

Sprawozdanie z II Międzynarodowego Sympozjum Chirurgii Piersi: Onkologicznej, Estetycznej i Rekonstrukcyjnej w Buenos Aires

W dniach 5-7 listopada 2009 r. uczestniczyłam w II Międzynarodowym Sympozjum Chirurgii Piersi: Onkologicznej, Estetycznej i Rekonstrukcyjnej, w Buenos Aires. Była to kontynuacja I Sympozjum, które odbyło się we wrześniu 2008 r. w Rio de Janeiro podczas mojego stażu naukowego w Klinice Chirurgii Plastycznej Instytutu Ivo Pitanguy.

Konferencja w Buenos Aires zgromadziła wykładowców z wiodących instytucji, zajmujących się chirurgią raka piersi, między innymi: Memorial Sloan-Kettering Cancer Center of New York; M.D. Anderson Cancer Center, University of Texas, Houston; Istituto dei Tumori, Milano; Instituto Roffo, Buenos Aires, Sociedad Argentina de Mastologia; INCA-Instituto Nacional de Cáncer, Rio de Janeiro. Większość uczestników pochodziła z Argentyny, Brazylii, Kolumbii, Chile, Meksyku, Stanów Zjednoczonych i Włoch. Tematyka sympozjum obejmowała takie zagadnienia jak:

- Molekularna klasyfikacja raka piersi i jej wpływ na leczenie;
- Zastosowanie MRI piersi i PET jako narzędzi planowania leczenia chorych na raka piersi;
- Znaczenie mikroprzerzutów w węzle wartowniczym;
- Sesja wideo technik chirurgicznych w raku piersi: mastektomia *nipple-sparing*, *skin-sparing*, *skin-reducing*, zabiegi odtwórcze z użyciem ekspanderów/proteż, tkanek własnych (TRAM, LD, *free* TRAM, DIEP, SIEA), rekonstrukcja piersi przy użyciu technik minimalnie inwazyjnych: MIAMI – *Minimally Invasive Autologous Mastectomy Incisionless Reconstruction* (minimalnie inwazyjna rekonstrukcja piersi przy użyciu autologicznej tkanki tłuszczowej); VERONA – *Vacuum Expansion and Re-injection of Native Adipose Tissue* (próżniowe rozprężanie zewnętrzne i re-iniekcja własnej tkanki tłuszczowej);
- Techniki chirurgii estetycznej: augmentacja, mastoplastyka.

Dokładne omówienie powyższych tematów znacznie przekracza ramy niniejszego opracowania, dlatego też skupię się na głównych przesłaniach sympozjum. Uczestnicy debaty okrągłego stołu postulowali – o czym mówi się od kilku lat – stworzenie specjalizacji chirurga piersi (*breast surgeon*), to jest specjalisty chirurgii ogólnej, onkologicznej, plastycznej lub ginekologii, który poświęcałby się chirurgii piersi we wszystkich jej aspektach: onkologicznym, rekonstrukcyjnym i estetycznym. Podkreślano, że notuje się renesans mastektomii (w niektórych stanach Ameryki Północnej wzrost z 35% do 60%), szczególnie

u kobiet młodszych. Związane jest to z ostatnimi doniesieniami naukowymi, iż miejscowa kontrola po operacji raka piersi przekłada się na przeżycia całkowite. Stwierdzono, że każda kobieta poddana mastektomii ma prawo do zabiegu odtwórczego. Najbardziej ekstremalne podejście do zagadnienia rekonstrukcji piersi zaprezentowali chirurdzy z M. D. Anderson Cancer Center, przedstawiając pracę o zastosowaniu płatów mikrochirurgicznych u chorych w IV stopniu zaawansowania, z *carcinoma inflammatorium* lub heroiczne, wielogodzinne procedury resekcyjno-rekonstrukcyjne wykonywane z powodu nawrotu choroby w ścianie klatki piersiowej, z naciekiem żeber, płuc, z medianą przeżyć po operacji 1 miesiąc.

Wykładowcy z Memorial Sloan-Kettering Cancer Center z Nowego Jorku przedstawili algorytm rekonstrukcji piersi z użyciem ekspanderów u chorych na raka piersi w II i III stopniu zaawansowania, obowiązujący w ich instytucji i obejmujący kolejno:

- wykonanie mastektomii z jednoczasową implantacją ekspandera,
- dopełnianie ekspandera podczas chemioterapii,
- wymianę ekspandera na protezę,
- radioterapię.

