus Abdominis Kası Deri Flebini meme rekonstrüksiyonunda kullanmaya başlamıştır. Hartrampft'ın da Transvers Abdominis Myokutanöz (TRAM) Kas-Deri Flebinin tanımlanmasıyla bu flebin de kullanımı yaygınlaşmıştır [5]. Otolog yöntemle meme rekonstrüksiyonu, mastektomi sırasında ve ilk 2 hafta içinde yapılırsa erken dönem meme rekonstrüksiyonu, daha sonrasındaki süreçte yapılırsa geç dönem meme rekonstrüksiyonu olarak adlandırılmaktadır [6]. Bu zamanlamada hastanın durumu, hekimin yeğlemesi, mastektomi operasyonunun şekli önem taşır [2,7]. Erken dönem meme rekonstrüksiyonun avantajları arasında en önemlisi memenin doğal konturunu koruması, doğal ve yumuşak olması, daha fazla estetik başarı sağlamasıdır. Bununla birlikte, hastanede kalış süresi ve iyileşme süresinin kısalığı, ameliyat sonrası dönemde daha az ağrı olması, hastanın günlük yaşam aktivitelerine daha kısa bir sürede dönebilmesi bu yöntemin diğer avantajları arasında sayılabilir [2,8,11,12].

Pediküllü Latissimus Dorsi Kas-Deri Flebi

Kişinin kendi dokusuyla yapılan Meme Rekonstrüksiyonu Latissimus Dorsi Kas Deri Flebi ile başlamıştır. Bu kas ilk kez 1856 yılında Tarsini tarafından kullanılmaya başlanmış, Bostwick ve arkadaşlarının kullanımıyla da daha fazla önem kazanmıştır [13]. Latissimus Dorsi kasının yeğlenmesinin başlıca nedenleri göğsün yan tarafında yer alması, taşımasının kolay olması beslenmesinin iyi olması, rotasyonunun kolay yapılmasıdır. Bu flep yalnızca mastektomili alana yeterli yumuşak doku sağlamakla kalmayıp, aynı zamanda göğüs duvarındaki mastektomi operasyonu sırasında oluşan küçük defektleri de ortadan kaldırmaktadır [8]. Bu kas aynı zamanda en güvenilir kas deri fleplerinden birisidir. Donör sahada oluşan skar dokusu kabul edilebilir bir düzeydedir ayrıca kas zayıflığı ve fraksiyon kaybı gibi sorunlara yol açmaz [13,14]. Bu yöntemin memesi küçük olan hastalarda uygulanması daha uygundur. Hastanın hazırlanması kolaydır, operasyon süresi daha kısadır, komplikasyon görülme olasılığı oldukça azdır [5]. Ancak Transvers Rektus Abdominis Myokütanöz Kasına göre çok daha ince ve küçüktür. Latissimus Dorsi-Kası, bazen tek başına yeterli olmakla birlikte, bazen yeterli olmayabilir. Böyle bir durumda volüm ve destek sağlamak amacıyla silikon protez kullanılabilir [8,14,15]. Diğer otolog yöntemlere göre çok daha kolay ve küçük bir ameliyattır, cerrahi sonrası flep kaybının eklenmesi oldukça az olduğu bildirilmektedir [13,16]. Moore ve Ferrel (1992), 173 adet olguda yalnızca 1 tane flep kaybı yaşandığını belirtmişlerdir. Hastalarda omuz retroversiyon hareketi oldukça az görülmekte veya görülmesi durumunda bu durum kompanse edilebilmektedir [17]. Otolog meme rekonstrüksiyonunda iki memenin simetrik olabilmesi için ilk operasyonda ya da daha sonraki operasyonlarda diğer memeye de meme rekonstrüksiyon işlemi yapılabilmektedir. Küçültme, dikleştirme, büyütme gibi çeşitli yollarla simetri sağlanmaya çalışılmaktadır. Latissimus Dorsi Kas-Deri Flebi tekniği genel anestezi altında yapılmakta ortalama 2-4 saat sürmektedir. Hastanede kalış süresi de 2-3 gün arasında değişmektedir. Kişi günlük yaşam aktivitelerine kısa bir süre içinde dönebilmektedir [3]. Latissimus Dorsi Kas-Deri Flebi tekniği zamanla geliştirilerek donör alanındaki skar dokusunun sütyen altına gizlenebilmesiyle kadınlar tarafından tercih edilen bir yöntem olmuştur [8].

