

PARTICULARITĂȚILE
TRATAMENTULUI CHIRURGICAL
CONTEMPORAN AL CANCERULUI
GLANDEI MAMARE, STADIUL I

Natalia BOTNARIUC,
Institutul Oncologic

Summary

The contemporaneous surgical treatment of I stage breast

Surgery is considered the most important treatment method, based on it is performed the following treatment plan of Breast cancer. The surgery must be radical and ablastic, but in the same time well determined: to keep the mammary glands from, both pectoral muscles with neuro-vascular apparatus. The Breast-conserving surgery presents an alternative to radical mastectomy in case of correct selection of patients with incipient Breast cancer. This type of surgery already solves the problem of live quality improving.

Key words: cancer, mammary gland, surgical intervention, mastectomy, prognosis.

Резюме

Особенности современного хирургического лечения рака молочной железы I стадии

Хирургическое вмешательство является основным методом лечения, в результате которого планируется дальнейшая стратегия лечения операбельного рака молочной железы. Операция должна быть радикальной и, по показаниям, сохраняющей форму молочной железы, грудные мышцы и сосудисто-нервный пучок. Органосохраняющие операции являются альтернативой для выполнения радикальной мастэктомии с условием правильной селекции пациентов с операбельным раком молочной железы.

Ключевые слова: рак, молочная железа, хирургическое вмешательство, мастэктомия, прогноз.

Până în prezent, intervenția chirurgicală este considerată cea mai importantă metodă de tratament, în baza căreia se efectuează planul de tratament ulterior al cancerului glandei mamare (CGM) [7, 14, 15, 17, 18, 23, 27]. Chirurgia în CGM a parcurs diverse etape – de la mastectomie tip Holsted, operații supraradicale Urban–Holdin, până la operații organomenajante (OOM) – rezecții sectoriale cu/sau fără evadarea ganglionilor limfatici (g/l) regionali [8, 19, 31].

Renumitul chirurg *William Halsted* (1852-1923) a publicat, în anul 1895, metodologia mastectomiei radicale, care prevedea înlăturarea glandei mamare, mușchilor pectorali și evadarea g/l regionali externi – axilari, subclaviculari, supscapulari și interpectorali. Timp de 70 de ani operația lui Halsted era considerată un standard în tratamentul chirurgical al CGM. Și în prezent această operație se efectuează în cazurile când tumora concrește fascia mușchiului pectoral major, mușchiului pectoral minor sau sunt metastaze în g/l Rotter

În anul 1975, *J. Urban, A. Холдин și Л. Дымарский* încep cercetări minuțioase ale operațiilor supraradicale în CGM, în cadrul cărora se prevede evadarea mai largă a g/l regionali, inclusiv a celor interni parasternali și supraclaviculari [13, 19, 31].

Efectuarea ulterioară a cercetării internaționale randomizate, conduse de *U. Veronesi* (1997), n-a confirmat o supraviețuire generală a bolnavelor supuse operațiilor supraradicale [37]. Din 1912 începe elaborarea noilor concepții, în special, a operațiilor radicale modificate – mastectomie (ME) radicală cu păstrarea mușchiului pectoral major – operația Patey, cu păstrarea ambilor mușchi pectorali – operația Madden [19].

Eficacitatea tratamentului aplicat se apreciază prin doi indici: numărul anilor supraviețuiți și calitatea vieții pacientelor [4, 22]. Oncologii preocupați de problemele tratamentului CGM acordă mai multă atenție primului indice – numărului de ani: de la 5 la 10 ani de supraviețuire fără recidive sau/ și metastaze [1]. Dar, aplicând un tratament chirurgical radical – mastectomie, a fost ignorat un factor important: multe bolnave care au suportat intervenții chirurgicale de înlăturare a glandei mamare sau alte metode cu intervenție agresivă asupra organismului au avut prejudicii fizice și morale, un stres permanent și emoții psihonervoase, care conduc, la rândul lor, la slăbirea rezistenței organismului și, posibil, creează predispunerea la metastaze [19, 21, 22].

După analiza detaliată a rezultatelor acestor cercetări clinice a predominat tendința de elaborare a operațiilor organomenajante și aprecierea rezultatelor la distanță [6, 20, 25, 29, 32].