Średni przedział czasowy od leczenia chirurgicznego do rozpoczęcia chemioterapii wynosi 5 tygodni, od zakończenia chemioterapii do wymiany ekspandera na protezę 4 tygodnie, zaś od wymiany ekspandera na protezę do rozpoczęcia radioterapii 4 tygodnie.

Z kolei chirurdzy z Teksasu stwierdzili, że optymalny czas i technika rekonstrukcji u pacjentów, którzy mogą wymagać pooperacyjnej radioterapii, to zagadnienia kontrowersyjne. Nawet zastosowanie nowoczesnych implantów piersi i współczesnych technik radioterapii wiąże się w ich opinii z powikłaniami rzędu 37-40%. Ponadto pooperacyjna radioterapia wpływa również niekorzystnie na jednoczasową rekonstrukcję autologiczną (w ich materiale powikłania wystąpiły nawet w 48% przypadków). U chorych na raka piersi, u których planowana jest radioterapia, optymalnym podejściem wydaje się odroczone rekonstrukcja z użyciem tkanek własnych, choć procedurę może komplikować technika radioterapii węzłów chłonnych piersiowych wewnętrznych, stosowana w M.D. Anderson. Pokróćce też opiszę rekomendowaną w tej instytucji opcję rekonstrukcji piersi, definiowaną jako odroczone – natychmiastowa – *delayed-immediate breast reconstruction*. Strategia ta jest wskazana u chorych, którzy proszą o jednoczasowy zabieg odtwórczy, a istnieje ryzyko, że będą poddane radioterapii po mastektomii.

W pierwszym etapie wykonywana jest amputacja piersi typu *skin-sparing* oraz implantacja ekspandera wypełnionego solą fizjologiczną, który ma służyć jako rusztowanie dla zachowania trójwymiarowego kształtu „koperty” skórnej. Chore, które nie zostały zakwalifikowane do radioterapii pooperacyjnej, są poddawane 2. etapowi *delayed-immediate breast reconstruction* w ciągu 2 tygodni po 1. etapie (*definitive breast reconstruction*).

U chorych, które będą poddane radioterapii, usuwa się sól fizjologiczną z ekspandera, następnie przeprowadza się radioterapię. Dwa tygodnie po zakończeniu radioterapii ponownie wypełnia się ekspander. Trzy miesiące później usuwa się ekspander i wykonuje się transfer płata („*skin preserving*” *delayed reconstruction with flap transfer*).

Ciekawe prace przedstawili koledzy z Ameryki Południowej, gospodarze sympozjum, między innymi o zastosowaniu molekularnej klasyfikacji raka piersi i jej wpływie na wybór terapii czy prezentacji szerokiego spektrum zabiegów odtwórczych (ekspandery, protezy, płaty LD, TRAM, *free* TRAM, DIEP).

Zaś największe, prawie 10-letnie doświadczenie w zakresie transferu własnej tkanki tłuszczowej w celu wypełniania ubytków po zabiegach oszczędzających

i radioterapii, poprawiania konturu piersi po implantacji protezy, czy wreszcie zastosowania próżniowego rozprężania zewnętrznego i całkowitej rekonstrukcji po mastektomii z użyciem tłuszczu, zaprezentował zespół z Verony i Miami. Badacze nie stwierdzili znaczących powikłań po powyższych procedurach, nie zanotowano występowania większej częstości wznów czy innych nowotworów w porównaniu z grupą kontrolną. Ponadto doświadczony radiolog nie miał trudności z interpretacją mammografii pacjentek poddanych lipofillingowi, szczególnie w diagnostyce różnicowej ze zmianami podejrzanymi.

W 2010 r. III sympozjum chirurgii piersi, po Brazylii i Argentynie, odbędzie się w Meksyku.

W mojej ocenie listopadowe II sympozjum chirurgii piersi w Buenos Aires dostarczyło cennych informacji naukowych, jak również wrażeń turystyczno-artystycznych, takich jak: lekcje tango, zwiedzanie Recolety, czy oglądanie pamiątek po Evicie Peron.

Dr n. med. Agnieszka Kołacińska
Oddział Chirurgii Onkologicznej
WSS im. M. Kopernika
ul. Paderewskiego 4
93-509 Łódź
email: info@drkolacinska.pl
agnkol@gazeta.pl