

I.I. Смоланка¹, А.О. Ляшенко¹, О.І. Сидорчук²¹Національний інститут раку МОЗ України, Київ²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України, Київ

Особливості радикальних мастектомій при хірургічному лікуванні хворих із набряковим раком грудної залози

Мета дослідження — покращити результати лікування хворих із набряковим раком грудної залози шляхом удосконалення хірургічної техніки. Представлені результати лікування 154 хворих із набряковим раком грудної залози. Розроблена хірургічна тактика радикальних мастектомій, заснована на досягненні чистоти країв і широкій підшкірній мобілізації. За умови неможливості широкої підшкірної мобілізації були використані методики пластичної хірургії (мобілізація ліподермальних клаптів за Беком та Хайденхаймом). Застосування вищезазначених методик дозволило досягти прийняттого естетичного результату та більше ніж удвічі зменшити частку місцевого рецидивування.

Ключові слова: набряковий рак грудної залози, радикальна мастектомія, хірургічне лікування раку грудної залози.

Вступ

Набряковий рак грудної залози (НРГЗ) — одна з найнебезпечніших форм місцево-поширеного раку грудної залози. Частота виявлення НРГЗ не перевищує 4–5% усіх випадків раку грудної залози (РГЗ) (Anderson W.F. et al., 2003; Смоланка I.I. та співавт., 2016). Попри порівняно невелику кількість хворих на НРГЗ, кожний такий випадок становить серйозну проблему лікувального плану. Повною мірою це стосується радикального хірургічного лікування хворих на НРГЗ.

Можливості хірургічного методу лікування НРГЗ довгий час не визнавалися широким колом фахівців. Вважали, що операція провокує блискавичну генералізацію процесу та швидке метастазування (Miller A.B. et al., 1981; Morris D.M., 1983; Levine P.H. et al., 1985). Інша точка зору полягала у необхідності видалити первинне джерело ракової дисемінації та запобігти можливим ускладненням (розпаду пухлини та ймовірній кровотечі з неї) (Cristofanilli M. et al., 2013). Донедавна більшість спеціалістів надавали перевагу хіміопроменевому лікуванню без залучення оперативної техніки, зважаючи на приховану генералізацію процесу при цій формі РГЗ. Але в останні роки на матеріалі багатьох досліджень доведена доречність та необхідність залучення хірургічного етапу до заходів комплексного лікування хворих на НРГЗ. На рис. 1 на виборці 19 рандомізованих досліджень наведено графіки співвідношення 5-річної безрецидивної та загальної виживаності залежно від наявності чи відсутності хірургічного лікування. Найвищі показники безрецидивної та загальної виживаності відповідають випадкам, коли комбінували хіміопроменеву терапію та оперативне втручання (Anderson W.F. et al., 2003; Harris E.E. et al., 2003; Vanlemmens L. et al., 2005).

Зауважимо, що переваги комплексного лікування із залученням хірургічного етапу доведені лише для тих хворих, які отримали відповідь на попередню неоад'ювантну терапію. Тому сучасні стандарти лікування пацієнтів із НРГЗ (Американського товариства клінічної онкології (American Society of Clinical Oncology — ASCO), Національної загальної онкологічної мережі (National Comprehensive Cancer Network — NCCN), St. Gallen Consensus) передбачають оперативне лікування за умов досягнення повної або часткової регресії після неоад'ювантної первинної хімотерапії. За відсутності ефекту або прогресування хвороби призначають первинну хімотерапію за додатковими схемами та радіотерапію з подальшою оцінкою динаміки лікування (Harris E.E. et al., 2003; Hennessy B.T. et al., 2006).

