

ЩАДЯЩО ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ РЕЦИДИВ НА CARCINOMA MAMMAE

П. Червеняков¹, Ж. Василев², А. Червеняков³, А. Младенов² и Д. Гемеджиев²

¹МБАЛ „Сердика“, ²I АГ клиника "Св. София" – София

³УМБАЛСМ Пирогов

ORGAN-SPARING SURGICAL TREATMENT IN RELAPSE OF CARCINOMA MAMMAE

P. Cherveniyakov¹, G. Vassilev², A. Cherveniyakov³, A. Mladenov² and D. Gemedzhiev²

¹Multiprofile Hospital „Serdica“; ²I AG clinic "Cv. Sofia" – Sofia

³University Hospital of Emergency Medicine "Pirogov"

Резюме. Хирургичните проблеми при лечение на рак на млечната жлеза (РМЖ) и досега не са напълно решени. Представяме нашият опит от наблюдавани от нас са 24 болни с локален рецидив след извършени радикални модифицирани мастектомии и органосъхраняващи операции по повод на РМЖ през последните 5 години (2008-2013). От тях при 13 болни с РМЖ са осъществени МРМ, а при 11 болни са извършени радикални органосъхраняващи операции (секторални резекции и квадрантектомии). Средната възраст на пациентите е 53 години. С дясна локализация на злокачествения процес са 17 болни и само 7 са с лява локализация на туморния процес. Проучвания върху 24-те болни с РМЖ показват, че локални рецидиви (ЛР) въпреки прилаганите съвременни хирургични методи както при МРМ, така и при органосъхраняващи операции, се наблюдават нерядко. Появяват най-често в първите 5 години след оперативното лечение на първичния тумор въпреки провеждането на предоперативно неoadювантно лечение, както и на следоперативна адювантна лъче- и хормонотерапия. Най-често ЛР се наблюдават при секторални резекции и квадрантектомии. Процентно по-рядко са при МРМ и особено при болните с отрицателни метастази в аксиларните лимфни възли. Според нашите проучвания ЛР обхващат общо 3,2% от всички оперирани с РМЖ, докато при болните с извършени само органосъхраняващи операции процентът е 48%. Не само нерадикалните оперативни намеси са в основата на ЛР, макар че често се пропускат срочните изследвания гелфрир на резекционните линии. Не се разчитат добре образните изследвания, мамографиите и не се извършват необходими съвременни изследвания, като магнитен резонанс. Не се спазват принципите на абластика и антиабластика – подмяна на хирургичните инструменти при затваряне на оперативната рана, смяна на оперативното бельо, ръкавици. Голямо значение имат късната диагноза, големината на туморната маса и хистологичният характер. Известен факт е, че ЛР в следоперативния период са най-чести при инвазивен дуктален карцином. Според наблюденията ни 86% от болните са били с ди-агностициран инвазивен дуктален карцином. Разбира се, от изключително важно значение са стадият на заболяването, хормоналният статус, ХЕР2. Често необяснени и неоценени са имунобиологичните статуси на болните. Нашите наблюдения показват, че и при далечни метастази, особено когато са единични – дори при белодробна локализация, оперативно им лечение води до значителна преживяемост. Затова хирургичното лечение на ЛР при оперативно лечение на РМЖ, включително и при далечни органни метастази, е все още основен метод на лечение, с последваща лъче-, химио- и хормонотерапия.

Ключови думи: рак на млечна жлеза, хирургично лечение, модифицирана радикална мастектомия, органосъхраняваща операция, лимфни метастази, локален рецидив

Адрес за кореспонденция: Проф. д-р Петър Червеняков, дмн, МБАЛ „Сердика“ ЕООД, ул. „Д. Груев“ № 6, 1303 София