În ultimii 20 de ani, oncologii din toată lumea activează intens în elaborarea unei alternative de tratament chirurgical al bolnavelor cu CGM prin efectuarea OOM și funcțional-protective, ca etapă în tratamentul combinat și cel complex [3, 8, 9, 21, 24, 26, 28]. Tratamentul chirurgical trebuie să fie radical și ablastic, dar în același timp bine determinat – reabilitarea chirurgicală, ceea ce înseamnă păstrarea formei

glandei mamare și a ambilor mușchi pectorali, cu aparatul nervo-vascular sau reconstrucția (primară sau ulterioară) a glandei mamare după mastectomie. Prin acest tip de intervenții chirurgicale deja se soluționează problema ameliorării calității vieții [2, 11, 16, 35].

După datele lui Семглазов В. Ф. (2006), indicii supraviețuirii fără recidive a bolnavelor cu cancer invaziv minim (diametrul tumorii până la 1,0 cm) după OOM sunt destul de înalți: totuși, se observă o tendință vădită de scădere a lor comparativ cu indicii de supraviețuire după mastectomie (respectiv, 93% și 100%) [27].

Datorită realizărilor scriningului mamografic, anumitor succese ale diagnosticului timpuriu al CGM și succeselor oncologiei generale – implementarea în tratamentul CGM a Rath, CT, HT –, volumul intervențiilor chirurgicale s-a redus până la rezecții sectoriale (cel puțin la bolnavele cu tumori ce nu depășesc 2 cm în diametru) [15, 30]. OOM este o alternativă a ME radicale în cazul selecției corecte a bolnavelor cu forme incipiente ale CGM. Însă controlul locoregional rămâne „zonă de interes sporit” a oncologilor, deoarece riscul apariției recidivelor se extinde după perioada de 10 ani după finisarea tratamentului [1, 34]. Majoritatea surselor literare indică faptul că cele mai bune rezultate în tratament după OOM sunt obținute în stadiul I al CGM [23, 25, 27]. Frecvența recidivelor locale după OOM la bolnavele de CGM st. I variază între 5% și 10% la 5 ani de supraveghere și atinge 15–20% peste 10 ani [27].

Ținând cont de faptul că vârsta medie a bolnavelor de CGM în ultimii ani s-a redus, efectuarea OOM are o mare însemnătate pentru micșorarea traumelor fizice și psihice [33].

Varianta optimă a tacticii tratamentului și volumului intervenției chirurgicale cere continuarea discuțiilor. Oncologii manifestă un vădit interes față de OOM în CGM la etape incipiente. Avantaje sigure ale acestei tactici de tratament sunt traumatismul scăzut, efectul cosmetic acceptabil și condițiile mai favorabile pentru reabilitarea socială și profesională, toate acestea ducând la o calitate mai înaltă a vieții [11, 15, 29, 35].

Au fost întreprinse multe încercări de a determina metoda sigură de apreciere a prognosticului variantei evoluției clinice a CGM și posibilitatea efectuării OOM [5, 10, 12, 30]. Un grup de cercetători danezi (DBCG), în baza a 3 generații de protocoale DBCG, au determinat grupa „riscului scăzut”. Au fost recunoscuți următorii factori de conduită în aprecierea posibilității efectuării OOM:

1. Carcinomul ductal invaziv
2. Dimensiunile tumorii până la 20 mm
3. Statutul negativ al g/l

4. I grad de diferențiere a tumorii după Bloom-Richardson
5. Lipsa creșterii multicentrice
6. Condițiile de efectuare: investigația morfo-patologică intraoperatorie a marginilor piesei, lipsa invaziei vaselor sangvine și ganglionilor limfatici.

În cazurile în care datele clinice nu corespund condițiilor pentru efectuarea OOM, se aplică mastectomia radicală, urmată de reconstrucția glandei mamare (primară sau ulterioară) [2, 11, 16, 35].

Astfel, datele prezentate de cercetările vaste randomizate mărturisesc despre faptul că OOM nu numai că nu cedează după eficacitatea sa intervențiilor chirurgicale radicale – mastectomiilor, ci și are avantaje evidente, deoarece nu e însoțită de o traumă psihică pronunțată, dereglări funcționale ale membrelor superioare și pierderi estetice [4, 8, 15, 17, 26]. Posibilitatea păstrării glandei mamare în procesul tratamentului CGM constituie o realizare mondială importantă în domeniul oncologiei clinice.