Для пацієток, які отримали позитивну відповідь (повна або часткова регресія пухлини та/або метастазів у лімфатичних вузлах) на неоад'ювантну терапію, методом вибору хірургічного лікування є радикальна мастектомія. Це пов'язано з характером розповсюдження пухлинного процесу при НРГЗ, при якому відбувається

лімфогенна дисемінація пухлинних клітин у тканину залози, шкіру та підшкірну клітковину. Також наводяться дані, що при НРГЗ клініко-рентгенологічна регресія при неоад'ювантному лікуванні корелює із залишком елементів пухлини у >60% випадків (Attia-Sobol J. et al., 1993; Arthur D.W. et al., 1999). Саме наявність резидуальної пухлини у вигляді пухлинних емболів у лімфатичних та кровоносних судинах зумовлює необхідність не тільки відповідного обсягу оперативного втручання (радикальна мастектомія), а й визначення чистоти країв резекції, незважаючи на повне видалення грудної залози. У дослідженні L.D. Curgio та співавторів (1999) наведені ретроспективні дані лікування 90 пацієток із НРГЗ. У тих з них, яким вдалося досягнути «гістологічної чистоти» у краях резекції (R₀-резекція), загальна 3-річна виживаність становила 47,4%, а 3-річна безрецидивна виживаність — 37,5%. Проте ті самі показники при «позитивних» краях резекції становили 16,7 та 0% відповідно.

Об'єкт і методи дослідження

Виконання радикальної мастектомії з дослідженням чистоти країв при цій формі РГЗ пов'язане з певними труднощами та ризиком. На першому плані в цьому сенсі виступає небезпека залишити пухлинні клітини в післяопераційній рані. Як свідчить власний досвід виконання >150 радикальних мастектомій хворим на НРГЗ з дослідженням країв резекції, пухлинні клітини виявляли у 34% зразків тканини грудної залози. Необхідність досягати негативного краю резекції змушувала нас розширювати площу

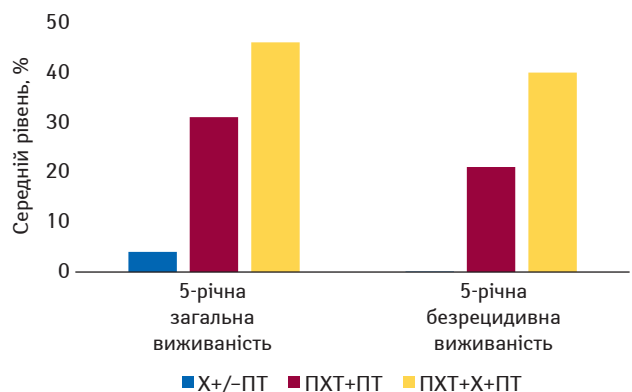


Рис. 1. Рівні 5-річної загальної та безрецидивної виживаності хворих на НРГЗ із застосуванням хірургічного методу лікування (X) (мастектомія) ± променевої терапії (ПТ), первинної хімотерапії (PXT)+ПТ або PXT+X+ПТ. Не було жодної пацієтки, яка прожила 5 років без рецидиву хвороби після лікування тільки X±ПТ

операційної рани, що призводило до збільшення післяопераційного дефекту (рис. 2–4).

У ряді ситуацій 12 (7,8%) зіставлення країв отриманих післяопераційних ран було неможливим навіть за умов широкої підшкірної мобілізації. У цих випадках нами використані методи мобілізації ліподермальних клаптів за Беком та Хайденхаймом.

Техніка Хайденхайма полягає у викроюванні по нижньому краю постмастектомічного дефекту язикоподібного ліподермального клаптя, нижній край якого мобілізують, зміщують вгору та меді-

ально, підгортають та фіксують до країв післяопераційної рани. Верхній та нижній край ліподермального клаптя зшивають (рис. 5–8).

Техніка Бека полягає у виконанні вертикальних розтинів від кутів перпендикулярно до країв постмастектомічної рани. На глибину розтинів ліподермальні клапті мобілізують, що дозволяє без перешкод зіставити краї рани (рис. 9–11).