Pediküllü ve Serbest Transvers Rektus Abdominis Myokütan Flebi (TRAM)

Pediküllü ve Serbest Transvers Rektus Abdominis Myokütan Flebi (TRAM) 1982 yılından beri kullanılan flepler arasındadır [15]. Meme rekontrüksiyonunda latissimus dorsi kas deri fleb tekniği güvenilirliği yüksek ve kolay bir teknik olmasına rağmen, son yıllarda TRAM flebi daha yaygın olarak yeğlenmektedir [13,18]. Bunun nedeni latissimus Dorsi Kas-Deri Flebiyle birlikte silikon protez kullanımına bağlı kapsül oluşumu, protezin ekspoze olması, enfeksiyon, protezin şişmanlama ya da zayıflama sonrası vücut değişikliklerine uyum sağlayamaması, donör alanında skar oluşumu olarak sıralanabilir [13,18]. TRAM, pediküllü ve serbest fleb olarak ikiye ayrılmaktadır [5]. TRAM tekniğinde karın bölgesinden alınan kas deri flebi yukarıya taşınarak memenin onarımı gerçekleştirilir. Bu işlem genel anestezi altında yapılır [5] ve otoimmün hastalığı olanlarda, otolog doku ile onarım gerektiren durumlarda kullanılması uygundur [9,19]. Ancak 65 yaş üstü kişiler, aşırı şişman ve zayıf hastalar, abdominal hernisi olan, diyabetus mellitus, hipertansiyon tanılı hastalar ile uzun süre sigara kullananlar bu flebin kullanılması uygun değildir [20]. Bu durumda başka bir teknikle rekonstrüksiyon uygulanması yeğlenmektedir. Sıklıkla da ilk akla gelen latissimus Dorsi Kası-Deri Flebidir [8,13].

Areola ve Meme Başı Rekonstrüksiyonu

Meme rekonstrüksiyon en son aşaması meme başı rekonstrüksiyonudur. Bu aşamadan sonra meme rekonstrüksiyonu tamamlanarak memenin doğal görünümü sağlanır. Genellikle operasyondan 3-12 ay sonra, sıklıkla sınırlı uyuşturma altında gerçekleştirilir ve hastaneye yatış gerektirmez. Meme başı ise rekonstrüksiyonunda deri grefti veya dövme yöntemi kullanılmaktadır [8].

Otolog Meme Rekontrüksiyonunda Görülen Komplikasyonlar

Meme kanserinin cerrahi tedavisinde sıklıkla modifi-

ye radikal mastektomi (MRM) kullanılmaktadır. MRM uygulanan üç hastadan ikisinde komplikasyon görülmektedir [21]. Ayrıca uygulanacak olan meme rekontrüksiyon cerrahisi farklı zamanlarda tek ya da birden fazla aşamada gerçekleştirilmesi de oluşan komplikasyonların çeşidini de etkilemektedir [22]. Transfer edilen dokunun nekrozu, pıhtı oluşumu, ağrı ve dokunun alındığı donör alanında zayıflık komplikasyonlardan yalnızca birkaçıdır. Mastektomi sonrası hastaların bir kısmı memede his kaybı ve uyuşma hissedebilirler. Bu durum sıklıkla sinirlerin hasar görmesi nedeni ile oluşur [12]. Mastektomi ile ilgili komplikasyonların ameliyattan sonraki ilk ayda görülmesi durumunda erken dönem komplikasyon, ilk aydan sonra görülmesi durumunda ise geç dönem komplikasyon olarak adlandırılmaktadır.