Summary. Surgical problems in the treatment of breast cancer (BC) are still not fully solved. We present our experience based on 24 patients with local recurrence (LR) after performed modified radical mastectomies (MRMs) and organ-sparing surgeries for BC in the last five years (2008-2013). 13 patients underwent MRMs, while additional 11 patients – radical organ-sparing surgeries (sector resections and quadrantectomy). The average age of patients was 53 years. Right localization of malignant process was found in 17 patients, while only 7 patients had left localization of tumor process. Our studies in 24 patients with BC showed that LR occurs infrequently against applied modern surgical methods in both MRMs and organ-sparing surgeries. LR occurs most frequently in the first five years after surgical treatment of primary tumor against performed preoperative neoadjuvant therapy and postoperative adjuvant radiotherapy and hormonal therapy. LR is observed most frequently in sector resections and quadrantectomy. Proportion of LR is lower in MRMs, especially in patients with negative metastases in axillary lymph nodes. According to our research LR comprises a total of 3.2% of all patients underwent surgery for BC, while the patients with performed organ-sparing surgery only this proportion is 48%. Non-radical surgeries are not the only base of LR, although timely Gefrier study of resection lines is often skipped. Imaging exams and mammography are not adequately interpreted and necessary advanced studies as magnetic resonance imaging are not performed. The principles of aseptics and antiaseptics – replacement of surgical instruments in closing surgical wound, change of surgical clothing and gloves, – are not followed. Late diagnoses, the size of tumor mass and histological character are of importance. It is known that LR in postoperative period is most common in invasive ductal carcinoma. According to our observations, 86% of patients were diagnosed with invasive ductal carcinoma. Of course, the stage of disease, hormonal status and HER2 are of utmost importance. Immunobiological state of patients is often unexplained and underrated. Our observations show that in the distant metastases, especially when they are single – even in pulmonary localization, their operative treatment leads to a significant survival. Therefore surgical treatment of LR in the surgical treatment of BC, including in distant organ metastases is still the primary method of treatment followed by radiotherapy, chemotherapy and hormonal therapy.

Key words: mammary tumors, surgical treatment, modified radical mastectomy, organ-sparing surgery, lymphatic metastases, local recurrence

Address for correspondence: Prof. Peter Chervenakov, MD, DSci, MHAT "Serdika" LTD, 6 "D. Gruev" Str., Bg – 1303 Sofia

Хирургичните проблеми при лечението на рак на млечната жлеза (РМЖ) и досега не са напълно решени. Господството на теорията на Halsted за радикалната мастектомия с премахване на m. pectoralis major и m. pectoralis minor след повече от 90 години, е изоставена в наши дни, след историческите научни изследвания на Fisher от 1948 г. Сега в световен мащаб господства и се прилага при болни с РМЖ, т.нар. *модифицирана радикална мастектомия или органосъхраняващи операции*, които биват туморектомия, секторална резекция или квадрантектomia, с лимфна дисекция на аксиларните лимфни възли от всички нива (или т.нар. разширена, пълна, горна, долна, премахване на сентинелните лимфни възли или премахване само на единични манифестни лимфни възли). В тази област противоречията са най-големи при извършване на лимфна дисекция от аксилата [U. Veronesi, 2011].

Основното лечение на РМЖ, както е известно, остава хирургичното. Трябва да се отбележи, че хирургичното лечение на РМЖ може директно да бъде осъществено само при I до IIB стадий. При всички останали болни от 2B до 4-ти стадий задължително се провежда неoadjuвантна химио- или лъчетерапия. Честотата на локалните рецидиви при РМЖ след извършване на хирургично лечение, било то МРМ (модифицирана радикална мастектомия) или органосъхраняващи намеси – туморектомия, секторална резекция или квадрантектomia, при негативни резекционни линии и подлежащи тъкани, било с положителни метастази на лимфните възли, е от 5 до 8%.

Най-често локалните рецидиви се явяват при 80% до 5 години след първичната оперативна намеса, независимо от нейния обем и от използваната методика, а също и от хистологичната вери-

фикация на тумора. Често тези локални рецидиви не зависят от проведената предоперативна неoadювантна терапия или следоперативна адювантна химио-, лъче- или хормонотерапия. Редки локални рецидиви могат да се появят след 10 и повече години от първичното оперативно лечение.

Характерно е, че локалните рецидиви след оперативно лечение на РМЖ най-често се манифестират като единични тумори, неболезнени образувания по хода на оперативния цикатрикс, но могат да се появят и като няколко възловидни образувания, неболезнени и подвижни. Рядко те могат да са (особено единичните) със зачервена повърхност и фиксирани по ръба на оперативния цикатрикс или извън него, но не далеч.

Много автори, като Г. Байчев, 2013 г., Bruce, 2009 г. и др., отбелязват, че при около 1/3 от пациентите при откриване на локалните рецидиви вече има и се откриват далечни метастази – най-вече костни, церебрални, белодробни, чернодробни и др.

Средната преживяемост на болните с локален рецидив след комплексното им лечение – оперативно, химио- и лъчелечение и хормонотерапия – е от 12 до 24 месеца, или 2-3 години. Само при 7% от всички жени, оперирани от РМЖ, няма тласък през следващите 10 години (Veronesi, 2011; Г. Байчев, 2013).