Володіння технікою пластики, мобілізації та переміщення шкірних клаптів дозволило нам досягати негативного краю резек-

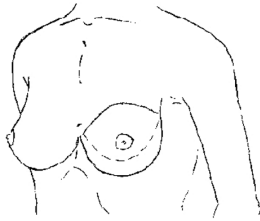


Рис. 2. Найчастіше застосовуваний розтин за Чейном (у російськомовній літературі – за Герценом). Лінії розтину проходять по субмамарній складці та верхньому краю залози у вигляді витягнутого еліпса

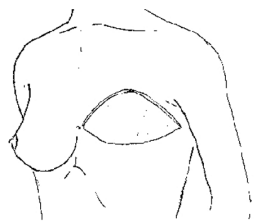


Рис. 3. Розтин за Чейном (Герценом). Вигляд післяопераційної рани

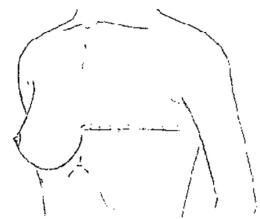


Рис. 4. Розтин за Чейном (Герценом). Вигляд післяопераційної рани після зашивання

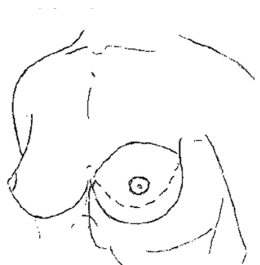


Рис. 5. Розтин за Хайденхаймом

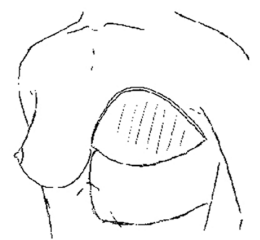


Рис. 6. Розтин за Хайденхаймом. Вигляд післяопераційної рани перед зашиванням

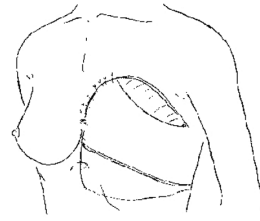


Рис. 7. Розтин за Хайденхаймом. Перший етап зашивання, клапоть зміщують медіально та догори

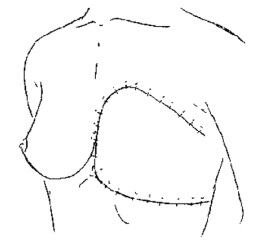


Рис. 8. Розтин за Хайденхаймом. Вигляд післяопераційної рани після зашивання

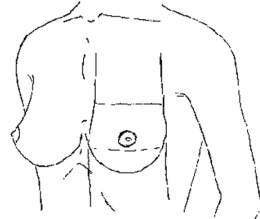


Рис. 9. Розтин за Беком

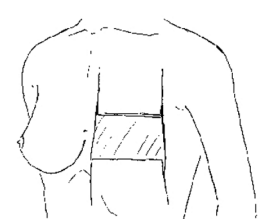


Рис. 10. Розтин за Беком. Вигляд післяопераційної рани перед зашиванням

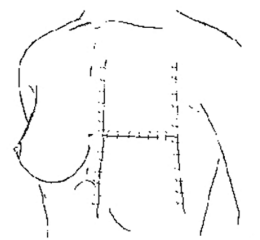


Рис. 11. Розтин за Беком. Вигляд післяопераційної рани після зашивання

ції в усіх випадках радикального хірургічного лікування НРГЗ та принципово зменшити небезпеку залишити елементи пухлини в ділянці втручання, що, у свою чергу, має стати важливим фактором поліпшення показників ефективності лікування, які планується оцінити в майбутніх дослідженнях.

Результати та їх обговорення

Нами проаналізовано безпосередні та віддалені результати лікування 154 хворих (середній вік — 49±6,7 року) на НРГЗ поширенням $T_4N_{1-2}M_0$ у період 2010–2015 рр. на базі відділення пухлин грудної залози та її пластичної та реконструктивної хірургії. Усі хворі отримали неоад'ювантну хіміотерапію згідно з вітчизняними стандартами. 11 (7,1%) хворим проведена променева терапія в неоад'ювантному режимі. Оперативне втручання в усіх пацієнток виконано в обсязі модифікованої мастектомії Очінкласа — Маддена з видаленням лімфатичних вузлів I–III порядків. У 142 (92,2%) пацієнток виконано операційний розтин за технікою Чейна, у 8 (5,2%) — Бека, у 4 (2,6%) — Хайденхайма.

