НЯКОИ ЕСТЕТИЧНИ И ОНКОЛОГИЧНИ ПРОБЛЕМИ НА ОНКОПЛАСТИЧНАТА ХИРУРГИЯ НА ТУМОРИТЕ В ДОЛНИТЕ КВАДРАНТИ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА

В. Молов[1], Ив. Трайков[1], Р. Романски[2] и К. Янев[1]

[1]Клиника по пластична, реконструктивна и естетична хирургия, Медицински университет – Пловдив

[2]Клиника по пластична, реконструктивна и естетична хирургия, Медицински университет – София

SOME AESTHETIC AND ONCOLOGYCAL PROBLEMS IN ONCOLOGICAL PROBLMES IN ONCOPLASTIC SURGERY FOR BREAST CANCER OF THE INFERIOR QUADRANTS

V. Molov[1], Iv. Traikov[1], R. Romanski[2] and K. Ianev[1]

[1]Clinic of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery, Medical University – Plovdiv

[2]Clinic of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery, Medical University – Sofia

Резюме: *Авангардният характер на онкопластичния оперативен модел за лечението на рака на млечната жлеза е добре приеман в световната хирургична практика. В своя дебют обаче той се сблъсква с реални проблеми, част от които са породени от новаторската му същност. Цел на настоящия клиничен анализ е оценка на ранните технически, онкологични и естетични проблеми, свързани с приложението на инвертирано Т-редукционната мамапластика с ареоларна рецентрализация за лечението на туморите в долните квадранти на млечната жлеза. Обект на наблюдение и анализ са диагностичното и терапевтичното поведение при пациентка на 65 год. с Dg. Carcinoma glandulae mammae sinistra T2N1M0. По повод установена формация на лявата млечна жлеза болната е насочена за оперативно лечение. В хода на предоперативното обсъждане авторите получават информирано съгласие за извършването на органосъхраняваща хирургия в обем квадрантектомия чрез модел на инвертирано Т-редукционна мамапластика и аксиларна дисекция през отделна инцизия. Седем месеца след операцията пациентката е насочена към нас със съмнение за локален рецидив, отхвърлен при хистологичното изследване. Клиновидно ексцизираният участък от жлезата е интерпретиран ехографски като рецидив на тумор в разпад/възпалителен инфилтрат с течни фокуси, при липса на клинични белези на възпаление и разпад. Изводити са: моделът на органосъхраняваща хирургия чрез инвертирано Т-редукционна мамапластика удовлетворява изискванията на онкологията и естетичната хирургия. Следоперативното проследяване на локалния статус налага отчитане на специфичните особености, обусловени от характера на прилаганата техника. Необходими са по-нататъшни проучвания върху онкологичната радикалност на метода.*

Ключови думи: *онкопластична хирургия, редукционна мамапластика, органосъхраняваща хирургия*

Адрес за кореспонденция: *Д-р В. Молов, дм, Клиника по пластична, реконструктивна и естетична хирургия, Медицински университет – Пловдив, бул. "Ал. Стамболийски" № 76, 4000 Пловдив, e-mail: oneoplasticsg@abv.bg*

Summary: *As an advanced method the oncoplastic surgical model is an well-accepted approach for breast cancer treatment in worldwide surgical practice. Some real problems appeared in close connection with its innovative nature. The aim of this study is to assess early technical, oncological and aesthetic problems during the introduction of inverted T-reduction mammaplasty with areolar recentralisation for inferior quadrants breast tumors. Because of tumor formation of the left breast a 60-years old patient was referred to the authors for diagnosis and treatment. During the preoperative assessment, informed consent for breast conserving surgery was obtained – quadrantectomy through inverted T-reduction mammaplasty and axillary dissection by separate incision. Seven months postoperatively the patient was referred again to the authors with local recurrence suspicion. This was rejected by histological examination. Wedge shaped glandular excision was interpreted as a tumor decay/inflammatory infiltration without any clinical evidence of decay or inflammation. The model of breast conserving surgery through the inverted T-reduction mammaplasty meets the requirements of oncology and aesthetic surgery. Postoperative follow-up requires calculation of the specific features of surgical technique chosen. More researches are needed on oncological safety of oncoplastic surgery.*