Bibliografie

1. Баженова А. П., Барвитенко П. Г., Оценка эффективности терапии опербельного рака молочной железы, în *Вопросы онкологии*, 1998, vol. 26, nr. 11, p. 65-70.
2. Блохин С. Н., Портной С. М., Акопян А. С., Лактионов К. П., Реконструкция молочной железы при раке, în *Вопросы онкологии*, 1998, vol. 44, nr. 4, p. 449-451.
3. Борисов В. И., Сарабекян Э. Л., Неoadьювантная химиотерапия рака молочной железы, în *Новое в терапии рака молочной железы*. Сб. ст. под ред. проф. Н.И. Переводчиковой, Москва, 1998, p. 43-46.
4. Васютков В. Я., Асеев А. В., Бала Л. Н., Качество жизни больных раком молочной железы до и после операции, în *Росс. онкол. журнал*, 1997, nr. 1, p. 30-33.
5. Волченко Н.Н., Морфологические факторы прогноза при раке молочной железы. Автореф. дисс. д.м.н., Москва, 1998, 39 с.
6. Волчков А. В., Третьяков И. В., Шевченко И. Г., Зверева Л. В., Кравченко В. Г., Органосохраняющие операции при раке молочной железы, în *Актуал. пробл. профилактики и леч. рака молоч. железы*, Санкт-Петербург, 1993, p. 23 - 24.
7. Высоцкая И. В., Летягин В. П., Абашин С. Ю., Погодина Е. М., Лечение ранних форм рака молочной железы, Москва, 2000, 144 с.
8. Ганцев Ш. Х., Галлямов А. А., Оптимизация хирургического лечения рака молочной железы T1-2NOMO (разработка критериев и показаний к органосохраняющим операциям), în *Росс. онкол. журнал*, 2000, nr. 1, p. 35-38.
9. Гарин А. М., Рак молочной железы, în *Принципы и возможности современной эндокринной терапии опухолей*, Москва, 2000, 207 с.