Крайовий некроз клаптів діагностовано у 2 (1,3%) пацієнток після використання техніки Хайденхайма. Ми відзначали повне загоєння післяопераційних ран у термін 18–55 днів (середній термін — 36,5±4,6 доби). Післяопераційні рубці були життєздатні, сформовані та не перешкождали проведенню післяопераційної хіміопроменевої терапії та відтермінованої реконструкції грудної залози.

Таким чином, радикальна мастектомія, зважаючи на характер залучення грудної залози у пухлинний процес при НРГЗ, має проводитися з визначенням чистоти країв резекції. За наявності «позитивного» краю резекції обсяг оперативного втручання має бути розширений у напрямку наявності пухлинних клітин. За отриманням «негативного» краю резекції та неможливості закрити післяопераційний дефект у зв'язку з браком вільних тканин слід виконувати широку мобілізацію ліподермальних клаптів. Якщо й після цього виявляється неможливим зіставити край післяопераційної рани, слід вдаватися до спеціальних методів мобілізації шкірних клаптів за Беком або Хайденхаймом.

Аналізуючи частоту виникнення місцевих рецидивів за 3-річний термін, отримана відносно мала як для цієї форми РГЗ частка — 11,0% (17 випадків), що корелює з аналогічним показником для солідних пухлин без ознак набряку. В усіх випадках лікування проводили з обов'язковим призначенням післяопераційної (у ряді випадків — неоад'ювантної) променевої терапії у стандартних для набрякових форм дозах (60–70 Гр). Зауважимо, що зазвичай місцеві рецидиви виникають у 30–35% пролікованих із приводу НРГЗ. Загалом за період спостереження (медіана — 34 міс) померли від прогресування хвороби 7 (4,5%) хворих, що, враховуючи низьку виживаність у цій категорії пацієнтів (загальна 5-річна виживаність не перевищує 35%) є задовільним результатом (Liau S.L. et al., 2004; Cristofanilli M. et al., 2006; Smoot R.L. et al., 2006).

Висновки

1. Проведення оперативного втручання у хворих на НРГЗ покращує безпосередні та віддалені результати лікування.
2. Проведення дослідження «гістологічної чистоти» країв резекції є бажаним для хворих на НРГЗ у зв'язку зі значною часткою «позитивних» країв резекції.
3. Використання методик пластичної хірургії (техніки Бека та Хайденхайма) дозволяє досягати «негативного» краю резекції, що призводить до зменшення кількості випадків місцевого рецидивування при лікуванні хворих на НРГЗ.

Список використаної літератури

- Смоланка І.І., Ляшенко А.О., Досенко І.В. та ін. (2016) Набряковий рак грудної залози: клінічна картина, перебіг та лікування (огляд літератури та результати власних досліджень). *Клин. онкол.*, 21: 28–31.
- Anderson W.F., Chu K.C., Chang S. (2003) Inflammatory breast carcinoma and noninflammatory locally advanced breast carcinoma: distinct clinicopathologic entities? *J. Clin. Oncol.*, 21: 2254–2259.
- Arthur D.W., Schmidt-Ulrich R.K., Friedman R.B. et al. (1999) Accelerated superfractionated radiotherapy for inflammatory breast carcinoma: complete response predicts outcome and allows for breast conservation. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.*, 44(2): 289–296.
- Attia-Sobol J., Ferriere J.P., Cure H. et al. (1993) Treatment results, survival and prognostic factors in 109 inflammatory breast cancers: univariate and multivariate analysis. *Eur. J. Cancer*, 29A: 1081–1088.

Cristofanilli M., Boussen H., Baselga J. et al. (2006) A phase II combination study of lapatinib and paclitaxel as a neoadjuvant therapy in patients with newly diagnosed inflammatory breast cancer (IBC). *Breast Cancer Res. Treat.*, 100(Suppl. 1): 5.