Характерно е, че ако паталогичната верификация на тумора – хистоморфологията му, е идентична с първичния тумор от хормоналната същност на естроген и прогестерон, те се променят до 40%, а ХЕР2 се променя до 8%.

Според досегашните наблюдения и проучванията за появата на локалните рецидиви след хирургично и комплексно лечение на РМЖ за основна причина вече не се считат нито недостатъчната радикална оперативна техника на т.нар. *радикализъм* и обем на оперативната намеса, нито хистологичната характеристика на тумора. Днес се приема, че локалният рецидив е плод на генерализация на процеса на наследствени, имунобиологични причини. Допълващи фактори, обслужващи появата в различни периоди на локални рецидиви след оперативно и комплексно – както (пред- и следоперативно лечение), могат да бъдат най-различни стресови състояния, психични травми и социално-битови условия – непълноценно хранене, лоши хигиенни условия и др.

Наблюденията ни показват, че локалните рецидиви обикновено при 60-80% от случаите са лока-

лизиращи в областта на първичната поява на тумора. Локалните рецидиви по-рядко са разположени в полюсите на оперативните цикатрикси и още по-рядко в близко съседство с тях по кожата. Нашето обяснение и дълбоко убеждение е, че тези т.нар. *странични локализации* се дължат най-вероятно на неспазване принципа на абластика или непровеждане на хистологично верифициране на резекционните линии, т.е. гефрир, и с оглед на наличните микрометастази на патологичния процес по съседство, или наличните калцификати в самата жлеза, които задължават извършване на по-голям обем оперативна намеса.

Най-често в последно време локалните рецидиви при РМЖ се наблюдават при органосъхраняващите операции, като туморектомия, секторална резекция и по-рядко при квадрантектomia. Редица автори, като Г. Байчев (2013 г.), К. L. Ahmed (2006), D. R. Shemley (2007), отбелязват, че локалните рецидиви на неопластичните процеси, разположени на по-далечни разстояния от първичния тумор, се появяват значително по-късно в най-различни интервали след радикалното оперативно лечение на РМЖ.

Същите автори посочват, а нашите наблюдения показват, че при болните след органосъхраняващи операции, които са провеждали или късно са провели (след 16 до 20 седмица) лъчетерапия – рецидиви се наблюдават много по-често, и то в рамките на 18-35%. Локалните рецидиви при болните, не провеждали лъчетерапия или подложени само на химиотерапия, достигат до 43%.

Скрининговите методи са най-сигурният начин за ранното откриване на рецидиви както при МРМ, така и при органосъхраняващи оперативни намеси.

Според R. Voog (2007), A. Robidex и сътр. (2011) разширяването на индикациите за консервативна хирургия, за т.нар. *органосъхраняващи операции*, т.е. включването на тумори с размер над 3 до 5 cm, довежда до по-чести локални рецидиви, и то в значителна степен – от 13 до 37%.

Този процес е в зависимост също така и от наличните метастази в аксиларните лимфни възли, техния брой и големина. Във всички тези случаи на органосъхраняващи оперативни намеси и МРМ е необходимо най-късно 1 месец обезателно да бъде провеждано (по преценка) лъчелечение или химио- и хормонална терапия, след изследване на хормоналния статус и ХЕР2. 5-годишна преживяемост се наблюдава при около 51% от болните. Прогнозата при органосъхраняващите, т.е. при консервативното лечение, е по-добра и преживяемостта достига 72-80%.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Общо наблюдавани от нас са 24 болни с локален рецидив след извършени радикални модифицирани мастектомии и органосъхраняващи операции по повод на РМЖ през последните 5 години (2008-2013). От тях при 13 болни с РМЖ бяха осъществени МРМ, а при 11 – бяха извършени радикални органосъхраняващи операции (секторални резекции и квадрантектомии). Средната възраст на пациентите е 53 години. С дясна локализация на злокачествения процес бяха 17 болни и само 7 с лява локализация на туморния процес.

Оперативните намеси както при модифицираните радикални мастектомии, така и при органосъхраняващите, бяха извършени с пълна аксиларна лимфна дисекция, т.е. от трите нива, като 8 от болните бяха с 1 до 3 метастатични възела, 9 от болните с по 1 метастатичен възел, а 7 бяха с лимфоцитоза. Ранните следоперативни резултати протичаха без видими тежки усложнения. Дренажите по Redon бяха премахнати най-късно до 7-ия следоперативен ден. Оперативните рани зараснаха първично. При 3-ма от болните се получиха по-големи остатъчни сериозни аксиларни изливи. Санитарането им стана след транскутанни пункции с използването на абокати с голям лумен. В изследваните цитологично екстравазати след пункциите не се откриха туморни клетки. Хистологичните резултати показаха, че при 16 болни се касае за инвазивен дуктален карцином, при 5-ма – за неинвазивен дуктален карцином, при 2 болни – и скирозен (лобарен), и при един болен – за комедокарцином.

