

RECIDIVAREA CANCERULUI MAMAR LA PACIENTELE CU RECONSTRUCȚIE MAMARĂ IMEDIATĂ CU LAMBOUL TRAM SUPUSE MASTECTOMIEI CU PREZERVAREA PIELII

Corneliu Ureche¹ – medic mamolog,

Adrian Hotineanu², – dr.hab. șt. med., profesor,

Serghei Burgoci³, – medic chirurg,

1 – IMSP Institutul Oncologic,

2 – IP USMF „Nicolae Testemițanu” doctor habilitat, conferențiar universitar.

Catedra Chirurgie 2,

3 – IP USMF „Nicolae Testemițanu” doctorand, Catedra Chirurgie 2

ureche8cornel@gmail.com 079527327

Rezumat. Mastectomia cu prezervarea pielii (MEPP), urmată de reconstrucție (RM) imediată (RMI), a devenit o procedură utilizată pe scară largă la paciențele cu cancer a glandei mamare (CGM) în stadii precoce. Scopul acestui studiu a fost evaluarea recidivelor de cancer mamar după mastectomia cu prezervarea pielii și reconstrucția mamară TRAM. Au fost analizate rezultatele la distanță a paciențelor, care au suferit mastectomie cu prezervarea pielii urmată de reconstrucția mamară TRAM în perioada anilor 2008-2012. Au fost analizate un grup de 30 de paciente cu cancer a glandei mamare. Rata de supraviețuire totală la moment este 90,1%, rata de supraviețuire fără recidivă 80%. Mastectomia cu prezervarea pielii la paciențele cu cancer mamar, urmată de reconstrucție mamară cu lamboul TRAM este o procedură cu siguranță oncologică la paciențele cu cancer în stadiul I, II, III.

Cuvinte-cheie: mastectomie cu prezervarea pielii, reconstrucție mamară imediată, recidiva de cancer

Summary. Cancer recurrence in patients with immediate breast reconstruction with TRAM flap after skin preserving mastectomy

Breast reconstructions after skin preserving mastectomies is a widely used procedure in patients with breast cancer. The aim of this article is to study the evaluation of cancer recurrence in this group of patients. There were analyzed a group of 30 patients, who were treated in the period of 2008-2012. The rate of general survival was 90,1%, and survival without recurrence-80%.

Key words: skin preserving mastectomy, immediate breast reconstruction, cancer recurrence

Резюме. Рецидивирование рака молочной железы у больных с одномоментной реконструкцией TRAM после радикальной мастэктомии с сохранением кожи

Реконструкция молочной железы после мастэктомии с сохранением кожи является распространенной процедурой у больных раком молочной железы. Целью данного исследования была оценка рецидивирования рака после мастэктомии с сохранением кожи с последующей реконструкцией. Было исследовано 30 пациенток с раком молочной железы в период с 2008-2012 гг. В данной группе была выявлена общая выживаемость – 90,1%, и безрецидивная выживаемость – 80%.

Ключевые слова: мастэктомия с сохранением кожи, одномоментная реконструкция молочной железы, рецидив рака

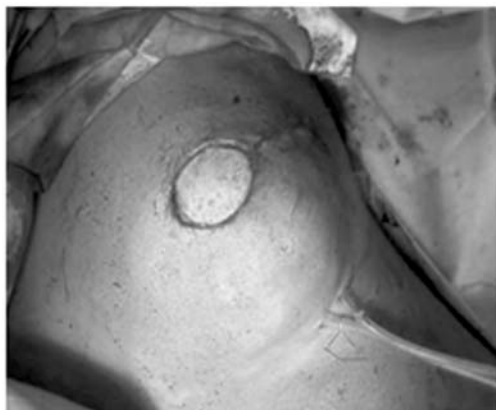
Introducere. Mastectomia cu prezervarea pielii (MEPP), urmată de reconstrucție (RM) imediată (RMI), a devenit o procedură utilizată pe scară largă la paciențele cu cancer a glandei mamare (CGM) în stadii precoce [1]. Siguranța oncologică și rezultate cosmetice superioare ale acestei abordări au fost demonstrate în mai multe studii [2,3]. Tot odată utilizarea acestei metode nu este recomandată în stadii avansate a bolii [4,5,6]. Una din cele mai mari probleme, ceea ce privește MEPP urmată de RM imediată, este recidivare locală [7,8]. Teoretic, creșterea recidi-

