

RESEKCIJE DOJKE PRI OPERABILNEM RAKU DOJK

*D. Eržen**

Kirurgija pri operabilnem raku dojke temelji na hipotezi o tumorski biologiji. O tem obstajata dve nasprotujoči si hipotezi (1):

1. Halstedova (anatomska, mehanična) je veljala kot edina skoraj tri četrtine tega stoletja. Po tej teoriji se rak dojke začne kot lokalizirana bolezen in se širi po limfnih žilah v regionalne bezgavke, ki pomenijo bariero. Bolezen se širi po anatomskih načelih. Operabilni rak dojke je lokoregionalna bolezen.

Na tej teoriji temelji Halstedova radikalna mastektomija (odstranitev cele dojke, obeh prsnih mišic in kompletna izpraznitev aksile).

2. Fisherjeva (biološka) je v veljavi od l. 1968 in temelji na podmeni, da je operabilni rak dojke sistemska bolezen, širjenje ne gre po anatomskih načelih, regionalne bezgavke niso bariera. Pozitivne bezgavke so izraz odnosa tumor-gostitelj, ki omogoča nastanek metastaz.

Po prvi hipotezi je kirurgija kurabilna sama po sebi, po drugi pa le v kombinaciji z drugimi načini zdravljenja (dodatna lokalna (RT), adjuvantna sistemska terapija (KT, HT)). Ko se odločimo o izbiri zdravljenja operabilnega raka dojke, je pomembno vedeti, ali napoveduje potek bolezni.

Med pomembnejšimi prognostičnimi dejavniki so:

1. aksilarne bezgavke (negativne, pozitivne, število pozitivnih bezgavk, preraščanje kapsule),
2. hormonski receptorji,
3. velikost tumorja,
4. stopnja malignosti.

Načela kirurgije raka dojke (5), ki mora:

1. zagotoviti lokalno kontrolo bolezni,
2. zagotoviti dovolj tkiva za histopatološke in biokemične analize,
3. biti kompatibilna z adjuvantno terapijo in
4. dati popolno informacijo o statusu aksilarnih bezgavk.

Tem merilom ustreza radikalna mastektomija. Namen konzervirajoče kirurgije (resekcij dojke) pa je doseči enak rezultat ob manjši mutilaciji (boljši kozmetični učinek).

Za tako vrsto kirurgije se v literaturi pojavljajo različna imena: ekscizija, široka ekscizija, lumpektomija, tilektomija, razširjena tilektomija, parcialna mastektomija, tumorektomija, segmentna resekcija, kvadrantektomija.

*Dr. Darja Eržen, Onkološki inštitut, Zaloška 2, 61000 Ljubljana

Nobena ni povsem definirana kot kirurška tehnika.

Razvrstitev resekcij dojčk (4) obsega tri skupine, in sicer:

1. Ekscizija mase tumorja, večinoma celega, ne glede na mikroskopsko radikalnost

Primer je lumpektomija (ali tumorektomija) (Veronesi) (6): ekscizija primarnega tumorja v velikosti do 2,5 cm (mera patologa) s pasom normalnega tkiva v velikosti 1 cm ne glede na to, ali so resekcijski robovi mikroskopsko v zdravo (obvezen histopatološki pregled) ter kompletna izpraznitev aksile (I, II in III nivo).

2. Odstranitev tumorja z varnostnim robom (pasom normalnega tkiva) tako, da je operacija makroskopsko (po možnosti tudi mikroskopsko) radikalna.

Primer je lumpektomija (Fisher) (2): tumor do 4 cm odstranjen s pasom zdravega tkiva makroskopsko v zdravo (radikalnost je intraoperativno preveril patolog) ter izpraznitev saj I. in II. nivoja aksile.

3. bolj standardizirane tehnike

Primer je kvadrantektomija (Veronesi) (3): odstranitev celotnega kvadranta, kjer je tumor, dela kože nad tumorjem, fascija velike prsne mišice ter kompletna disekcija aksile (I., II. in III. nivo). Tumorji so bili veliki do 20 mm, v kasnejših študijah do 25 mm.

Indikacije za resekcije dojke: majhen tumor - velika dojka

Kontraindikacije:

- velik tumor - majhna dojka,
- multicentričnost,
- posebno vprašanje je, kaj je s tumorji pod mamilo.

Za resekcije dojčk je potrebna večja izkušnost kirurga, ker gre večkrat za anatomske nedefinirane operacije, ter dobro sodelovanje s patologom (možnost zmrzlega reza, določanje HR) in radioterapevtom.