Erken dönem komplikasyonları olarak seroma oluşumu (%25), yara enfeksiyonu (%10), derin ven trombozu (%6), pulmoner emboli (%2) ve miyokard enfaktüsü (%1) görülmektedir. Geç dönem komplikasyonları olarak ise lenf ödem (%11), kas atrofisi (%7), kol hareketinde sınırlama (%8), nevraji (%5), deride sertlik (%5), hipertrofik yara izleri (%2) ve sinüs oluşumu (%2) görülmektedir [23]. Kronik ağrı ise diğer bir uzun dönem komplikasyonudur. Kronik ağrının görülme oranı %4 ile %22 arasında değişmektedir. Kronik ağrının interkostabrakial sinirlerin cerrahi işlem sırasında oluşan sinir hasarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu hasar ayrıca kol hareketinin sınırlı olmasına neden olmaktadır. Kronik ağrı sendromu modifiye radikal mastektomi olan hastalarda koruyucu meme cerrahisi olan hastalara oranla daha çok görülmektedir [24]. Bir çalışmada, hastaların %70'inde uyuşukluk, %33'ünde ağrı, %25'nde motor zayıflık, %24'nde ekstremitede ödem, %15'inde ise sertlik görüldüğü belirtilmiştir. Aynı çalışmada, hastaların %39'unda günlük yaşam aktivitelerinin önemli ölçüde etkilendiği saptanmıştır [25]. Genel olarak meme rekontrüksiyonu olan hastalarda görülen komplikasyonlar; kanama, hematom, seroma, herni, TRAM flebinin kısmen ya da tamamen nekrozu, yağ nekrozu, karın duvarı zayıflığı, enfeksiyon olarak sıralanmaktadır. Özellikle obez, hipertansiyon, diyabetes mellitus hastalığı olanlarda ve sigara kullananlarda komplikasyon görülme olasılığı yüksektir [5,8].

Otolog meme rekonstrüksiyonunda cerrahi işlemin süresi ve sonrasında iyileşme süresi daha uzundur. Pediküllü fleplerle yapılan rekonstrüksiyonlar genellikle serbest fleplere göre daha kısa sürede gerçekleştirilir ve hastanede kalış süresi daha azdır. Serbest fleplerle yapılan rekonstrüksiyonlarda cerrahi işlemin süresi daha uzundur [12].

Meme Rekonstrüksiyonunda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Dönemde Hemşirelik Bakımı

Meme rekontrüksiyonu olacak hastaların bakımı hekim, hemşire, fizik tedavi uzmanı ve psikolog gibi ekip üyelerinin işbirliği ile başarıya ulaşan bir süreçtir. Meme rekonstrüksiyonu öncesi ve sonrası hemşirelik bakımı önem taşıyan bir konudur. Meme rekonstrüksiyonunda hemşirelik bakımı aşağıda verilen temel konuları içerecek şekilde planlanmalıdır:

Ameliyat öncesi hasta hazırlığı:

- Ameliyat öncesi dönem hem hastanın hem de hasta yakınlarının korku ve anksiyete yaşadığı bir dönemdir. Hasta ile işlem hakkında konuşulmalı ve duygularını paylaşmaya cesaretlendirilmelidir.
- Hastanın soru sormasına izin verilmeli ve sorduğu sorulara basit, anlaşılır ve tıbbi terimlerden arınmış cümlelerle yanıt verilmelidir.
- Meme rekonstrüksiyonunun herhangi bir çeşidinde iyileşme ile ilgili bazı sorunların gelişmesi beklenen bir durumdur. Bu durumda flepin çıkarılması ve ikinci kez alternatif bir yöntemle rekonstrüksiyon yapılması gerekir. Bu durum uygun bir dille hastaya açıklanmalıdır.
- Cerrahi işlemden sonra uygulanacak bakım hakkında hastaya eğitim verilmeli, olabiliyorsa yazılı eğitim materyalleri kullanılarak bu eğitim desteklenmelidir.
- Ameliyat öncesi yasal hazırlıklar eksiksiz yerine getirilmelidir.
- Hastaya solunum egzersizleri ve spirometre kullanımı öğretilmeli ve bunları ameliyat sonrası her saat başı yapması gerektiği açıklanmalıdır. Bu eğitim ameliyat sonrasında hastada gelişebilecek solunum problemlerini ortadan kaldırır, aynı zamanda da iyileşme sürecini hızlandırmaya yardımcı olmaktadır.
- Hastanın ameliyattan önce sigarayı bırakması (4

hafta önce), aspirin gibi ilaçları 1 hafta öncesinden kesmesi, BKI 27 veya altında olacak şekilde kilo vermesi yönünde desteklenmesi gereklidir.
- Ameliyat sonrası dönemde giymek için sporcu sütyeni ve abdominal korse (eve taburcu olacağı gün giymek için) alması gerektiği hatırlatılmalıdır.
- Ameliyat sonrası dönemde hastanın karnında ya da sırtında bir pansuman olacağı açıklanmalıdır.

