

Úvod

Některé nádory prsu není možné úspěšně chirurgicky léčit zachovným výkonem, je nutná totální mastektomie. Negativní kosmetické a psychické následky této operace lze eliminovat mamární rekonstrukcí. Náhrada prsu nemá jednoznačné zdravotní indikace, vždy jde o výkon na přání pacientky. Proto při plánování jeho strategie není lékař tím, kdo diktuje, spíše tím kdo naslouchá a vychází vstříc.

Z technického pohledu je možné prs nahradit vlastní tkání těla – lalokem (autologní rekonstrukce), nebo implantátem (aloplastická rekonstrukce). Z časového hlediska si ženy mohou zvolit rekonstrukci odloženou, nebo okamžitou.

Zatímco odložené rekonstrukce jsou v ČR vcelku běžné, okamžitá náhrada lze považovat – na rozdíl od jiných vyspělých zemí – za raritní postup. Pomineme-li organizační náročnost, často jsou pacientky od okamžité rekonstrukce zrazovány klinickými onkology a chirurgy z „onkologických“ důvodů. Stále přetrvává obava, že může ubírat onkologické léčbě na účinnosti. V příspěvku uvádíme stručný přehled nejčastěji diskutovaných otázek a na základě dostupné literatury se snažíme dobrat racionálních odpovědí.

1) Riziko lokálních rekurencí po kůži šetřící mastektomii

Při běžné (simplexní) mastektomii se spolu s prsní žlázou odstraňuje i značná část kožního krytu mamy (non-skin-sparing mastectomy, NSSM). Kosmetický výsledek okamžité rekonstrukce je však obecně lepší, pokud se zachová kůže co nejvíce. Proto se při okamžitých rekonstrukcích sahá k některé z kůži šetřících modifikací resekčního výkonu (skin-sparing mastectomy, SSM). Většina lokálních recidiv po mastektomii je lokalizována v kůži nebo podkoží. Vzniká otázka, zda s sebou kůži šetřící výkon nenese zvýšené riziko lokálních rekurencí.

Frekvence lokálních recidiv (LR) po běžných mastektomiích kolísá podle literatury mezi 2 – 7,5 % s mediánem výskytu 1 – 2,5 roku po operaci. Přesné posuzování je problematické, vyžaduje velké soubory a dlouhý follow-up. Současně se do praxe zavádějí stále účinnější adjuvantní režimy, které brání přesnému srovnání jednotlivých souborů.

Na četnost lokálních recidiv po kůži šetřících mastektomiích se zaměřila řada studií:

ONKOPLASTICKÁ CHIRURGIE KARCINOMU PRSU

První autor	Rok	n	LR [%]	Follow-up [m]
Slavin	1998	51	2,0	45
Simmons	1999	77	3,9	60
Toth	1999	50	0	51,5
Rivadeneira	2000	71	5,1	49
Foster	2002	25	4,0	49
Medina-Franco	2002	176	4,5	73
Spiegel	2003	177	5,6	118
Carlson	2003	539	5,5	65
Gerber	2003	112	5,4	59
Downes	2005	38	2,6	53

Rozdíly v dosažených výsledcích je možné vysvětlit nejednotnou aplikací ostatních léčebných modalit (radioterapie, chemoterapie), ale i předpokládanou selekcí pacientek s příznivějšími prognostickými faktory. U objemných (T3) nádorů není na bezpečnost kůži šetřících mastektomií zcela jednoznačný názor, nicméně posledně jmenovaná Downesova studie zaměřená na „high-risk“ karcinomy, včetně velkých, vyznívá příznivě.

Na základě literárních výsledků je možno uzavřít, že obavy z kůži šetřící mastektomie nejsou opodstatněné. Samozřejmým předpokladem je resekce oblastí, které mohou být nádorem přímo postiženy. Metoda se považuje za onkologicky bezpečnou jak v profylaxi, tak v léčbě preinvasivních i invazivních karcinomů.

Předmětem několika studií byla rovněž onkologická bezpečnost subkutánní mastektomie, kdy je zachována i areola s mamilou. Největší z nich zaznamenala sice několik lokálních rekurencí, nicméně nikdy v oblasti areolo-mamilárního komplexu. O subkutánní mastektomii lze uvažovat u menších nádorů vzdálených minimálně 1 – 2 cm od mamily a při absenci nádorové invaze hlavních mlékovodů.