РЕЗУЛТАТИ

Всички болни бяха представени и обсъдени на онкологичен комитет и получиха адекватна адювантна и хормонална терапия. При всички пациенти, при които бяха извършени органосъхраняващи оперативни намеси, бе проведена и лъчетерапия 20-30 дни след оперативното лечение.

Диагноза при 15 болни с локален рецидив бе поставена при контролни прегледи, потвърдени от клиничните, ехографските изследвания и след извършена мамография. На 7 болни бяха направени и компютърни изследвания, при 4 болни – магнитен резонанс, а при 6 – изотопна сцинтиграфия на костите. След всички параклинични изследвания, само при две от жените хемоглобинът бе под 100% и хематокритът под 30%.

Четири от болните бяха с диагноза диабет, който бе овладян, без да се провежда инсулинова терапия. Всички болни бяха представени отново на онкокомитет и им бе определена адекватна адювантна химио- и лъчетерапия с последваща хормонотерапия.

Някои от болните бяха неколнократно оперирани по повод локални рецидиви след първично хирургично лечение за РМЖ. Констатирахме много добри резултати след вторичните хирургични интервенции – забележителна продължителност на живота до 14 години, сано например пациентка (Б. Д. К.) на 52 год., която през 2005 г. бива оперирана по повод карцином на дясната млечна жлеза, след проведени 3 курса неoadювантна химиотерапия по схема ФЕК, след което е извършена радикална модифицирана мастектомия. Пациентката провежда 5 курса адювантна химиотерапия, лъчетерапия и по-късно хормонална терапия. В началото на 2010 г. (5 години след извършване на МРМ) получава болки в областта на гръдния кош. В началото болните са слаби, по-късно стават по-силни и трайни. Болките да по ръба на оперативния цикатрикс до стернума. През юли 2010 г. след щателно клинично изследване – ехография и рентгенография на белите дробове, се установи подутина колкото лешник в областта на оперативния цикатрикс, до самия стернум с плътноеластична консистенция. Болната бе оперирана на 16.07.2010 г., като се направи ексцизия на туморната маса, тъй като се установиха и увеличени парастернални лимфни възли. Резецирахме парастернално 3-то и 4-то ребро на 3-4 cm от залавните им места със стернума и по хода на а. thoracica interna се екстирпиряха парастерналните лимфни възли – 3 на брой, които бяха увеличени (един от тях бе с големината на бобено зърно), сочни добре капсулирани. Резецирахме се и ложетата на залавните места на ребрата със стернума. Хистологично бе верифициран злокачествен метастатичен процес в тях. Резултатите от хормоналните изследвания показаха ЕК(+), РК(-), НЕК2(-). Следоперативно бяха проведени 6 курса химиотерапия със синдаксел и последваща хормонотерапия с ароматен инхибитор.

Една година след повторната операция (27.07.2011) болната отново бе приета с болки в областта на медиалната част на оперативния цикатрикс. На 3-4 cm от стернума се палпира отново туморна маса, колкото бобено зърно, подвижно, с плътно-еластична консистенция. Проведените консултации с интернист, анестезиолог и кардиолог

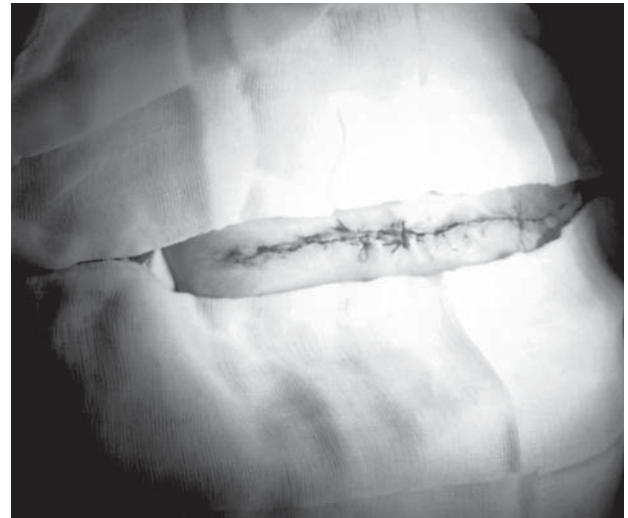
показаха, че няма противопоказания за оперативно лечение.