Ameliyat sonrası hasta bakımı:
- Meme rekonstrüksiyonu ameliyatı ortalama olarak 4-8 saat sürmektedir. Hasta kliniğe getirildiğinde kardiyak monitör, oksijen saturasyonu monitörü kullanılarak takip edilmelidir. İntravenöz sıvılar, drenaj tüpleri, idrar kateteri dikkatli izlenmeli, aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılmalıdır.
- Hastanın kan basıncı, nabzı, vücut sıcaklığı, solunumu ve ağrısı her saat değerlendirilmelidir. Hasta sıcak tutulmalıdır. Bu uygulama flebe olan kan akımını artırır. Vantilatör kullanmaktan kaçınılmalı, odanın camı açılmamalıdır. Hastanın vücut sıcaklığının 37ºC altına düşmemesi için gereken önlemler alınmalıdır.
- Hastanın ağrısı uygun yöntemle kontrol altına alınmalıdır.
- Hastada bulantı-kusma belirtileri izlenmelidir.
- Meme rekonstrüksiyonu sonrası hastalar komplikasyonlar açısından dikkatle izlenmelidir. Bu komplikasyonlar aylar hatta yıllar sonra bile gelişebileceğinden hastanın bu konuda da bilgilendirilmesi önem taşımaktadır.
- Cerrahi işlemden sonra hastanın yaşamsal bulguları alınırken meme insizyonun altında veya aksiller bölgede şişme, ağrı, ağırlık hissi, ciltaltında sıvı birikimi gibi seroma belirtileri dikkatlice izlenmelidir.
- İlk 12 saatte drenden gelen kanlı akıntının artması hemotom belirtisidir. Cerrahi alanda şişlik, gerginlik, ağrı ve ciltte ekimoz değerlendirilmeli, ameliyat sonrası drenajın miktarı, rengi takip edilmelidir.
- Hastaya ameliyat sonrası dönemde elastik çoraplar giydirilmelidir. Hastaya yatak içinde ayaklarını hareket ettirmesi (öne-arkaya) söylenmelidir.
- İlk 24 saate fleple ilgli bir sorun gelişmediyse hasta şeffaf sıvıları (su, elma suyu vb.) içmeye başlayabilir.
- Rekonstrüksiyon uygulanan meme ilk 24 saat boyunca 15-30 dk.'da bir kontrol edilmelidir. Bu kontrol, flebin dokunma ile yumuşaklık ve sıcaklığının, renginin değerlendirilmesini ve Doppler cihazı kullanılarak nabzın kontrol edilmesini içerir. Sonraki günlerde flep her saat başı kontrol edilmelidir.
- Pansuman değişimi sırasında flebin olduğu alan enfeksiyon (kızarıklık, akıntı, ağrı, koku), yetersiz doku perfüzyon belirtileri (morarma ve yetersiz kapiller dolum) açısından değerlendirilmelidir.
- Fleb ve donör alanı travmalardan korunmalıdır. Fleb ve dönor alanına kan akımını engelleyecek şekilde sıkı giysiler giyilmemeli ve bedeni aşırı sıkan telli sutyen kullanılmamalıdır.
- Hasta ani hareketlerden kaçınmalı ve günlük yaşam aktivitelerine aşamalı bir şekilde geçilmesi gerektiği söylenmelidir. Ağır yük kaldırmamalı, prone (yüzüstü) pozisyonda yatmamalıdır. Cinsel aktiviteler sırasında donör alanına ve flebe zarar vermekten kaçınılmalıdır.
- Hastaya hekim izin verdiği zaman araba kullanabileceği (genellikle 1 hafta sonra) belirtilmelidir ve cerrahi işlemden altı hafta sonra kesinlikle kontrole gitmesi gerektiği anımsatılmalıdır.
- Hastaya kendi kendine meme muayenesi öğretilmeli, her ayın belirli bir günü düzenli olarak kendi kendine meme muayenesi yapılmasının önemi anlatılmalı ve önerilen aralıklarla mamografi çektirmesi gerektiği açıklanmalıdır
- Otolog meme rekonstrüksiyonu uygulanan hastalar fizik tedaviden yarar görebilir. Fizik tedavi omzun hareketini sağlar veya donör alanındaki güçsüzlüğün giderilmesine yardımcı olur. Fizik tedavi uzmanı hastanın gücünü yeniden kazanmasına, yeni fiziksel sınırlılıklara ve günlük yaşam aktivitelerine uyum sağlamada en güvenli yolun belirlenmesinde yardımcı olur. Meme rekonstrüksiyonunun meme kanserinin yine oluşma riskini artırmadığı ya da mamografi gibi taramalara engel oluşturmadığı açıklanmalıdır [7,26-28].