Key words: *oncoplastic surgery, reduction mammaplasty, breast conserving surgery*

Address for correspondence: *V. Molov, MD, Clinic of Plastic, recoNstructive and Esthetic Surgery, Medical University – Plovdiv, 76 Al. Stamboliyski blvd, Bg – 4000 Plovdiv, e-mail: oneoplasticsg@abv.bg*

Ранният рак на млечната жлеза предоставя на хирурга възможност в лечебния план да бъде включен и оперативен модел, запазващ гърдата. Значителният опит на естетичната хирургия в лечението на макромастията на пръв поглед обещава реални и бързи резултати при съчетаването на двата подхода в общата стратегия на онкопластичната хирургия. Практическият дебют на метода обаче се сблъсква с реални и в известна степен неочаквани проблеми, част от които са пряко свързани с новаторския му характер.

ЦЕЛ

Цел на настоящия клиничен анализ е оценка на ранните технически, онкологични и естетични проблеми, свързани с приложението на инвертирано Т-редукционната мамапластика с ареоларна рецентрализация за лечението на тумори в долните квадранти на млечната жлеза.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Обект на наблюдение и анализ са диагностичното и терапевтичното поведение към пациентката С. Л. М., на 65 год., с Dg. Carcinoma glandulae mammae sinistra T2N1M0.

РЕЗУЛТАТИ

По повод установена формация на лявата млечна жлеза болната е насочена за оперативно лечение (сн. 1). Година по-рано е провела 26 курса следоперативна лъчетерапия след отстраняване на базоцелуларен карцином на външ-ното ухо.

В хода на диагностичния етап се установи тумор на границата долновъншен/вътрешен квадрант на лявата млечна жлеза с размери 21/19 mm. Ехографски, рентгенографски и чрез изследване на туморни маркери не се установи извънорганна дисеминация на процеса. Поради негативна тънкоиглена аспирационна биопсия се извърши ексцизионна биопсия, при която хистологичното изследване показа диференциран желатинозен аденокарцином. В хода на обсъждането с пациентката за обема на оперативното лечение авторите получиха информирано съгласие за извършването на органосъхраняваща операция в обем квадрантектомия чрез модел на инвертирано Т-редукционна мамапластика и аксиларна дисекция през отделна инцизия.

Оперативният модел включваше редукционна мамапластика на лявата гърда, в който се включи туморното ложе (сн. 1). Ареоло-мамиларният комплекс се запази на горно хранещо краче (сн. 2). Следоперативният период протече гладко, с първично зарастване на оперативните рани. Следоперативното хистологично изследване установи: инвазивен дуктален карцином на млечната жлеза, умерено диференциран. Градиране по Блум-Ричардсън – 6. Резултати от имунохистохимичното изследване – Her 2(–), PR(–), E(+) (хистологични резултати № 25883-84/27.09.2007 г.). Изследването на аксиларните лимфни възли показа: L1 – 2(+)/9; L2 – 0/5; L3 – 0/2 Rotter (–) (хистологични резултати № 26792-26812/27.09.2007 г.). Околните тъкани на границата на резекция са свободни от туморни клетки (хистологични резултати № 26776-26791/27.09.2007 г.).

Пациентката проведе в пълен обем следоперативни лъче- и химиотерапия без системни и локални усложнения (сн. 3, 4).