На 22.07.2011 г. (протокол № 54) болната бе оперирана с локална анестезия (Lidokain 1%). Туморната маса бе екстирпирана, заедно с кожно ламбо около 3-4 cm дължина и 2-3 cm ширина. Заедно с туморната маса бе екцизирана и интеркосталната мускулатура, чак до плеврата.

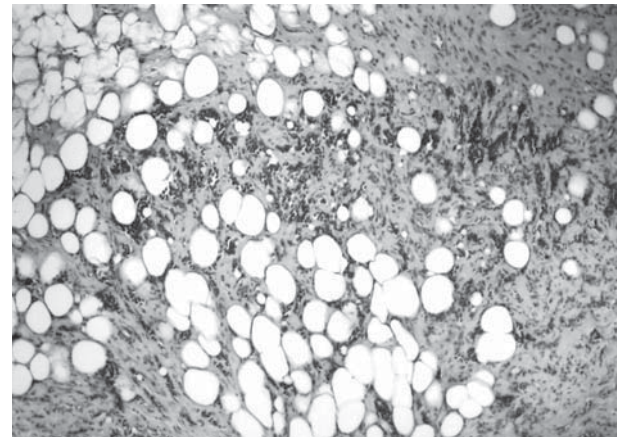
Преди операцията болната бе щателно изследвана: Хб – 146; Хт – 0457; Левк. – 7,5; Еритро. – 4,9; Тромб. – 210; Глюкоза – 5,28; Протр. вр. – 12; протр. индекс – 99,3%; ИНР – 1; Време на к. – 1,3 min; Вр. с. – 4 min; Креатинин – 76; АСАТ – 19; АЛАТ – 14; Натрий – 141; Калий – 453; Калций – 2,34; ЕКГ – синусов ритъм; УЗД на млечни жлези. Дясната млечна жлеза – оперативно отстранена. В медиалната част на оперативния цикатрикс – хетероехогенна, некапсулирана формация 16 mm. Лявата жлеза с мастопатична структура от фиброкистозен тип. Аксиларните области – б.о. Не се установяват патологично променени лимфни възли. Рентгенографията на бял дроб и сърце – дифузни бронхитни изменения. Начална пневмофиброза в долна лява белодробна област. В областта на десния синус се вижда окръглена сянка, с резки очертания, твърде suspectна за метастаза Кор – б.о., целотелесна костна сцинтиграфия – при нея се визуализира огнище с патологична хиперфиксация на остеотропна радиофармацевтика в областта на корпус стерни, изразена нехомогенност във фиксациите, в областта на Th6+10L3-4, с дегенеративни промени. Повишена фиксация на раменни, тазобедрени, коленни и глезенни стави, с дегенеративно-артрозен характер, в заключение – suspectни сцинтиграфски данни за идентични М-лезии. Остеолитичните находки се визуализират трудно, и то при размер над 1,5 cm.

Болната бе изписана на 4-тия ден от операцията в добро общо състояние след консултация с химиотерапевт и указание за провеждане на химиотерапия в онкологичен динспансер – Бургас.

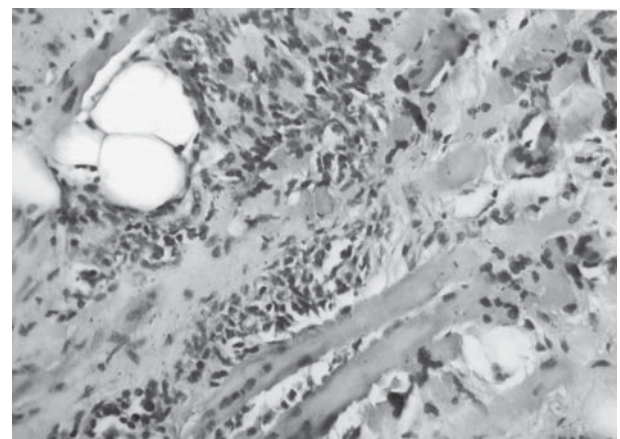
Хистологичен резултат от 2005 г. – недиференциран карцином на дясна млечна жлеза. При повторна операция – 2010 г. след локален рецидив – кожа и подкожие с атопичен епидермис, цикатриална фиброзна тъкан, с инфилтрация от инвазивен дуктален карцином – туморни емболи и перневролна инвазия. Хистологичният резултат от 22.07.2011 г. от оперативното лечение показва, че се касае за недиференциран карцином.