Taburculuk eğitimi:
- Hasta taburcu olduktan sonra evde ağrısı olduğunda ağrı kesici olarak hangi ilaçları alabileceği açıklanmalıdır.
- Ameliyat sonrası dönemdeki 10 gün içinde kont-

role gitmesi gerektiği söylenmelidir.
- Ameliyattan 3 gün sonra duş alabileceğini ancak drenler hala çıkarılmadıysa drenler çıkarılıncaya kadar beklemesi gerektiği öğütlenmelidir.
- İlk 4-6 haftada hafif ev işlerini yapabileceği açıklanmalıdır.
- Abdominal korse ve destek sutyen ameliyattan sonra 6 hafta boyunca kullanılmalıdır. Ancak ağır aerobik egzersizler ilk 6 hafta yapılmamalıdır. Bu süreçte yalnızca yürüyüş ve hafif uzanma egzersizleri uygun olabilir.
- İşe dönüş zamanı konusunda hekimin önerileri dikkate alınmalıdır [28].

SONUÇ

Kadınlarda meme kanseri tanısı kadar tedavi sonrası fiziksel görünüm de son derece önemli bir konudur. Hastalar mastektomi sonrasında meme dokusunun kaybıyla birlikte memenin eski durumuna dönmesini sağlamak için yollar aramaktadırlar. Günümüzde yaygın olarak kullanılmakta olan otolog meme rekontrüksiyonu kadınların rekonstrüksiyon sonrası daha doğal bir görünüme kavuşması için iyi birer seçenek olarak sunulmaktadır. Meme rekonstrüksiyonu doğru bir cerrahi girişim ve etkin hemşirelik bakımı ile başarıya ulaşarak hasta memnuniyetini artırmada ve hastaların en kısa zamanda normal yaşantılarına dönmelerinde önemli katkı sağlayabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Yeter K, Savcı A, Soyner Deniz F. Meme kanserinde rekonstrüktif cerrahinin ve hasta eğitiminin yaşam kalitesine etkisi. The Journal of Breast Health. 2009; 5(2): 65-67.

2. Alhan D, Şahin İ, Özer F, Zor F, Nişançı M, Öztürk S, ve ark. Meme rekonstrüksiyonunda 10 yıllık deneyimimiz. Türk Plastik Rekonstüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi. 2012; 20(1): 1-5.

3. Ayhan S, Kücüker İ, Tuncer S, Çulçuoğlu O, Uğur Ş. Profilaktik mastektomi ve çift taraflı meme onarımı; Klinik deneyim. Türk Plastik Rekonstüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi. 2010; 17(3): 122-26.

4. Hughes S, Edward KL, Hyett B. Enhancing nursing practice potential: breast free flap reconstruction following mastectomy. Aust Nurs J. 2011; 19(2): 30-3.

5. Balkan M, Görgülü S, Öztürk E, Zor Z, Arslan İ, Şengezer M, ve ark. Transvers rektus abdominis miyokütanöz fleb ile meme rekonstrüksiyonu: 10 yıllık sonuçlarımız. The Journal of Breast Health. 2008; 4(1): 21-24.

6. National Canser İnstitute, Breast Reconstruction After Mastectomy. Erişim Tarihi: 08.02.2016. https://www.cancer.gov/search/results

7. Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Akademisyen Tıp Kitabevi. 2014: s:919-44.