Сн. 1. Туморно ложе



Сн. 2. Интраоперативен завършен вид



Сн. 3. След приключване на нехирургичното лечение – фас

Сн. 4. След приключване на нехирургичното лечение – профил

Седем месеца след операцията жената бе насочена към нас със съмнение за локален рецидив в областта на първичното туморно ложе. Ехографски бе описана формация с размери 18/40 mm, интерпретирана като рецидив на тумор с разпад и в диференциална диагноза – възпалителен инфилтрат с течни фокуси. Извършената оперативна ревизия не установи туморна формация. Ексцизира се и се изпрати за хистологично изследване твърдо-еластичната цикатрициална тъкан в областта на инвертираната Т-инцизия. Трайният хистологичен препарат (хистологични резултати № 12023-12025/21.04.2008 г.) показа: мастна и съединителна тъкан с хиалиноза, хронично възпалителна инфилтрация, без туморни клетки. Грануломи тип “чуждо тяло”.

Седемнадесет месеца след операцията болната е без данни за локален рецидив и генерализация на заболяването (сн. 5).



Сн. 5. Седемнадесет месеца след операцията

ОБСЪЖДАНЕ

Онкопластичната хирургия се ражда в опит да се оптимизира балансът между риска от локален рецидив и увеличаването на козметичната удовлетвореност в хирургията на гърдата. Нейният дебют се предшества от дългогодишни добре контролирани изследвания, фокусирани върху основните онкологични параметри на запазващите гърдата операции в световната [5, 13] и българската хирургична практика [9]. Безспорният принос на високите критерии, поддър-жани от естетичната хирургия на гърдата [2], и стремежът към практикуване на онкопластична хирургия, базирана на доказателствата [1, 10], дават новата светлина в изучаване на хирургичното лечение на рака на млечната жлеза.

Представеният от нас казус е на пациентка, диагностицирана и оперирана в съгласие със съвременните принципи за мястото на пациента в клиничната практика. Периодът на проследяване от седемнадесет месеца ни дава основание да споделим с хирургичната общност някои технически, онкологични и естетични проблеми на дебютиращата онкопластична хирургия.

Моделът на инвертирано Т-редукционна мамапластика е добре познат на общността на пластичните хирурзи [2]. Проучвания сред неболедуващи жени и сред медици с различни специалности и стаж [1] показаха, че моделът е на първо място в предпочитанията на тези групи, ако е обсъждан изобщо въпросът за хирургичните възможности на онкопластичния модел. Наред с редукцията се осъществява и ареоларна рецентрализация в съответствие с основните анатомични и естетични популационни характеристики [2, 10].

От техническа гледна точка моделът е добре адаптируем за туморите в долномедиален,

долнолатерален квадрант и границата между двата квадранта. Голямото предимство не само на този, а и на почти всички онкопластични модели е възможността за много конкретна адаптация към индивидуалния туморен статус [12] и морфология на гърдата [8]. Рецентрализирането на ареолата на горно хранещо краче осигурява достатъчна отдалеченост от първичното огнище и допълнителна онкологична сигурност за пациента [6, 14].

Няколко пресечни точки определят спецификата на отношението между хирургичната техника и онкологичното следоперативно проследяване.

На първо място е хирургичният модел на жлезна резекция. Ние приемаме мнението на C. Y. Chen [3], че при онкологичната част на операцията следва да се спазва анатомичният принцип на сегментарна резекция, отчитайки инвазивния компонент. В конкретния казус придържането към този принцип доведе до затруднения дори опитния ехографист в периода на следоперативното проследяване. Клиновидно ексцизираният участък от жлезата, над който бе възстановен кожният плик, бе интерпретиран като рецидив на тумор в разпад/възпалителен инфилтрат с течни фокуси, при липса на клинични белези на възпаление и разпад.

Другият проблемен елемент в онкологичното проследяване, пряко произтичащ от избора на хирургична техника, е следоперативният цикатрикс. На седмия следоперативен месец пациентката бе изпратена отново при нас със съм-нение за рецидив в областта на събиране на двете рамена на инвертираното Т. Хистологичното изследване изключи това съмнение. Психичните проблеми за пациентката, породени от тези съмнения, са основание да изкажем предположение, че други онкопластични модели, приложими за долните квадранти на гърдата [1], биха могли в бъдеще да бъдат „изведени напред" в класацията на предпочитанията на хирурзите. Основна причина за това очакваме да бъде характерът на оставащия краен оперативен цикатрикс – далеч от мястото на туморното ложе. Тази възможност се оценява и от други автори [12], което на фона на анатомично обоснованата онкологична радикалност на метода [15] обуславя популяризирането и на другите методи, приложими за туморите в долните квадранти на жлезата.

