

МОЖЛИВОСТІ ВИКОНАННЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ НАБРЯКОВИХ ФОРМАХ РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ



І.І. Смоланка, А.О. Ляшенко,
Д.Є. Риспаєва, О.М. Іванкова,
І.В. Досенко

Адреса:
Ляшенко Андрій Олександрович
03022, Київ, вул. Ломоносова, 33/43
Національний інститут раку
E-mail: artzdoctor@gmail.com

Ключові слова: набряковий рак грудної залози, радикальна мастектомія, чистота країв резекції, органозберігаючі операції, онкопластичні операції.

Описано варіанти поширення набряку при раку грудної залози. Висвітлено можливості хірургічної тактики лікування залежно від розповсюдженості процесу та досягнутого ефекту терапії.

ВСТУП

Набряковий рак грудної залози (НРГЗ) є найнесприятливішою формою раку цієї локалізації. Ця форма раку грудної залози (РГЗ) виникає у 5–6% хворих, але має швидкий та несприятливий перебіг. Загальна п'ятирічна виживаність при НРГЗ рідко перевищує 35% [1].

Клінічно захворювання характеризується набряком тканини грудної залози, причому як з наявністю пухлини (вузлова форма НРГЗ), так і без неї (істинно набрякова форма). Для цієї форми РГЗ характерне ураження підпахвинних лімфатичних вузлів, що виникає майже в 90% випадків, та надключичних лімфатичних колекторів — приблизно у 30% хворих. НРГЗ швидко прогресує та вважається низкою авторів окультно-метастатичним процесом [2].

У зв'язку з цим цілком зрозуміло, що в структурі лікувальних заходів при цій формі РГЗ хірургічний метод довгий час був не на першому місці. Навіть дотепер щодо хірургічної тактики в певних колах онкологічної спільноти існують розбіжності. Через розповсюдженість процесу дехто взагалі радить відмовитися від оперативної тактики [3].

Багато плутанини зумовлено відсутністю у країнах пострадянського простору чіткого визначення НРГЗ. Довгий час у вітчизняній літературі змішувалися поняття набрякової форми та так званого «переходу у набрякову форму». У західних джерелах існує чітке поняття НРГЗ як процесу, що розповсюджується більш ніж на третину ураженої залози та маркується в градації TNM як T4d. Тим часом усі інші прояви онкологічного процесу на шкірі ураженої залози (у тому числі й набряк менш ніж на третину) визначаються як T4b. Розбіжності в інтерпретації цієї нібито

незначної деталі призводять до незрозумілості у визначенні та доцільності окремих етапів лікування.

Дійсно, на перший погляд, тактика при ознаках набряку однотипна: адже як при T4b, так і при T4d першим етапом лікування завжди виступає неоад'ювантна поліхіміотерапія. А далі, за даними міжнародних консенсусів, рішення приймається з урахуванням відповіді на лікування (табл. 1).

Лікування при місцево-поширеному РГЗ T4bN0–3M0 та T4dN0–3M0 проводиться за аналогічним алгоритмом, але передбачає більше опцій щодо хірургічної тактики. За наявності чутливості до попередньої неоад'ювантної поліхіміотерапії, поряд з радикальною мастектомією, можливе проведення органозберігаючого радикального оперативного втручання. Ця суттєва деталь дещо дезорієнтує за відсутності чіткого розуміння критеріїв набрякової форми РГЗ. Адже певна кількість практикуючих хірургів дотепер вважають наявністю пухлини, яка підпадає під визначення T4, протипоказанням до радикальних операцій зі збереженням органа, навіть за наявності вираженого ефекту попереднього лікування. Тим більше це стосується онкопроцесів грудної залози з набряком. Таких хворих, попри розміри ділянки набряку, сукупо визначають кандидатами на радикальну мастектомію. Здавалося б, насторога цілком слушна. Світовий досвід органозберігаючих втручань за наявності набряку грудної залози скоріше негативний і свідчить на користь виконання радикальних мастектомій. Суть проблеми полягає в тому, що при явищах набряку, тобто лімфогенної дисемінації пухлинних клітин в тканину залози та підшкірно, достеменно оцінка лікувального ефекту утруднена. Наводяться дані [4, 5], що клініко-рентгенологічна регресія

при неоад'ювантному лікуванні корелює із залишком елементів пухлини більш ніж у 60% пацієнтів. Саме тому при цій формі РГЗ вкрай важливим моментом є дослідження чистоти країв резекції.