8. Kurul S, Karanlık H, Said P, Küçücük S, Aslay I. Ekspanse edilmiş latissimus dorsi kas deri flebi ile geç meme rekonstrüksiyonu; 30 olgu değerlendirmesi. Türk Onkoloji Dergisi. 2011; 26(4): 149-59.

9. Serel S, Şen Z, Kaya B, Eminoğlu M, Can Z. İmplantlar ve doku genişleticiler ile meme rekonstrüksiyonu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2004; 5(3): 167-73.

10. American Cancer Society, Erişim Tarihi: 08.02.2016. https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment.html.

11. Tümerdem U. Bilateral meme rekontrüksiyonu. İ. Türk Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Dergisi. 2008; 16(3): 134-38.

12. Breast Reconstruction After Mastectomy, https://www.cancer.gov/types/breast/reconstruction-fact-sheet, National Cancer Institute (NIH) erişim tarihi: 20.08.2017

13. Ünlü ER, Kargı E, Abacı E, Erdoğan B, Şensöz Ö. Latissimus dorsi kas-deri flebi ile travmatik meme defekti onarımı. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 2002; 13(1): 41-3.

14. Yavuz A, Bilgiç Mİ, Yıldırım S, Aköz T. Yanığa bağlı meme asimetrisi bulunan 20 hastada flep ve greft ile yapılan tedavi sonuçları. Türk Plastik Surg. 2010; 18(1): 30-3.

15. Wolf LE, Biggs TM. Aesthetic refinements in the use of the latissimus dorsi flap in breast reconstruction. Journal of The American Society of Plastic Surgeons. 1982; 69: 788-93.

16. Moore TS, Farrel LD. Latissimus dorsi myocutaneous flap for breast reconstruction: long-term results. Plast Reconstr Surg. 1992; 89: 666-72. [CrossRef]

17. Cohen BE, Cronin ED. Breast reconstruction with the latissimus dorsi musculocutaneous flap. Chin Plast Surg. 1984; 11: 287-302.

18. Kind GM, Rademarker AW, Mustoe TA. Abdominal wal recovery following TRAM flep: A fonctional outcome study. Plast Reconstr. Surg. 1997; 99(41): 7-28.

19. Yılmaz M, Vayvada H, Karataş Ö, Atabay A, Barutçu A. Transvers rektus Abdominis kas deri flebi ile meme reconstrüksiyonu. Türk Plastik Cerrahisi Dergisi. 1998; 6: 153-60.

20. Hunt KK, Baldwin BJ, Strom EA, Ames FC, Mcneese MD, Kroll SS, et al. Fearibility of post mastectomy radiation therapy after TRAM flep breast reconstruction. Ann Surg Oncol. 1997; 4: 377-84. **[CrossRef]**

21. Delmar R. Complicatiorıs associated with masteotomy. Surg Clin North Am. 1983; 63: 1331-51. **[CrossRef]**

22. Alderman AK, Wilkins EG, Kim HM, Lowery JC. Complications in postmastectomy breast reconstruction: two years results in Michigan breast reconstruction outcome study. Plast Reconstr Surg. 2002; 109: 2265-74. **[CrossRef]**

23. Wedgwood K, Benson EA. Non-tumor morbidity and mortality after modified radicai masteotomy. Ann Royal Coll Surg Engl. 1992; 74: 314-7.

24. Tasmuth T, von Smitten K, Kalso E. Pain and other symptoms during the first year after radicai and conservative surgery for breast cancer. Br J Cancer. 1996; 74: 2024-31. **[CrossRef]**

25. Ivens D, Hoe AL, Podd TJ, Hamilton CR, Taylor I, Royle GT. Assessment of morbidity from complete axillary disseotion. Br J Cancer. 1992; 66: 136-8. **[CrossRef]**

26. Eti Aslan F. Cerrahi Bakım Vaka Analizleri ile Birlikte. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016: 607-619.

27. Görsoy Akkaş A, Erdöl H, Okuyan M. Lenfödem. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 9(4): 82-90.

28. McKeough N. After your Autulogus Breast Reconstruction. Dalhousie University Print Centre, Nova Scotia. 2015: 1-9.