По отношение на естетиката при крайния резултат се оформят две донякъде противоположни първи впечатления: удовлетвореност от естетиката на оперираната гърда [4, 7] и неудовлетвореност от неприеманата все още от жените идея за едномоментна симетризация на контралатералната, незасегната от болестта гърда.

ИЗВОДИ

Моделът на органосъхраняваща хирургия чрез инвертирано Т-редукционна мамапластика удовлетворява изискванията на онкологията и естетичната хирургия.

Следоперативното проследяване на локалния статус налага отчитане на специфичните особености, обусловени от характера на прилаганата техника.

Необходими са по-нататъшни проучвания върху онкологичната радикалност на метода.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Молов, В. Проучвания върху индикациите за приложението на онкопластичния оперативен модел при хирургичното лечение на рака на млечната жлеза. (Дис.). София, ВМИ – Пловдив, 2007.
2. Тепавичарова, П. П. Пластично-възстановителни и естетични операции на женската гърда. (Дис.). София, ВМИ – София, 1985.
3. Chen, C. Y. et al. Oncoplastic breast conserving surgery: a renaissance of anatomically-based surgical technique. – Minerva Chir., **61**, 2006, № 5, 421-434.
4. Deutinger, M., G. Tairych et A. Resch. Contour defects after breast preserving therapy of breast carcinoma. Primary and secondary possibilities of correction. – Strahlenther. Onkol., **175**, 1999, № 11, 577-582.
5. Fisher, B. 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. Engl. J. Med., **347**, 2002, № 17, 1233-1241.
6. Franceschini, G. et al. Conservative and radical oncoplastic approches in the surgical treatment of breast cancer. – Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci., **12**, 2008, № 6, 387-396.
7. Hamdi, M., J. Wolfli et K. Wan Landuyt. Partial mastectomy reconstruction. – Clin. Plast. Surg., **34**, 2007, № 1, 51-62.
8. Kronowitz, S. J. et al. A management algorithm and practical oncoplastic surgical techniques for repairing partial mastectomy defects. – Plast. Reconstr. Surg., **122**, 2008, № 6, 1631-1647.
9. Mitov, F. et V. Molov. Breast-conserving surgery in early-stage breast cancer (indications, local recurrences, survival, cosmetic results). – Folia Medica, 2006, № 1, 23-30.
10. Molov, V. et al. Objective assessment of quality of life in female patients after aesthetic, non-oncologic or oncologic surgery of their mammary glands – reality and perspectives. – Folia Medica, 2005, № 2, 12-17.
11. Schondorf, N. K. Plastic reconstructive surgical methods in breast saving therapy of breast carcinoma: our concept of modified quadrantectomy. – Zentralbl. Gynekol., **120**, 1998, № 2, 47-55.
12. Schondorf, N. K. The technique of B-, S-, or W-reduction mammaplasty in the conservative therapy of

breast carcinomas: experiences with a new surgical technique. – Breast, **10**, 2001, № 6, 501-507.
13. Veronesi, U. et al. Twenty year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. – N. Engl. J. Med., **347**, 2002, 1227-1232.
14. Von Smitten, K. Margin status after breast-conserving treatment of breast cancer: how much free margin is enough? – J. Surg. Oncol., **98**, 2008, № 8, 585-587.
15. Wagner, E. et al. Central quadrantectomy with resection of the nipple-areola complex compared with mastectomy in patients with retroareolar breast cancer. – Breast J., **13**, 2007, № 6, 557-563.

Постъпила – 11.06.2009 г.