10. Демидов В. П., Чиссов В. И., Франк Г. А. и др., *Критерии отбора больных раком молочной железы для органосохраняющих операций*, *Вопросы онкологии*, 1990, nr. 5, p. 529-535.
11. Демидов В. П., Чиссов В. И., Евтягин В. В., Сарибекян Э. К., Джубалиева С. К., *Субтотальная радикальная резекция и первичная реконструкция при раке молочной железы*, *Хирургия*, 1997, nr. 3, p. 112.
12. Демидов В. П., Комиссаров А. Б. *Критерии отбора больных раком молочной железы для органосохраняющих операций*, *Советская медицина*, 1991, nr. 3, p. 11-14.
13. Дымарский Л. Ю., *Клинико-анатомическая характеристика основных путей лимфогенного метастазирования рака молочной железы*, *Труды института онкологии АМН СССР*, Ленинград, 1958, vol. 2, p. 133-245.
14. Лetyагин В. П., *Лечение первичного рака молочной железы*, *Актуальные проблемы маммологии*, Москва, 2000, 272 p.
15. Лetyагин В. П., *Хирургическое лечение ранних стадий рака молочной железы. Органосохраняющие подходы*, *Образовательный курс ESMO. Рак молочной железы: эпидемиология, диагностика, лечение*, Москва, 2008, p. 57-62.
16. Малыгин Е. Н., Малыгин С. Е., Сидоров С. А., Кондратов В. В. *Пластическая и реконструктивная хирургия в щадящем и органосохраняющем лечении рака молочной железы*, *Материалы V ежегодной Российской онкологической конференции*, 27-29 ноября 2001 года, Москва, p. 44-45.
17. Милевская Т. Г. *Комбинированное лечение рака молочной железы I-II стадий с применением органосохраняющей операции (трехлетние результаты)*, *Актуал. пробл. профил. и леч. р.м.ж.*, Орел, 1993, p. 78-79.
18. Муратов С. Н., Шайн А. А., Исмаилов А. Х., *Лечение рака молочной железы I и II стадий*, *Всероссийский съезд онкологов*, Москва, 1980, p. 182-191.
19. Пак Д. Д., *От сверхрадикальных мастэктомий до органосохраняющих операций*, *Материалы V ежегодной Российской онкологической конференции*, 27-29 ноября 2001 года, Москва, p. 38-40.
20. Пак Д. Д., Демидов В. П., Островцев Л. Д., Ермаков А. В., Васина Н. В. *Органосохраняющие методы лечения рака молочной железы*, *Актуал. пробл. профил. и леч. р.м.ж.*, Орел, 1993, p. 87-88.
21. Переводчикова Н. И., *Новое в проблеме терапии рака молочной железы*, *Новое в терапии рака молочной железы*. Сб. под. ред. проф. Н. И. Переводчиковой, Москва, 1998, p. 69-92.
22. Пушкарев С. В., Адамян А. Т., Слонимская Е. М., Осипова А. А., *Сравнительная оценка послеоперационных осложнений, функциональных результатов после выполнения различных объемов хирургического вмешательства при раке молочной железы*, *Актуал. пробл. совр. онкол.*, 1991, nr. 9, p. 79-84.
23. Семиглазов В. П. *Лечение ранних форм рака молочной железы*, *Сб. науч. работ онкол. диспансера*, Санкт-Петербург, 1996, p. 135-141.
24. Семиглазов В. Ф. *Адьювантное лечение больных раком молочной железы*, *Новое в терапии рака молочной железы*. Сб. под. ред. Переводчиковой, Н. И., Москва, 1998, p. 48-56.
25. Семиглазов В. Ф. *Органосохраняющее лечение рака молочной железы*, *Медицина*, 1996, nr. 2, p. 6-8.
26. Семиглазов В. Ф., Мерабишвили В. М., *Современные тенденции в лечении больных раком молочной железы*, *Вопросы онкологии*, 1982, vol. XXVIII.
27. Семиглазов В. Ф., Орлов А. А., *Клиника и лечение «минимальных» форм рака молочной железы*, *Вопр. Онкологии*, 1983, p. 100.
28. Семиглазов В. Ф., Семиглазов В. В., Иванов В. Г., Берштейн Л. М. и др., *Новое в терапии рака молочной железы: неоадьювантная гормонотерапия*, *Совр. Онкол.*, 2001, nr. 1, p. 23-26.
29. Семиглазов В. Ф., Чагунава О. Л., *Сберегательные и органосохраняющие операции при раке молочной железы*, *Вопр. Онкологии*, 1989, nr. 1, p. 6-8.
30. Тодоров В., Дудунков З., Александрова Е., Марков Н., Гаврилов И., Мушмов М., Милев А., *Показания к органосохраняющим операциям при раке молочной железы*, *Онкология*, 1993, nr. 1, p. 130.
31. Холдин С. А., Дымарский Л. Ю., *Расширенные радикальные операции при раке молочной железы*, Ленинград, 1975.
32. Цырлиа Е. В., *Гормонально-метаболический статус больных раком молочной железы, подвергшихся сохранной операции: сопоставление с известными прогностическими критериями*, *Вопросы онкологии*, 1999, vol. 45, nr. 3, p. 261-264.
33. Чиссов В. И., Ольшанский В. О., Борисов В. И., *Хирургическая реабилитация больных раком молочной железы*, *Реабилитация онкологических больных при функционально-щадящем лечении*, Москва, 1995, p. 85-110.
34. Arriagada R., Contesso G., Rochard F., Le M. G., *Conservative treatment versus mastectomy in early breast cancer: patterns of failure with 15 years of follow-up data*, Institut Gustave-Roussy Breast Cancer Group, *J. Clin. Oncol.*, 1996, May, 14, p. 1558-1564.
35. Bostwic J., Vasconez L. O., Jurkiewicz M. J., *Breast reconstruction after a radical mastectomy*, *Plast. Reconstr. Surg.*, 1978, nr. 61, p. 71-82.
36. Fisher B., Redmond C., *Systemic therapy in node negative patients: updated findings from NSABP clinical trials*, *NCI Monogr.*, 1992, p. 7-13.
37. Veronesi U., Banfi A., Salvador B. et al., *Breast conservation is the treatment of choice in small breast cancer: long-term results of a randomized trial*, *Eur. J. Cancer*, 1990, vol. 26, nr. 6, p. 668-670.

Prezentat la 16.03.2009