2) Diagnostika lokálních rekurencí

Teoreticky se lze obávat, že rekonstruovaný prs „zamaskuje“ ložisko recidivy a tím dojde ke zpoždění diagnostiky s následkem zhoršení léčebného výsledku. Je pravděpodobné, že některé lokální relapsy jdou na vrub nedostatečně radikální resekci, zatímco jiné (patrně většina) jsou projevem systémové agresivity základního onemocnění. Ložisko LR může být lokalizováno v kůži či podkoží laloku po mastektomii (povrchová rekurence), nebo v hrudní stěně, tj. svalech a žebrech (hluboká rekurence). Hluboké rekurence a rekurence diagnostikované brzy po mastektomii jsou častěji spojeny se vzdálenými metastázami a pacientky vykazují trend k horšímu přežití. Nádorové ložisko se časem může šířit per continuitatem do tkáně rekonstruovaného prsu, nebyl ale zaznamenán případ, kdy by rekurence měla původ přímo v rekonstrukčním laloku.

Na některých pracovištích se sice provádějí rutinní mamografická vyšetření rekonstruovaného prsu, nicméně tento postup není přesvědčivě opodstatněn. Většina lokálních relapsů je zjištěna klinickým vyšetřením (změna vzezření jizvy, hmatná rezistence, změny zbarvení kůže), případně cíleným vyšetřením (USG, MG, CT, NMR) při jiných příznacích, jako je bolest, dyskomfort, elevace nádorových markerů, syndrom HDŽ, apod. Detekce povrchových rekurencí není rekonstrukcí ovlivněna, protože kůže je klinickému vyšetření přístupná i u rekonstruovaného prsu. Diagnostika relapsu lokalizovaného v m. pectoralis maior je dokonce usnadněna po aloplastické rekonstrukci, kdy submuskulárně uložený implantát vytlačuje sval do podkoží.

V publikovaných studiích nebylo prokázáno statisticky významné opoždění diagnostiky hlubokých recidiv pod lalokem ve srovnání s diagnostikou recidiv povrchových. Při těsné korelaci hluboké lokální rekurence s výskytem vzdálených metastáz navíc není zřejmé, zda by případná časnější diagnostika lokálního ložiska vedla ke zlepšení přežití u diseminujícího onemocnění.

Zmíněné skutečnosti podporují názor, že okamžitá rekonstrukce prsu nemá klinicky významný negativní vliv na diagnostiku lokálních rekurencí.

3) Biopstická verifikace suspektních ložisek v rekonstruovaném prsu

V rekonstruovaném prsu dochází občas k výskytu klinicky či paraklinicky detekovatelných ložisek. Typický je výskyt tuhých kulovitých rezistencí v okrajových částech rekonstrukčního laloku, které se později ukáží jako liponekrózy. Kolem implantátu se tvoří vazivové pouzdro (kapsula), imitace nádorové tkáně je však poměrně raritní. V dřevních dobách docházelo někdy k úniku náplně a migraci silikonu tkáněmi za tvorby tzv. „silikonomů“ s bizarním klinickým i rentgenologickým obrazem.

Biopsie či excize suspektních ložisek se principiálně neliší od diagnostického procesu u pacientek bez rekonstrukce. Někdy může představovat technický problém, zejména pokud se ložisko nachází blízko cévní stopky laloku, nebo v bezprostřední blízkosti implantátu. Poškození těchto struktur může zhatit výsledek rekonstrukce.

Pokud obava z možných těžkostí neodradí klinika od pečlivého diagnostického postupu, pak ani problematika biopsie suspektních lézí nekompromituje onkologickou bezpečnost okamžitých rekonstrukcí.

4) Léčba lokálních rekurencí

Pro léčbu lokální rekurence po totální mastektomii neexistuje jednotný léčebný algoritmus. Není-li přítomna vzdálená diseminace, preferuje se chirurgická resekce nádorového ložiska s dosažením volných resekčních okrajů následovaná dle možností radioterapií či cytostatikou terapií. Někteří autoři vyčleňují ze skupiny lokálních recidiv ty případy, kde nádorové ložisko může mít původ v parasternálních lymfatických uzlinách. Takovou recidivu pak považují spíše za lokální proces a ještě více zdůrazňují význam chirurgické léčby.

Posouzení resekability je značně individuální a závisí na lokalizaci a rozsahu nádoru, na technických schopnostech a možnostech chirurgického týmu i na celkovém stavu pacientky. Medián pětiletého přežití po zjištění lokální rekurence – zejména v závislosti na přítomnosti vzdálené diseminace – mnohdy nedosáhne ani dvou let.

Obsáhlé retrospektivní studie ukázaly, že principy léčby lokálně relabujících pacientek nezávisí na přítomnosti či nepřítomnosti rekonstruovaného prsu. Rovněž neexistují jednoznačné důkazy pro nutnost odstranění implantátu či rekonstrukčního laloku – trvá pouze snaha o dosažení volných resekčních okrajů.