Фиг. 1. Завършен вид на операцията – естетичен кожен шев



Фиг. 2. Сред мастна и фиброзна тъкан огнища от недиференциран карцином



Фиг. 3. Инвазия от недиференциран карцином в напречнонабраздена мускулатура

Голям интерес представлява втората наша пациентка (Й. Д. Г.) 82 г., която по повод на „малка бучка“ в областта на дясната млечна жлеза е

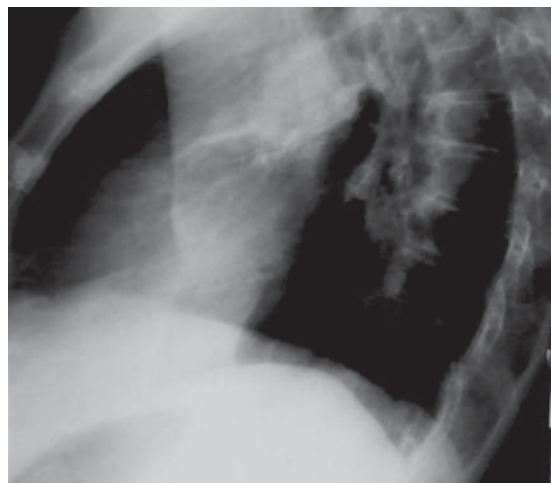
оперирана през 2000 г., като е извършена секторална резекция на дясна млечна жлеза. От изследването хистологично е установено, че се касае за карцином на дясна млечна жлеза. През 2005 г. болната забелязва, че отново се е появила „бучка“ на същото място, на същата млечна жлеза. След първата операция през 2000 г. до 2005 г., болната съобщава, че поради липса на средства и много домашна работа не се е лекувала и не е вземала никакви лекарства. След клиничен преглед и направени изследвания пациентката е оперирана отново, като е премахната цялата млечна жлеза.



Фиг. 4. Болната една година след модифицирана радикална мастектомия



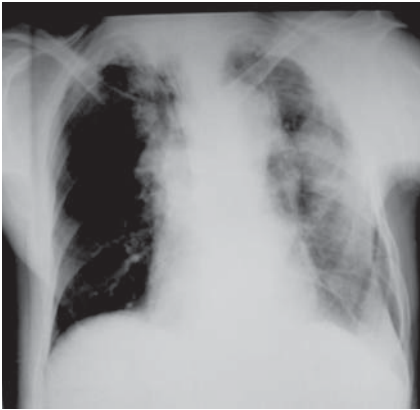
Фиг. 5. Рентгенография фаст – Вижда се туморната формация, разположена върхово на левия бял дроб (преди операцията)



Фиг. 6. Ляв профил на същата болна. Вижда се туморната маса в горния лоб на белия дроб (преди операцията)

Една година след операцията пациентката се чувства добре, но през 2006 г. е почувствала отпадналост и има кашлица. След направените й щателни клинични, параклинични и образни изследвания на белите дробове, се установява туморна маса в областта на левия бял дроб и преценката на лекарите е за необходимост от оперативно лечение. Болната дава съгласие и през март 2006 г. бива оперирана в Окръжна болница – София (оператор проф. Червеняков).

Извършена е горна лобектомия (по-точно само сегмента на Kulman, т.е. 1, 2 и 3 сегмент, без този на лингулата). Хистологичният резултат показва, че това е метастаза от тумора на млечната жлеза – аденокарцином. Резекцията само на сегмента на Kulman е продиктувана на първо място от факта, че дихателните показатели са силно редуцирани и една по-малка, но радикална операция е желателна. И второ – от самата локализация на тумора – белодробната метастаза е разположена на границата между вентралния и апикалния сегмент и технически само резекцията на сегмента на Kulman е напълно възможна със запазване на напълно годния във функционално отношение лингуларен сегмент. Към бифуркацията на трахеята се установяват плътни, пакетирани, калцирани лимфни възли, които са преценени, да не метастатично променени, и не са премаханати. Преценката е, че те са от прекарания специфичен процес на белия дроб. Тогавашното ни хирургично поведение тогава – да не премахнем хилусните и бифуркационните лимфни възли, се оправда напълно, тъй като болната се намира в отлично физическо и психично състояние, напълно е възстановена и вече 9 години след операцията е напълно работоспособна.



