

## Klasické a onkoplastické parciální mastektomie.

Vrtělová P.<sup>1</sup>, Coufal O.<sup>1</sup>, Hýža P.<sup>2</sup>, Foltinová V.<sup>1</sup>, Gabrielová L.<sup>1</sup>, Fait V.<sup>1</sup>

1) *Masarykův onkologický ústav – Oddělení chirurgické onkologie a Klinika komplexní onkologické péče LF MU*

2) *Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně – Klinika plastické a estetické chirurgie*

### Úvod

Většinu karcinomů prsu lze dnes účinně chirurgicky léčit parciální mastektomií, tedy tzv. záchovným výkonem. Pro pacientku je obecně šetrnější a méně traumatizující než mastektomie totální. Cílem parciálního výkonu je odstranit nádorové ložisko s dostatečnými resekcními okraji. Aby si konzervativní přístup zachoval svoji výhodu, nutno mít na paměti i druhý cíl – přijatelný kosmetický výsledek. Ten je dán zejména a) zachováním tvaru prsu, b) pozicí areolo-mamilárního komplexu c) stranovou symetrií a d) umístěním a tvarem kožních jizev. Zatímco z onkologického hlediska je žádoucí odstranit tkáň co nejvíce, cílem kosmetickým je odstranit tkáň co nejméně. Mamární chirurg je nucen řešit současně tyto dva protikladné požadavky.

### 1) Klasické techniky parciální mastektomie

Klasicky popisované, tradiční přístupy k parciální mastektomii jsou poměrně jednoduché. Schematicky se rozlišovala lumpektomie a kvadrantektomie. Lumpektomie představuje prosté odstranění nádorového ložiska s makroskopickým lemem nepostižené tkáně a je vhodná u menších, dobře ohraničených nádorů. Kvadrantektomie (přesněji segmentektomie) pak znamená odstranění „segmentu“ prsní žlázy, tzn. klínu orientovaného hrotem směrem k mamile. Racionálním předpokladem pro segmentektomii je radiální šíření nádorových buněk podél mlékovodů. Tento způsob růstu však zdaleka neplatí pro všechny nádory, proto se ustoupilo od striktního požadavku na segmentární orientaci. Rozsah resekce se volí spíše individuálně podle klinického, mamografického a ultrazvukového nálezu.

Z praktického hlediska se při klasické parciální mastektomii postupuje následovně: Kožní incize je vedena přímo nad nádorovým ložiskem, přičemž orientace řezu závisí na konkrétním umístění. V horních kvadrantech se volí obloučkovité řezy v liniích přirozené štěpitelnosti kůže, v dolních kvadrantech a na rozhraní horní a dolní poloviny prsu lze použít i řezy radiální. U nádorů v blízkosti areoly poslouží nejlépe řezy cirkumareolární. Excize kůže zpravidla není potřebná, pokud na ni nádor těsně nenaléhá, nebo do ní neprorůstá. Následuje mírné podminování kožních okrajů a protnutí žlázy směrem k do hloubky v dostatečné vzdálenosti kolem nádorového ložiska. Podle velikosti a umístění nádoru lze žlázu odstranit až na svalovou spodinu, u menších a povrchově umístěných lézí to není nezbytně nutné. Vzniklý defekt je jednoduše lineárně uzavřen přiblížením a sešitím okrajů rány. Podle velikosti a lokalizace defektu lze sešít pouze kůži, nebo se snažit i o sblížení okrajů žlázy.

Prosté sešití kůže má výhodu v jednoduchosti, ale také některá úskalí. Perzistující defekt ve žláze se v časném pooperačním období vyplní seromem, což zajistí zdánlivě velmi dobrý kosmetický výsledek. Delší časový odstup od operace a adjuvantní radioterapie však vede k pozdějšímu vstřebání tekutiny, dutina často kolabuje a dojde k výraznému vtažení kožní jizvy. Častá je i pozdější retrakce jizvy v podélném směru s následkem defigurace prsu a deviací areolo-mamilárního komplexu.