Існують поодинокі повідомлення щодо виконання органозберігаючих операцій у пацієнток із НРГЗ [6], але немає жодних даних щодо успішності такої тактики. Натомість, наводяться дані щодо зростання кількості випадків місцевого рецидиву майже втричі. Слід зауважити, що йдеться саме про НРГЗ, а не про «перехід до набрякової форми», тобто про ураження більш ніж третини грудної залози.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Оскільки НРГЗ є однією з пріоритетних ділянок наших досліджень, ми, звісна річ, вивчали також «переходи до набрякової форми», що відповідали місцево-поширеному РГЗ Т4bN0–3M0, і маємо певний досвід лікування цих хворих. Слід зауважити, що більшості цих пацієнток, як і іншим з набряком грудної залози, виконували радикальну мастектомію. Такий обсяг оперативного втручання був зумовлений або недостатньою відповіддю пухлини на неоад'ювантну терапію, при якій межі набряку майже не зменшувалися, або, за клінічних ознак регресії, наявності пухлинних емболів у краях резекції. Проте у низці випадків після неоад'ювантної поліхіміотерапії вдалося досягти клініко-гістологічної регресії, яка дозволила виконати органозберігаючі операції навіть за наявності «набрякової» форми захворювання (табл. 2).

Найбільш часто органозберігаючі операції виконували за наявності пухлини з локальним набряком у центральному секторі ураженої залози. Усім хворим до початку лікування проводили кліпування ділянки набряку за допомогою рентгеноконтрастних титанових кліпс.

При клініко-рентгенологічних ознаках регресії після неоад'ювантної поліхіміотерапії видаляли центральний сектор за методикою Грізотті, причому відходили за марковані краї не менш ніж на 5 мм у межах здорових тканин. При чистоті країв резекції виконували аксілярну лімфодисекцію й оперативне втручання завершували. За таким самим принципом проводили оперативне лікування при розташуванні пухлини у верхньозовнішньому квадранті та на межі нижніх квадрантів, виконуючи у першому випадку класичну квадрантектомію з регіонарною лімфодисекцією, а в другому — квадрантектомію за технікою інвертованого «Т».

Таблиця 1. Рекомендації з лікування при НРГЗ, наведені в NCCN 2016

Клініко-гістологічна верифікація набрякової форми раку грудної залози		
Стадія T4dN0–3M0		
Збір анамнезу захворювання та фізикальне обстеження		
Тести для визначення функції печінки		
Гістологічна верифікація		
Імуногістохімічне дослідження		
Двобічна мамографія		
Магнітно-резонансна томографія грудних залоз при необхідності		
Обговорення фертильності при пременопаузі		
Сканування кісток		
Комп'ютерна томографія органів грудної, черевної порожнини та малого таза		
Генетична консультація, якщо є високий ризик		
Доопераційна системна терапія, антрацикліни + таксани (переважно).		
Якщо пухлина HER2-позитивна – HER2-таргетна терапія		
Чутлива	Не чутлива	
Мастектомія + променева терапія на грудну стінку та надключичну ділянку (+ внутрішні грудні лімфатичні взли, якщо уражені) ± відтермінована реконструкція грудної залози	Розглядають додаткові схеми хіміотерапії та/або пердоопераційної променевої терапії	
Завершення запланованих курсів поліхіміотерапії, якщо не були закінчені, гормонотерапія гормонопозитивних видів раку	Чутлива	Не чутлива
Завершення HER2-таргетної терапії до 1 року. Може бути проведено одночасно з променевою терапією та гормонотерапією, якщо вона показана	Див. вище	Індивідуалізація схеми

Таблиця 2. Хворі на РГЗ Т4bN0–3M0 з наявністю набряку

Розташування пухлини із зоною набряку	Центральний сектор грудної залози	Верхньозовнішній квадрант грудної залози	Межа нижніх квадрантів грудної залози
Обсяг оперативного втручання	Квадрантектомія (техніка Грізотті)	Квадрантектомія	Квадрантектомія (техніка інвертованого «Т»)
Кількість хворих	7	3	2