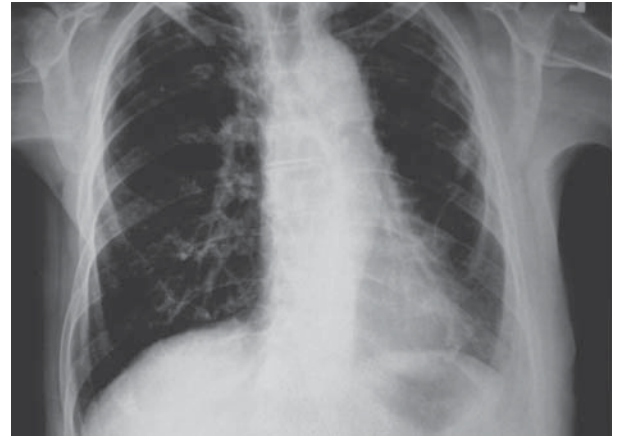
Фиг. 7. Рентгенография на белия дроб на 3 ден след белодробната резекция – напълно разгърнат бял дроб

Следоперативният период след белодробната резекция протича напълно нормално – белият дроб се разгърна напълно, кашлицата изчезна и болната съобщава, че е напълно работоспособна. Снета е от отчет от тубдиспансера и ежегодно се контролира от хирург.

Интересно е да се обясни пътят на белодробната метастаза. Известни са директните трансторакални трансплеврални лимфни комуникации от същата страна на капилярните съдове, даващи плеврални и белодробни метастази, които най-често са множествени. Единични контралатерални върхови метастази обаче в белия дроб от дясна млечна жлеза, след радикална мастектомия – 5 г. след секторална резекция, по повод РМЖ, и 1 година след МРМ – да се наблюдават върхово в левия бял дроб – не сме срещали в достъпната литература. Нашето обяснение е, че върхово разположената белодробна метастаза в горния ляв дял на белия дроб е получена по лимфогенен път. Това обяснение се обосновава с анатомичните особености, а именно, първо, d. thoracicus комуникира с десетки капилярни лимфни възли от млечните жлези, а именно от дясната млечна жлеза лимфата се излива в него. Второ – d. thoracicus преминава вдясно повече през медиастинума и се влива в лявата vena subclavian. Трето – върховете капиляри на плеврата и тези комуникират с белия дроб. Четвърто – за това говори върховото разположение на метастазата. Пето – и че тя е единична.



Фиг. 8. Личи оперативният цикатрикс (предно-странична – по-голямата част е покрита от лявата млечна жлеза (8 години след белодробната резекция))



Фиг. 9. Контролна рентгенография – 8 години след белодробната резекция (Kulman), 14 години след операцията на дясната млечна жлеза, 9 години след МРМ на дясната млечна жлеза след локалния рецидив

ОБСЪЖДАНЕ

Нашите проучвания върху 24 болни с РМЖ за последните 5 години показват, че локалните рецидиви въпреки прилаганите съвременни хирургични методи както при МРМ, така и при осъществяване на най-съвременни органосъхраняващи операции, се срещат сравнително често. Най-често локалните рецидиви се появяват в първите 5 години след оперативното лечение на първичния тумор въпреки провеждането на предоперативното неoadювантно и на следоперативното адювантно лъче- и хормонално лечение. Най-често локалните рецидиви се наблюдават при секторални резекции и квадрантектомии. Процентно по-рядко са при МРМ и особено при болните с отрицателни метастази в аксиларните лимфни възли.

Според нашите проучвания локалните рецидиви (ЛР) обхващат общо 3,2% от всички оперирани с РМЖ болни, докато при болните, при които са само извършени органосъхраняващи операции, този процент е 48%. Не само нерадикалните оперативни намеси са в основата на ЛР, макар че често се пропускат срочните изследвания геффрир на резекционните линии. Не се разчитат добре образните изследвания, мамографиите и не се извършват необходимите съвременни изследвания, като магнитен резонанс. Не се спазват принципите на абластика и антиабластика – подмяна на хирургичните инструменти при затваряне на оперативната рана, смяна на оперативното бельо, ръкавици. Голямо значение имат късната диагноза, големината на туморната маса и хистологичният характер. Известен факт е, че ЛР в следоперативен период са най-често при болни с инвазивен дуктален карцином.

Според нашите наблюдения – 86% от болните са били с диагностициран инвазивен дуктален карцином. Разбира се, от изключително важно значение е стадият на заболяването, хормоналният статус, ХЕР2. Често необяснени и неоценени са имунобиологичните статуси на болните.

Анализът на нашите болни, оперирани от РМЖ, с ЛР показва, че честотата на поява е през първите 5 години. При ранната диагноза, т.е. при скринингови наблюдения, клинични и образни изследвания, тези болни могат да бъдат многократно оперирани и да провеждат химио-, лъче- и хормонотерапия. Всичко това води до удължаване продължителността на живота на болните.

