

Kurs „Breast cancer oncologic and reconstructive surgery” w Mediolanie

W dniach 14-16 czerwca 2010 r. w Europejskim Instytucie Onkologii (Istituto Europeo di Oncologia – IEO) w Mediolanie odbył się kolejny, dorocznie organizowany kurs „Breast cancer oncologic and reconstructive surgery. Interactive course with live surgery”, w całości poświęcony chirurgii rekonstrukcyjnej i onkoplastycznej piersi oraz problemom biopsji węzłów wartowniczych.

Honorowym prezydentem był Jean-Yves Petit – wieloletni szef Oddziału Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej IEO. Swoją obecnością oraz porywającym wystąpieniem zaszczylił nas także dyrektor Instytutu Umberto Veronesi. W swoim wykładzie omówił historię leczenia raka piersi oraz wskazał dalsze kierunki rozwoju walki z tą chorobą.

Ideą kursu była interaktywność. Od godzin porannych odbywały się operacje, transmitowane „na żywo” z bloku operacyjnego Instytutu. Dawało to możliwość natychmiastowej dyskusji pomiędzy operatorem a audytorium, czasem żywiołowej, oraz szczegółowego omawiania poszczególnych etapów operacji. Operatorami w trakcie trwania kursu byli czołowi chirurdzy zespołu z obecnym szefem – Mario Rietjens’em oraz m. in. C. Garussi, M. Intra i J.Y. Petitem.

Pierwszego dnia mieliśmy możliwość obejrzenia, coraz szerzej stosowanych, operacji transferu tkanki tłuszczowej w celu wypełnienia ubytków i zniekształceń po zabiegach onkologicznych i rekonstrukcyjnych. Operacje lipotransferu, wykonywane w Instytucie w Mediolanie, oparte są na klasycznym systemie Colemana. Podobną technikę stosujemy w Centrum Onkologii w Warszawie. Po operacjach transmitowanych na żywo odbyła się sesja naukowa, której przewodniczył G. Jones (Emory University, Atlanta). Wystąpienia na temat lipotransferu wygłosili: Michele Zocchi (Universita di Genova e Padova, IT), Michael Scheflan (Avidim Medical Center, Tel Aviv) oraz Jean Yves Petit. Omawiali oni szczegółowo techniki pobrania oraz przeszczepu tkanki tłuszczowej. J-Y. Petit przedstawił wątpliwości co do bezpieczeństwa lipotransferu, wobec pojawiających się doniesień o możliwości zwiększonego ryzyka powstawania nowotworów po tego typu zabiegach. Są to doniesienia wczesne, które muszą zostać zweryfikowane w dłuższym okresie obserwacji, ze względu na zbyt małą liczbę chorych. Dotychczas brak wiarygodnych danych, bazujących na EBM, mogących dać jednoznaczną odpowiedź na to nurtujące pytanie. M. Zocchi używa systemu ILPS Lipokit, który jest odmianą systemu Colemana i pozwala na usunięcie wolnej fazy olejowej z odwirowanego tłuszczu. Zapobiega to powstawaniu wczesnych odczynów zapalnych oraz martwicy tłuszczowej, a co za tym idzie – zapewnia lepszą przeżywalność przeszczepu. M. Scheflan przy przeszczepie tkanki tłuszczowej nie stosuje systemu Colemana, wykorzystuje system Puregraft, dzięki któremu, w swojej opinii, uzyskuje lepsze jakościowo adipocyty. Zawiesina jest pozbawiona wolnego tłuszczu. Efekt ten otrzymuje

tylko poprzez płukanie pobranej tkanki tłuszczowej, bez wirowania. W ostatniej sesji pierwszego dnia pokazane były krótkie filmy z operacji, po których toczyła się żywa dyskusja.

Drugi dzień poświęcono pokazaniu i omówieniu technik rekonstrukcji piersi z użyciem tkanek własnych. Wykonano dwie operacje z wykorzystaniem uszypułowanego płata TRAM oraz płata LD. W IEO w Mediolanie, w uzasadnionych przypadkach, wykonuje się jednoczesną symetryzację drugiej piersi. We wszystkich wystąpieniach w późniejszej sesji naukowej podkreślano przede wszystkim fakt szkodliwości palenia papierosów i jego wpływu na niedokrwienie płatów. M. Scheflan powiedział wręcz, że pacjentów palących nie operuje. Stawiano też nacisk na właściwy i bardzo przemyślany dobór chorych do tego typu operacji.

Dr Eva Weiler-Mithoff (Canniesburn Hospital, Glasgow) przypomniała stosowane techniki rekonstrukcji piersi przy pomocy wolnych płatów. Podkreśliła, że technika rekonstrukcji powinna być dostosowana do warunków anatomicznych pacjentki. Istotne jest także zapewnienie pacjentce komfortu życia po rozległym zabiegu. Bardzo ważny jest efekt krzywej uczenia się chirurga. Szczegóły najpopularniejszych technik rekonstrukcji tkankami własnymi – TRAM i LD – omówili G. Jones i C. Garussi.