vei locale este excizia inadecvată a pielii și stabilirea greșită a stadiului bolii. O altă problemă este faptul, că RMI poate ascunde recidivele, astfel pune dificultăți în diagnosticarea precoce a recidivării locale [9].

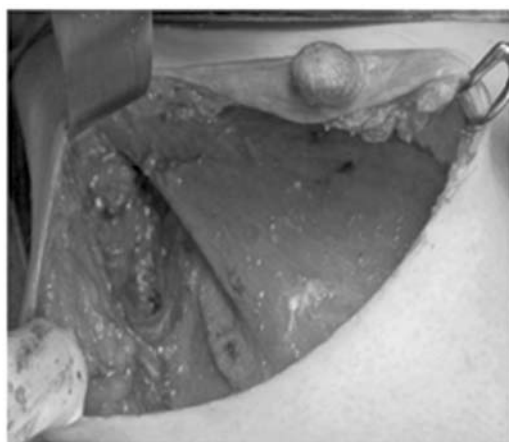
Prin diferite tipuri de RM, utilizarea lamboului TRAM este cea mai populară [10]. Această metodă este preferabilă și de echipa noastră. Mastectomia cu prezervarea pielii (MEPP), urmată de RM imediată (RMI), a devenit o procedură utilizată pe scară largă la paciențele cu CGM în stadii precoce, deoarece oferă cea mai naturală formă și volum suficient de țesut [11].

Material și metode: Am analizat retrospectiv toate pacientele (n=30) supuse RMI după MEPP în diferite stadii și forme a CGM. Perioada de tratament chirurgical 2008-2012. În toate cazurile diagnosticul de CGM a fost stabilit preoperator și confirmat histopatologic în toate cazurile. Stadializarea bolii stabilită conform "the seventh edition of the American Joint Committee on Cancer staging system".

Tratament chirurgical: MEPP este definită, ca înlăturarea întregului țesut mamar, pielii deasupra tumorii și cicatricii după biopsie.



Limfdisecția s-a efectuat prin incizia primară sau printr-o incizie în fosa axilară. La toate pacientele au fost explicate beneficiile și riscurile acestei operații.



Tratament adjuvant și neoadjuvant. Chimioterapia a fost efectuată la toate pacientele cu avansare locală. Numărul de cicluri de chimioterapie a fost diferit și depinde de stadiul bolii, răspunsul individual, tipul histologic al cancerului. Terapia neoadjuvantă a fost efectuată la toate pacientele cu adenopatie pozitivă. Din pacientele fără afectare nodular locală, chimioterapia adjuvantă a fost indicată în cazuri de cancer slab diferenciat și nediferenciat. Tratamentul adjuvant a fost aplicat îndată după reabilitarea postchirurgicală.

Radioterapia postoperatorie s-a efectuat îndată după terapia adjuvantă. Indicațiile pentru radioterapia postoperatorie este adenopatie axilară, dimensiunile tumorii de 5 cm, implicarea pielii în proces. Câmpul de radiație a inclus peretele toracic ipsilateral, lanțul ganglionar mamar intern și fosa supraclaviculară.

Rezultate: Perioada de supraveghere a fost calculată din prima zi postoperator până la data de ultimul contact cu pacienta. Toate pacientele au fost urmărite în mod regulat fiecare 3 luni în primii 2 ani și, fiecare 6 luni pentru primii 5 ani.