Наблюденията ни показват, че и при далечни метастази, когато те са единични – дори и в белия дроб, тяхното оперативно лечение довежда до значителна преживяемост – 7-8 години. Ето защо, хирургичното лечение на ЛР при оперативно лечение на РМЖ, включително и при далечни органни метастази, си остава основен терапевтичен метод – с последваща лъче-, химио- и хормонотерапия. Това важи и за повтарящите се локални рецидиви, които могат многократно да бъдат оперирани.

Ето защо хирургичното радикално лечение на РМЖ е най-сигурният метод за удължаване преживяемостта на болните, разбира се, съчетано със следоперативна химио-, лъче- и хормонотерапия.

ИЗВОДИ:

1. ЛР след радикално хирургично лечение и последваща адювантна терапия все още заемат значимо място в хирургичното лечение на РМЖ.

2. Съвременното хирургично лечение на РМЖ както МРМ, така и органосъхраняващите операции, както и провеждането на неoadювантна и адювантна терапия не намаляват през последните години.

3. ЛР след хирургично лечение на РМЖ при органосъхраняващите оперативни методи са около 2% повече, отколкото при МРМ.

4. За рязко намаляване на ЛР при органосъхраняващите операции и реконструкцията на гърдата е необходима строга преценка на индикациите за тях – щателни клинични преценки и образна диагностика.

5. По време на самата оперативна намеса да се изработва гефрир на резекционните линии.

6. Строго спазване на принципите на абластика по време на оперативната намеса при РМЖ (смяна на ръкавици – нов инструментариум за шев на оперативната рана).

7. Ранно провеждане на адювантна, лъче-, химио- и хормонотерапия – не по-късно от 1 месец след оперативното лечение.

8. Скринингови наблюдения – особено до 1 година са абсолютно задължителни. Проследяване на биохимичните и параклиничните изследвания, туморни маркери с приоритет на клиничен, ехографски и рентгенов контрол.

9. С оглед на хистологично верифициране на туморните разсейки и контрол над тях – там, където няма патологоанатом в клиниките и не могат да се изработват гефрирни изследвания, особено на резекционните линии, е желателно да не се извършват МРМ и особено органосъхраняващи и реконструктивни операции. Това да става в специализирани клиники и отделения.

10. Задължително е при всички болни да бъдат извършвани хормонални изследвания, както и на ХЕР2.

11. Ранната диагноза на ЛР след МРМ или органосъхраняваща или реконструктивна операция при РМЖ изисква първо хирургично лечение с последваща адювантна терапия (лъче-, химио- и хормонотерапия).

12. При болните с локален рецидив – след радикално опериране и провеждане на адювантна терапия, е абсолютно задължително да се провежда адекватно скринингово наблюдение – на 3 м., на 6 м. и на 1 година.

Библиография

1. "Медарте 2012" – Рак на млечната жлеза – онкологичен подход. – Под редакцията на акад. Д. Дамянов, д.м.н.и проф. Т. Делийски, д.м.н.
2. Делийски, Т. Онкологичен подход при РМЖ нова хирургическа практика или нова философия в медицинската етика, 2012.
3. Гаврилов, И. Изд. „Медарте“ – Запазващи гърдата операции и мастектомии в светлината на онкопластичния подход, 2012.
4. Заболявания на млечната жлеза. Под редакцията на Г. Байчев, София, 2013 г.
5. Молов, В. Тепавичарова. Субкитанна мастектомия с редуционна мамопластика. – Хирургия, 2006 -1-17, 20 стр.
6. Молов, В. Тепавичарова Медиална редуционна мамопластика с ареоларна рецентрализация. – Медицински преглед 2009, 45/2 p.77-80.
7. Muller, H. and K.R. Aligner, Bronchial Artery Infusion/13a.// in the treatment of malignant lung tumors. Regional Cancer treatment. Vol.4.p.31.1991.
8. Veronesi, U., Lurida S., G. Viale et al. Rethinking TNM a breast cancer classification to guide to treatment Breast, I. 2009, 15,3,291-5.
9. Veronesi, U., A. Goldhirsh, R. Orecchia – YEO – Breast cancer treatment recommendations 2012-2015. YEO Milano 2010.
10. Bland, K end E. Copeland. Breast comprehensive management or. Being and malignant diseases. Saunders, Esvier, Philadelphia, 2009, 894.
11. Burdette T. E. et al "Harmonic scalpel versus plectrocantery in breast reduction surgery a randomized controlled trial. Plastreconstr. Surg. 2011 – oct. 243-249.
12. Breast cancer treatment – "National cancer Institute – last modified..09.25.2008/316.