Krishna B. Clough (Paris Breast Centre) przedstawił bardzo interesujące doniesienie na temat położenia węzła wartowniczego. Podzielił on dół pachowy na kwadranty A-D, w zależności od położenia w stosunku do osi żyły pachowej bocznej i nerwu międzyżebrowo-ramiennego, wprowadzając nowe pojęcie anatomiczne – *axilla cross*. Węzeł wartowniczy najczęściej znajdowano w kwadrancie A, położonym przyśrodkowo i ku dołowi od skrzyżowania tych dwóch linii (86,6%). Większość pozostałych znajdowała się w kwadrancie B, położonym powyżej nerwu i przyśrodkowo w stosunku do żyły pachowej bocznej. Clough wykazał również, że węzły chłonne położone bocznie w stosunku do pęczka podłopatkowego należą do spływu z kończyny górnej. Są one zwykle większe w stosunku do węzłów spływu z piersi i dlatego chirurdzy usuwają je jako istotne klinicznie. Zwykle są to 2-3 węzły. W jego materiale węzły te ulegają zajęciu przez przerzuty dopiero przy masywnym zajęciu pachy, z 7 i więcej przerzutami w węzłach spływu piersiowego. Usunięcie węzłów ramiennych może doprowadzić do obrzęku limfatycznego. Obserwował to w 5% przypadków po SNB. W podsumowaniu apelował o nie usuwanie powiększonych węzłów z bocznej części pachy, o ile klinicznie nie ma cech przerzutów do węzłów położonych przyśrodkowo (*nodes sparing mastectomy*). Ostatnia sesja drugiego dnia dotyczyła powikłań i trudnych przypadków. Swoje trudne przypadki prezentowali K. B. Clough, Peter Cordeiro (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York), M. Rezai (Louis Hospital Breast Center, Dusseldorf),

M. Wickman (Karolinska Hospital, Stockholm) oraz M. Klinger (Universita degli Studi di Milano).

W ostatnim dniu oglądaliśmy i dyskutowaliśmy operacje natychmiastowej rekonstrukcji, z zastosowaniem implantu i zaoszczędzeniem kompleksu brodawka-otoczek. Podobną technikę stosujemy w Centrum Onkologii w Warszawie; w miejsce śródoperacyjnego napromienienia kompleksu brodawka-otoczek wykonujemy śródoperacyjne badanie patologiczne. Zwróciło naszą uwagę wystąpienie P. Cordeiro, który przedstawiał doświadczenia Sloan-Kettering Memorial Cancer Center. W ośrodku tym stosowana jest natychmiastowa rekonstrukcja, poprzez jak najwcześniejsze rozprężenie tkanek ekspanderem, a następnie wymianę na protezę stałą.

Mary Wickman porównała użycie okrągłych i „anatomicznych” implantów do rekonstrukcji i wykazała przewagę tych drugich. Z nowości, G. Jones przedstawił system śródoperacyjnego wykrywania perforatorów za pomocą perfuzji zielenią indocyjanową. Pozwala to na zminimalizowanie ryzyka operacji. Po wprowadzeniu tej metody ilość powikłań praktycznie spadła do zera.

M. Schefflan zaprezentował perspektywiczną, choć bardzo drogą, metodę rekonstrukcji, z wykorzystaniem implantów i bezkomórkowej macierzy skórnej (ADM). Metoda ta pozwala na wykorzystanie implantu w przypadkach, gdy w dolnym polu istnieje ryzyko powstania przetoki, ze względu na brak pokrycia mięśniem piersiowym większym.

W sesji wieczornej, której przewodniczył Werner Audretsch (Breast Center – MHDCC, Düsseldorf), Viviana Galimberti (IEO, IT) przedstawiła pracę nt. „onkologicznego bezpieczeństwa” leczenia oszczędza-

jącego pierś w raku zrazikowym. W jej ocenie jest to procedura równie bezpieczna, jak w raku przewodowym. Zmienia to dotychczasowe podejście i brak rekomendowania do BCT w raku zrazikowym, prezentowane szczególnie we wcześniejszych pracach Kurtza i Mate. C. Garusi przedstawiła własne doświadczenia w zakresie rekonstrukcji kompleksu otoczek – brodawka. Włosi najczęściej wykonują rekonstrukcję brodawki z lokalnych płatów, a otoczkę tatuują. W konkluzji dr Garusi postuluje częstsze wykorzystanie przeszczepu części przeciwległej brodawki.

Następnie M. Intra przedstawił historię i stan obecny biopsji węzłów wartowniczych. Sesję zakończył Werner Audretsch bardzo szczegółową prezentacją swoich znakomitych wyników częściowych rekonstrukcji piersi lokalnymi płatami.

Podsumowując – kurs ten powinien przejść każdy chirurg specjalizujący się w operacyjnym leczeniu raka piersi. Merytorycznie kurs był na najwyższym poziomie. Zwracał uwagę bardzo dobry dobór prelegentów i chirurgów wykonujących operacje. Najistotniejszą zaletą była jednak jego interaktywność. Taka forma kształcenia jest podstawą nauki chirurga, a doświadczenia przekazywane przez praktyków są bezcenne.

Autorzy bardzo dziękują Fundacji im. Jakuba hr. Potockiego za udzielenie wsparcia finansowego w celu pokrycia części kosztów udziału.

Dr Tomasz Majewski

Dr Klaudiusz Czerniawski

Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie
w Warszawie