Cristofanilli M., Valero V., Buzdar A.U. et al. (2013) Inflammatory breast cancer (IBC): patterns of recurrence and micrometastatic homing. *Breast Cancer Res. Treat.*, 100(Suppl. 1): 155.

Curcio L.D., Rupp E., Williams W.L. et al. (1999) Beyond palliative mastectomy in inflammatory breast cancer — a reassessment of margin status. *Ann. Surg. Oncol.*, 6: 249–254.

Harris E.E., Schultz D., Bertsch H. et al. (2003) Ten-year outcome after combined modality therapy for inflammatory breast cancer. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.*, 55: 1200–1208.

Hennessy B.T., Gonzalez-Angulo A.M., Hortobagyi G.N. et al. (2006) Disease-free and overall survival after pathologic complete disease remission of cytologically proven inflammatory breast carcinoma axillary lymph node metastases after primary systemic chemotherapy. *Cancer*, 106(5): 1000–1006.

Levine P.H., Steinhorn S.C., Ries L.G., Aron J.L. (1985) Inflammatory breast cancer: the experience of the surveillance, epidemiology, and end results (SEER) program. *J. Natl. Cancer Inst.*, 74(2): 291–297.

Liau S.L., Benda R.K., Morris C.G., Mendenhall N.P. (2004) Inflammatory breast carcinoma: Outcomes with trimodality therapy for nonmetastatic disease. *Cancer*, 100(5): 920–928.

Miller A.B., Hoogstraten B., Staquet M., Winkler A. (1981) Reporting results of cancer treatment. *Cancer*, 47: 207–214.

Morris D.M. (1983) Mastectomy in the management of patients with inflammatory breast cancer. *J. Surg. Oncol.*, 23(4): 255–258.

Smoot R.L., Koch C.A., Degnim A.C. et al. (2006) A single-center experience with inflammatory breast cancer, 1985–2003. *Arch. Surg.*, 141: 567–573.

Vanlemmens L., Desauw C., Belkacemi Y. et al. (2005) Inflammatory breast cancer (IBC): a retrospective analysis of 239 patients treated in a single institution. *ASCO Meeting Abstracts*, 23: 763.

Особенности радикальных мастэктомий при хирургическом лечении больных отечным раком грудной железы

И.И. Смоланка, А.А. Ляшенко, О.И. Сидорчук

Резюме. Цель исследования — улучшить результаты лечения больных отечным раком грудной железы путем усовершенствования хирургической техники. Представлены результаты лечения 154 больных отечным раком грудной железы. Разработана хирургическая тактика радикальных мастэктомий, основанная на достижении чистоты краев и широкой подкожной мобилизации. При невозможности широкой подкожной мобилизации использованы методики пластической хирургии (мобилизация липодермальных лоскутов по Беку и Хайденхайму). Применение вышеуказанных методик позволило достичь приемлемого эстетического результата и более чем вдвое уменьшить долю местного рецидивирования.

Ключевые слова: отечный рак грудной железы, радикальная мастэктомия, хирургическое лечение рака грудной железы.

Features of radical mastectomy in the surgical treatment of patients with inflammatory breast cancer

I.I. Smolanka, A.O. Lyashenko, O.I. Sydorчук

Summary. The aim of the study was to improve the results of treatment of patients with inflammatory breast cancer by improving of surgical techniques. There were results of treatment of 154 patients with inflammatory breast cancer. The surgical tactic of radical mastectomy with achivment of clean margin and wide subcutaneous mobilization has done. With the inability to mobilize broad subcutaneous used plastic surgery techniques (mobilization lipodermal patch for Beck and Heidenheim). It allowed to achieve an acceptable aesthetic result and more than twice diminish persenege of loco-regional relapse.

Key words: inflammatory breast cancer, radical mastectomy, surgical treatment of the breast cancer.

Адреса для листування:

Ляшенко Андрій Олександрович
03022, Київ, вул. Михайла Ломоносова, 33/43
Національний інститут раку
E-mail: artz.doctor@gmail.com

Одержано 28.05.2020