Někteří chirurgové proto na rozdíl od výše popsané standardní lumpektomie (*standard lumpectomy*) preferují i sblížení okrajů žlázy, která vykryje poresekční dutinu. Pro úspěšné použití této techniky je většinou nutno žlázu mobilizovat podminováním podél dorzální fascie velkého prsního svalu. Časné pooperační hodnocení kosmetického výsledku se sice může zdánlivě jevit méně příznivě, protože posun žlázy prs do určité míry změní, jizvy pak ale mají podstatně menší tendenci k pozdějším deformacím. Neponecháváme zde prakticky žádný mrtvý prostor. Excize proužku kůže s excizí žlázy v plné tloušťce až na svalovou spodinu a následným sblížením všech vrstev bývá označována jako lumpektomie v plné tloušťce (*full-thickness lumpectomy*).

S výše popsanými klasickými technikami parciální mastektomie si velmi dobře vystačíme u malých a příznivě umístěných nádorů. Pokud má ale nádor větší velikost, nebo je-li umístěn v některých nepříznivých lokalizacích (obecně dolní či mediální kvadranty), je obtížné dosáhnout klasickým přístupem dobrého kosmetického výsledku. V takových případech saháme k technikám původně vyvinutým pro účely plastické (kosmetické) chirurgie.

### 2) Onkoplastické techniky parciální mastektomie

Pojmem „onkoplastická“ parciální mastektomie označujeme postupy, u nichž na resekční fázi navazuje složitější mobilizace dermoglandulárních laloků a jejich posun či otočení do postmastektomického defektu. Technik lze v literatuře najít celou řadu. Blíže popíšeme ty, které se nám v praxi osvědčily a používáme je nejčastěji.

- **Round-block** (*donut mastopexy lumpectomy*) – Principem je zmenšení poresekční dutiny posunem žlázy z okolí při současném koncentrickém zmenšení prsu. Začíná deepitelizací různě širokého mezikruží kolem areoly a protěním deepitelizované kůže přibližně v rozsahu poloviny obvodu. Následuje resekce nádorového ložiska, která může mít prostý, nebo i segmentární charakter. Po částečné mobilizaci žlázy od spodiny se její okraje sešijí a výkon se dokončí suturou vnějšího paraareolárního kruhu k okrajům areoly. Výhodou techniky je její univerzální použití pro většinu nádorů, nevhodné jsou pouze tumory umístěné přesně centrálně, nebo naopak značně periferně. Další výhodou je pouhá cirkumareolární jizva, která nebrání snadnému provedení eventuální kůži šetřící mastektomie v druhé době.
- **Centro-inferiorní resekce** (*parciální mastektomie typu redukční mamoplastiky s areolou na horní stopce*) – Metoda vhodná u nádorů umístěných v blízkosti rozhraní dolních kvadrantů. Princip spočívá v lehké transpozici areolo-mamilárního komplexu kraniálně a vykrytí poresekčního defektu v dolních kvadrantech posunem žlázy ze stran. V typickém případě má pak jizva tvar „kotvy“, celý prs je mírně zmenšen, ale tvarově přijatelný, i pokud byl odstraněn značný objem mamární tkáně. V závislosti na velikosti a umístění nádoru lze vynechat řez v submamární rýze a provést pouhou vertikální mamoplastiku, event. vést řez jen laterálně, kdy se operace označuje jako „comma-shaped mastopexy“. Nevýhodou tohoto výrazného zásahu do prsu je poměrně velký rozsah jizev, které mohou komplikovat případnou totální mastektomii, ukáže-li se později jako nezbytná.
- **Grisottiho lalok** – Operace neocenitelná při nutnosti odstranění centrálního segmentu s areolo-mamilárním komplexem. Běžná parciální mastektomie v takovém případě zanechá prs v centrální části oploštělý s tendencí k elevaci konců jizvy („dog ears“). Grisottiho rotační lalok využívá k vykrytí centrálního defektu mobilní a zpravidla objemnou tkáň zevního dolního kvadrantu. Nahradí i resekovaný kožní kryt kruhového tvaru („neo-areola“). Pokud se nejedná o vyloženě malé mamy bez ptózy, je šance na velmi dobrý kosmetický výsledek s nenápadnými jizvami.
- **Keyhole lumpectomy a Devil's face lumpectomy** – Principiálně podobné techniky využitelné u menších nádorů v blízkosti submamární rýhy, resp. při okraji areoly. Vhodné zejména pokud je ložisko umístěné v bezprostřední blízkosti kůže a je tře-

ba ji částečně resekovat. Estetický výsledek nemusí být vždy naprosto optimální, ale u zmíněných nádorů často neexistuje vhodnější alternativa.