Recidiva locală definită ca o tumoare recurentă dovedită biptic în peretele toracic ipsilateral, inclusiv a pielii, țesutul subcutanat și mușchi. Recidiva locoregională - implicarea în proces tumoral a ganglionilor limfatici axilari, mamari interni, supra- și infraclaviculari. Recidivarea în alte locuri este clasificată ca metastaze la distanță.

Sânii reconstruiți au fost examinați în mod obișnuit de o examinare fizică, ecografie. Mamografie anuală efectuată la sânul contralateral, radiografia cutiei toracale, sonografia ficatului, scintigrafia scheletului, aprecierea markerilor tumorali (CEA, CA-153).

Caracteristica pacientelor: MEPP urmată de RMI cu lamboul TRAM a fost efectuată la 30 de paciente. Vârsta medie la momentul diagnosticării a CGM a constituit 43 ani (22-42 ani) tabelul 1. Stadiul II și III al bolii a fost reprezentat în majoritatea cazurilor (2/3 cazuri – 73,3%), dimensiunile tumorii în mediu 2,4 cm (0,5-8 cm) tabelul 2 și 3. Chimioterapie adju-

vantă s-a aplicat la 2 paciente (6,7%) 5-fluoracil, antracicline, ciclofosfamide. Chimioterapie adjuvantă a primit 23 de bolnave (76,6%) bazată pe antracicline. Mediana aplicării chimioterapiei în acest grup a fost 38 zile (18 – 86 zile). 4 paciente au avut de suferit şi radioterapie după chimioterapie adjuvantă.

Tabelul 1

Caracteristica pacientelor

Date variabile	Date
Partea	Dreapta 57% (n=17) Stânga 43% (n=13)
Histologia	
Ductal	87% (n=26)
Lobular	7% (n=2)
Mucinos	3% (n=1)
Medular	3% (n=1)

Tabelul 2

Stadiul bolii

Stadiul Bolii	n	%
I	8	27
IIA	6	20
IIB	5	23
III	9	30

Tabelul 3

Clasificarea tumorii

T	%	n
T1	30	10
T2	54	16
T3	16	4
N	%	n
N0	50	15
N1	43	13
N2	7	2

Analiza recidivei: Perioada medie de supraveghere a constituit 22 luni (7-43 luni). În timpul perioa-

dei de supraveghere recidivă a bolii s-a depistat la 5 (17%) paciente, din care recidiva locală a apărut la a 12 şi 16 lună, recidiva locoregională la a 18 lună, recidiva la distanţă la a 14 şi 26 lună de monitorizare. Timpul recidivei şi dependenţa de stadiul bolii este reflectată în tabelul 4. Recidive locale au fost depistate la 1 pacientă, regionale 2 paciente, 1 pacientă diagnosticată cu Mts la distanţă, 2 paciente cu recidivare locală şi Mts. Timpul mediu de recidivare a constatat 14 luni (2- 22 luni) pentru toate recidivele. Recidiva locală a fost constatată la a 12 lună, recidivare loco-regională 15 luni şi 18 luni, Mts la distanţă observate la a 8 şi 24 de luni.

Tabelul 4

Recidiva CGM conform stadiului

Stadiul	n	Recidiva			
		Locală	Regio-nală	La dis-tanţă	Total
I	8	1			1 (12,5%)
II	13		1	1	2 (15,4%)
III	9		1	1	2 (22,2%)
TOTAL	30	1 (3,2%)	2 (6,7%)	2 (6,7%)	5 (16,6%)

La toate trei paciente cu recidivă locală şi regională a fost depistată prin examenare clinică minuţioasă, diagnosticul confirmat histopatologic după biopsie. Ulterior s-a efectuat o excizie largă a recidivei, urmată de chimio- şi radioterapie. Lamboul TRAM a fost păstrat în toate cazurile. La alte două paciente s-a determinat multiple Mts la distanţă (ficat, plămâni, oase), ambele au fost supuse chimioterapiei, dar în pofida tratamentului aplicat în ambele cazuri a survenit decese la a 17 şi 24 luni postoperator.