Таблиця 3. Хірургічна тактика лікування НРГЗ та місцево-поширеного РГЗ з локальним набряком

Форма РГЗ	Вид радикального оперативного втручання	
T4dN0–3M0	Мастектомія	Органозберігаюче
T4bN0–3M0	Метод вибору	Неприпустиме
	Можлива	Можливе за певних умов

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Через 24 міс після проведеного лікування всі прооперовані хворі були живі. В одній пацієнтки на момент спостереження діагностували ознаки повернення хвороби: наявність вогнищевих уражень хребта та клубових кісток, в іншій — рецидив пухлини в іншому квадранті прооперованої грудної залози. Наведені результати не перевищують аналогічні за умови виконання радикальної мастектомії як методу вибору оперативного втручання, однак не можуть претендувати на вичерпаність через обмежену кількість спостережень.

Таким чином, хірургічна тактика лікування при НРГЗ та місцево-поширеному РГЗ з локальним набряком може відрізнитися (табл. 3).

Наявність локального набряку не є перешкодою для проведення органозберігаючих втручань у разі місцево-поширеного РГЗ Т4bN0–3M0 за таких умов:

- чітке маркування меж набряку за допомогою рентгеноконтрастних титанових кліпс;
- досягнення клініко-рентгенологічної регресії пухлини та зони набряку;
- відсутність пухлинних емболів у краях резекції при відступі не менш ніж 5 мм від маркованих країв;

- адекватний вибір онкопластичного органозберігаючого втручання.

ВИСНОВКИ

Вибір відповідного методу хірургічного втручання при РГЗ ІІБ стадії має визначатися індивідуально з урахуванням низки факторів, серед яких основне значення мають розповсюдженість процесу та ефект від попередньої неоад'ювантної терапії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Liauw S.L., Benda R.K., Morris C.G., Mendenhall N.P. (2004) Inflammatory breast carcinoma: Outcomes with trimodality therapy for nonmetastatic disease. *Cancer*, 100(5): 920–928.
2. Wagnerova M., Andrasina I., Sokol L. et al. (2005) Efficacy, tolerance and immunohistological analysis (IHA) in the group of 52 patients in inflammatory stage IIIB breast cancer (IBC) treated with F-FEC regimen. *ASCO Meeting Abstracts*, 23: 840.
3. Sherry M.M., Johnson D.H., Page D.L. et al. (1985) Inflammatory carcinoma of the breast. Clinical review and summary of the Vanderbilt experience with multi-modality therapy. *Am. J. Med.*, 79(3): 355–364.
4. Hortobagyi G., Singletary S.E., Strom E.A. (2000) Treatment of locally advanced and inflammatory breast cancer. *Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia*: 645–660.
5. Vlastos G., Fornage B.D., Mirza N.W. et al. (2000) The correlation of axillary ultrasonography with histologic breast cancer downstaging after induction chemotherapy. *Am. J. Surg.*, 179: 446–452.
6. De Boer R.H., Allum W.H., Ebbs S.R. et al. (2000) Multimodality therapy in inflammatory breast cancer: is there a place for surgery? *Ann. Oncol.*, 11: 1147–1153.

Возможности выполнения органосохраняющих операций при отечной форме рака грудной железы

И.И. Смоланка, А.А. Ляшенко, Д.Э. Рыспаева, О.Н. Иванкова, И.В. Досенко

Национальный институт рака, Киев

Резюме. Описаны варианты распространения отека при раке грудной железы. Освещены возможности хирургической тактики лечения в зависимости от распространенности процесса и достигнутого эффекта терапии.

Ключевые слова: отечный рак грудной железы, радикальная мастэктомия, чистота краев резекции, органосохраняющие операции, онкопластические операции.

The possibility of the organ-sparing operations with edematous breast cancers

I.I. Smolanka, A.O. Lyashenko, D.E. Ryspayeva, O.M. Ivankova, I.V. Dosenko

National Cancer Institute, Kyiv

Summary. The options of edema spreading in breast cancer are described. Possibilities of surgical treatment considering the spreading of the process and the effect achieved are covered.

Key words: edematous breast cancer, radical mastectomy, clean edges resection, organ-sparing surgery, oncoplastic surgery.