Za zmínku stojí ještě tzv. *batwing mastopexy*, eventuálně *redukční mamoplastika s areolou na dolní stopce*. Jsou na zvaženu u nádorů umístěných těsně supraareolárně ve větších ptotických mamách. S těmito technikami však dosud nemáme vlastní zkušenosti zejména proto, že uspokojivého výsledku lze dosáhnout i klasickou lumpektomií event. technikou round-block.

Pro úplnost je třeba zmínit i obecné nevýhody onkoplastických výkonů. Jsou technicky i časově náročnější než prosté lumpektomie a vyžadují značný stupeň praktických zkušeností s mamární chirurgií. Při pozitivních resekčních okrajích může být problémem re-resekcce, protože transpozice žlázy komplikuje přesnou identifikaci postižené oblasti. Zpravidla se odstraňuje větší množství tkáně, takže racionálním řešením při pozitivních okrajích bývá často již jen doplnění totální mastektomie. Ta může být komplikována netradičně umístěnými jizvami.

Zdůrazňujeme, že indikaci onkoplastického výkonu je nutné vždy pečlivě zvážit. Více než kde jinde je předpokladem úspěchu výběr správné metody u správné pacientky.

### Kontralaterální symetrizační redukce

Jak již bylo naznačeno, onkoplastické techniky umožňují zachování přijatelného tvaru prsu a správné pozice areolo-mamárního komplexu. Při větším objemu odstraněné tkáně však vedou ke zmenšení a často i elevaci mamy, takže výsledkem může být podstatná stranová asymetrie. V úvahu potom připadá kontralaterální symetrizační redukce, tj. obdobná operace i na druhostranné mamě. Někde se lze dočíst o významu kontralaterální operace z důvodu redukce onkologického rizika, nicméně při absenci suspektních ložisek působí tento argument poněkud spekulativně. Hlavní důvod je kosmetický, na výslovné přání pacientky.

Kontralaterální symetrizace může proběhnout současně s terapeutickou resekci, nebo odloženě. Preferujeme spíše druhou variantu. Při primární operaci před histopatologickým vyšetřením resekátu si nemůžeme být naprosto jisti stavem resekčních okrajů a nelze vyloučit nutnost pozdější re-resekcce nebo dokonce mastektomie. V takovém případě by byl zákrok na druhém (zdravém) prsu neúčelný. Nelze opominout ani fakt, že adjuvantní radioterapie, která je po parciálních mastektomiích pravidlem, může velikost i tvar prsu podstatně změnit a primárně dosaženou symetrii opět narušit. Proto doporučujeme vyčkat definitivního „usazení“ operovaného a ozářeného prsu a kontralaterální úpravu odložit na pozdější dobu.

### Závěr

Klasické parciální mastektomie poskytují dobrou službu u menších a příznivě umístěných nádorů. Se vzrůstajícím poměrem velikosti nádoru k velikosti prsu a u nádorů v některých lokalizacích však neumožňují příznivý kosmetický výsledek. Konzervativní výkon tak ztrácí svoji nejpodstatnější devízu. Mamární chirurg, který si osvojí základní „onkoplastické“ techniky a umí je správně použít, získává možnost odstranit při parciální mastektomii větší objem mamární tkáně a zachovat při tom uspokojivou estetiku. Předpokladem úspěšného použití onkoplastických metod je znalost jejich možností a limitací, otevřenost inovativním technikám a dostatečná praxe v mamární chirurgii.

### Literatura

1. Anderson BO, et al: Oncoplastic approaches to partial mastectomy: an overview of volume-displacement techniques. *Lancet Oncol* 2005; 6:145 – 157
2. Asgeirsson KS, et al: Oncological and cosmetic outcomes of oncoplastic breast conserving surgery. *EJSO* 2005; 31: 817 – 823
3. Clough KB, et al: Oncoplastic Techniques Allow Extensive Resections for Breast-Conserving Therapy of Breast Carcinomas. *Annals of Surgery* 2003; 237: 26 – 34
4. Masetti R, et al: Oncoplastic Techniques in the Conservative Surgical Treatment of Breast Cancer: An Overview. *Breast J* 2006;12(5 Suppl 2):174-80
5. della Rovere GQ, et al: *Oncoplastic and Reconstructive Surgery of the Breast*. Taylor & Francis 2004, ISBN 1 84184 351 2