5) Škodlivost silikonových implantátů

K aloplastické rekonstrukci se užívá mamárních implantátů plněných silikonem, nebo fyziologickým roztokem. V minulé dekádě proběhla, zejména v USA, vlna hysterie ohledně škodlivosti silikonových implantátů. Byla jim přisuzována řada možných negativních vlivů a jejich užívání bylo omezeno pouze na pečlivě kontrolované klinické studie.

Tento názor je již řadu let překonán. Považuje se za prokázané, že silikonové implantáty nemají vliv na karcinogenezu, rozvoj autoimunitních onemocnění, ani mortalitu.

6) Radioterapie a rekonstrukce prsu

V kontextu tohoto příspěvku budiž pouze řečeno, že adjuvantní radioterapie na oblast hrudní stěny může u některých pacientek po totální mastektomii snížit riziko lokální rekurence, některé studie prokázaly i prodloužení přežití. Ozářené tkáně, včetně případného rekonstrukčního laloku nebo tkáně kolem implantátu, jsou iradiací poškozeny. Ať už ozáření proběhne před rekonstrukcí nebo po ní, jedná se spíše o problém plasticko-chirurgický, nikoli onkologický. Zodpovědností onkologa je, aby pacientku i plastického chirurga na možnost indikace adjuvantní radioterapie upozornil. V případě kolize onkologických a rekonstrukčních postupů musí onkolog zdůrazňovat prioritu onkologického hlediska.

7) Zpoždění adjuvantní léčby

Adjuvantní terapie začíná zpravidla cca 4 týdny po primární operaci. Mastektomie s okamžitou rekonstrukcí je bezesporu náročnější operací než mastektomie samotná a je spojena i s vyšším rizikem pooperačních komplikací. Naprostou většinu lze během 4týdenního období zvládnout, tu a tam však dochází k případům, kdy je zahájení adjuvance nutno z důvodů komplikací oddálit. Není známo, zda zpoždění o pár dnů až týdnů snižuje účinnost onkologické léčby, teoreticky to však nelze vyloučit a adjuvance by měla být zahájena do 6 týdnů od operace.

Nejméně 2 studie, které se touto otázkou zabývaly, nezjistily statisticky významné prodloužení intervalu do zahájení adjuvantní léčby v důsledku okamžitých rekonstrukcí. Toto zjištění však nelze považovat za absolutní a nebezpečí zpoždění adjuvance si musíme v podvědomí připustit.

Závěr

Naše sdělení má za cíl podílet se na odbourání mýtu, že pacientka „musí být nejprve zdravá“ a až potom může uvažovat o rekonstrukci. Pokud jsou ženy objektivně informovány a klinické postupy racionálně zohledňují dosavadní poznatky, pak okamžitá rekonstrukce prsu prakticky nemá onkologických kontraindikací.

Ten, kdo je ochoten řídit se v medicíně pouze výsledky prospektivních randomizovaných studií III. fáze, může namítnout, že pro výše uvedená tvrzení nemáme dostatečně silné důkazy. Máme však na druhé straně vůbec nějaké důkazy, že je okamžitá rekonstrukce onkologicky nebezpečná?

Halstedova radikální mastektomie je historií, dávno připouštíme parciální mastektomie a nepozastavujeme se už nad biopsií sentinelové uzliny. Je na čase si i v našich končinách připustit, že žena s diagnózou nádoru prsu má právo hledat okamžitou pomoc plastického chirurga tam, kde léčebné postupy mutilují. Zodpovědný onkolog by jí v tom neměl bránit, nýbrž napomáhat.

Vybrané literární zdroje

1. Cunnick GH, Mokbel K: Oncological considerations of skin-sparing mastectomy. *Int Semin Surg Oncol* 2006, 3:14
2. Langstein HN, et al: Breast Cancer Recurrence after Immediate Reconstruction: Patterns and Significance. *Plast Reconstr Surg* 2003, 111: 712
3. Howard MA, et al: Breast Cancer Local Recurrence after Mastectomy and TRAM Flap Reconstruction: Incidence and Treatment Options. *Plast Reconstr Surg* 2006, 117: 1381
4. Heden P, et al: Style 410 Cohesive Silicone Breast Implants: Safety and Effectiveness at 5 to 9 Years after Implantation. *Plast. Reconstr. Surg* 2006, 118: 1281

5. Allweis TM, et al: Immediate reconstruction after mastectomy for breast cancer does not prolong the time to starting adjuvant chemotherapy. Am J Surg 2002, 183:218