Supravieţuirea fără recidivă (figura 1) şi supravieţuirea generală (figura 2) au fost evaluate folosind metoda Kaplan-Meier. Supravieţuirea fără recidivă s-a constatat în 83,4% supravieţuirea generală 93,7%.

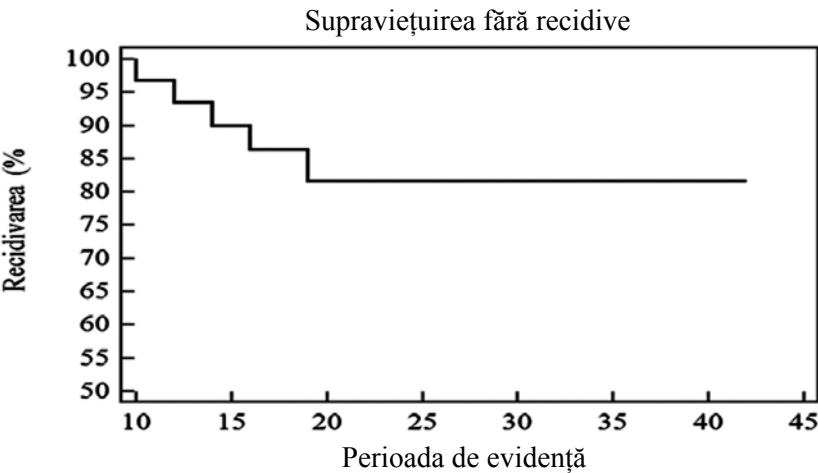


Fig. 1. Curba Kaplan-Meier. Supravieţuire fără recidivă

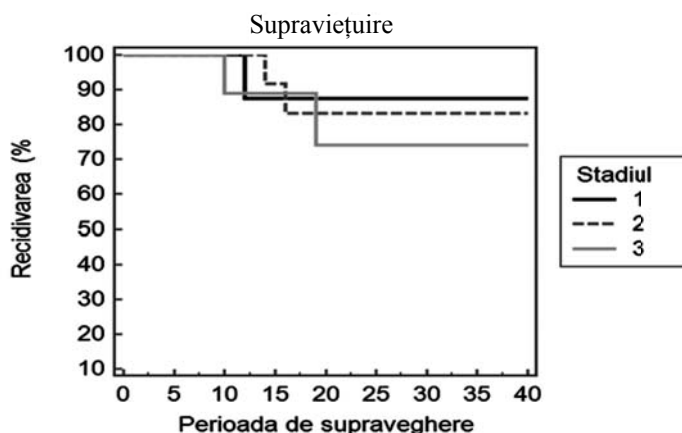


Fig. 2. Curba Kaplan-Meier. Supraviețuire generală

În ultimii ani se observă o tendință de scădere a ratei de recidivare locală, locoregională, precum și Mts la distanță [12]. Unii autori consideră că acest fapt se contribuie optimizării tehnicii mastectomiei și evidării limfoganglionare, alții marchează utilizarea tot mai mare a tratamentului adjuvant.

Discuții: O problemă importantă legată cu MEPP urmată de RMI TRAM este detectarea întârziată a recidivei locale, deaceia un examen fizic și paraclinic minuțios oferă posibilitatea de a aprecia recidivarea locală în stadii precoc. Diagnosticul histopatologic rămâne standardul de aur. Biopsia poate garanta diferență între țesut reconstruit și recidivă. Siguranța oncologică a acestei proceduri rămâne o problemă principală, care împiedică aplicarea acestuia pe o scară largă. Rezultatele noastre și datele literaturii ne-au convins să continuăm MEPP și RMI, chiar și în St III a bolii.

MEPP și RMI TRAM oferă un efect cosmetic mai bun decât RM în perioada tardivă.



Concluzii: MEPP urmată de RMI TRAM este o operație cu siguranță oncologică. Rata supraviețuirii generale și supraviețuirii fără recidivă sunt compara-

bile cu studiile randomizate multicentrice. Chimioterapia adjuvantă în perioada postoperatorie precoc mărește rata supraviețuirii generale, chiar și în stadiile avansate a CM. RMI TRAM nu împiedică detectarea recidivei locale și locoregionale.

Bibliografie

1. Omranipour R., Bobin J.Y., Esouyeh M.: Skin sparing mastectomy and immediate breast reconstruction (SSMIR) for early breast cancer: eight years single institution experience. *World J Surg Oncol* 2008, 6:43.
2. Spiegel A.J., Butler C.E.: Recurrence following treatment of ductal carcinoma in situ with skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2003, 111:706–711.
3. Kinoshita S., Nojima K., Takeishi M., Imawari Y., Kyoda S., Hirano A., Akiba T., Kobayashi S., Takeyama H., Uchida K., Morikawa T.: Retrospective comparison of non-skin-sparing mastectomy and skin-sparing mastectomy with immediate breast reconstruction. *Int J Surg Oncol* 2011, 2011:876520.
4. Prabhu R., Godette K., Carlson G., Losken A., Gabram S., Fasola C., O'Regan R., Zelnak A., Torres M.: The impact of skin-sparing mastectomy with immediate reconstruction in patients with stage III breast cancer treated with neoadjuvant chemotherapy and postmastectomy radiation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2012, 82:e587–e593.
5. Foster R.D., Esserman L.J., Anthony J.P., Hwang E.S., Do H.: Skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction: a prospective cohort study for the treatment of advanced stages of breast carcinoma. *Ann Surg Oncol* 2002, 9:462–466.
6. Ho A.L., Tyldesley S., Macadam S.A., Lennox P.A.: Skin-sparing mastectomy and immediate autologous breast reconstruction in locally advanced breast cancer patients: a UBC perspective. *Ann Surg Oncol* 2012, 19:892–900.
7. Lim W., Ko B.S., Kim H.J., Lee J.W., Eom J.S., Son B.H., Lee T.J., Ahn S.H.: Oncological safety of skin sparing mastectomy followed by immediate reconstruction for locally advanced breast cancer. *J Surg Oncol* 2010, 102:39–42.
8. Medina-Franco H., Vasconez L.O., Fix R.J., Hes-

lin M.J., Beenken S.W., Bland K.I., Urist MM: Factors associated with local recurrence after skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction for invasive breast cancer. *Ann Surg* 2002, 235:814–819.

9. Shaikh N., LaTrenta G., Swistel A., Osborne F.M.: Detection of recurrent breast cancer after TRAM flap reconstruction. *Ann Plast Surg* 2001, 47:602–607.

10. Howard M.A., Polo K., Pusic A.L., Cordeiro P.G., Hidalgo D.A., Mehrara B., Disa J.J.: Breast cancer local recurrence after mastectomy and TRAM flap reconstruction: incidence and treatment options. *Plast Reconstr Surg* 2006, 117:1381–1386.

11. Downes K.J., Glatt B.S., Kanchwala S.K., Mick R., Fraker D.L., Fox K.R., Solin L.J., Bucky L.P., Czerniecki B.J.: Skin-sparing mastectomy and immediate reconstruction is an acceptable treatment option for patients with high-risk breast carcinoma. *Cancer* 2005, 103:906–913.

12. Yi M., Kronowitz S.J., Meric-Bernstam F., Feig B.W., Symmans W.F., Lucci A., Ross M.I., Babiera G.V., Kuerer H.M., Hunt K.K.: Local, regional, and systemic recurrence rates in patients undergoing skin-sparing mastectomy compared with conventional mastectomy. *Cancer* 2011, 117:916–924.