Pregled resekcij dojčk na Onkološkem inštitutu v Ljubljani

Prikaz števila operacij po letih:

1978	1
1979	3
1980	3
1981	8
1982	16
1983	17
1984	29
1985	24
1986	61
1987	68
1988	73
1989	74
1990	73
1991	81

Naraščanje števila tovrstnih operacij je odsev spremenjenih indikacij (večji tumorji). Iz tabele vidimo, da je bilo število resekcij v letih 1978-81 sporadično, nekaj več jih je bilo v letih 1982-85. Povečanje v letu 1986 je posledica Fisherjevih 5- letnih rezultatov randomizirane študije, ki je primerjala totalno mastektomijo s segmentalno.

Pregled podatkov o naših bolnicah

Pogledala sem bolnice, operirane na Onkološkem inštitutu v Ljubljani od leta 1978 do konca 1986, ki imajo vse 5-letno opazovalno dobo. Skupno jih je bilo 162, od tega sem upoštevala le bolnice z operabilnim rakom dojke (izključene so vse s T4b - 7 bolnic), ki niso bile predhodno zdravljene zaradi drugega malignoma ali raka druge dojke. Ostalo je 140 bolnic, starih od 20 do 86 let (povprečna starost 51 let), 87 je premenopavzalnih, 53 pa postmenopavzalnih. Razporeditev po stadijih: T0 8, T1 71, T2 55, T3 1 in Tx (velikost ni znana) 5.

Tip operacije: Večinoma so bile kvadrantektomije ali široke ekscizicije, nekaj pa tudi tumorektomij z minimalnim varnostnim robom ali brez njega. Pri 16 bolnicah aksila ni bila izpraznjena.

Aksilarne bezgavke: niso bile pogledane pri 16 bolnicah, negativne (hist.) pri 72, pozitivne pa pri 52 bolnicah, od tega pri 23 s preraščanjem kapsule bezgavke.

Povprečna velikost tumorja (mera patologa) je bila 15,9 mm (od 0 do 39 mm).

Histopatološko je bilo 13 neinvazivnih karcinomov, od invazivnih pa 10 lobularnih, duktalnih 103 (stopnje malignosti I 33, II 50, III pa 30); 14 je bilo drugih karcinomov.

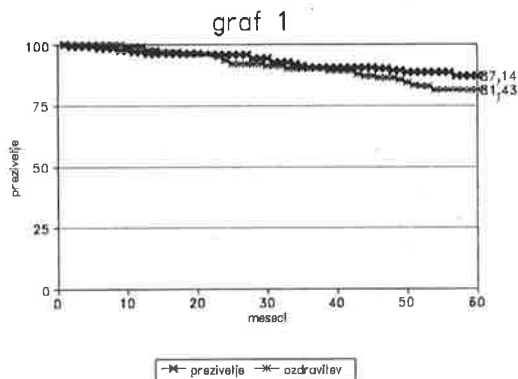
Tabela 1. 5-letni rezultati:

Preživetje 87,14 %

Ozdravitev 81,43 %

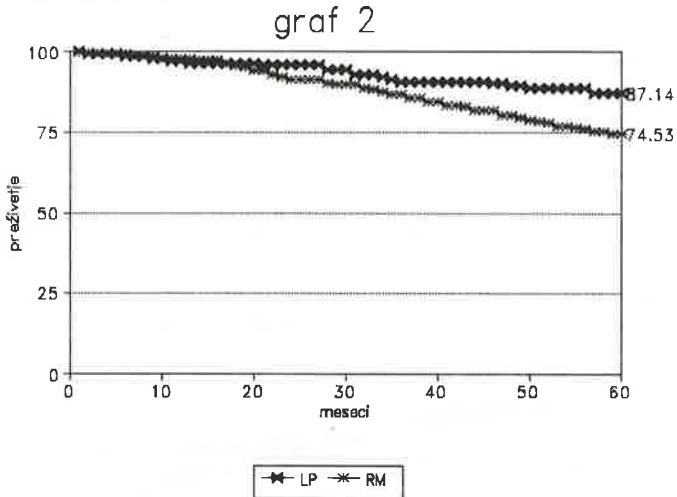
Štiri bolnice (22 %) so umrle zaradi drugih vzrokov.

Graf 1. 5-letno preživetje in ozdravitev 140 bolnic, zdravljenih na Onkološkem inštitutu v Ljubljani v letih 1978-86 z resekcijo dojke

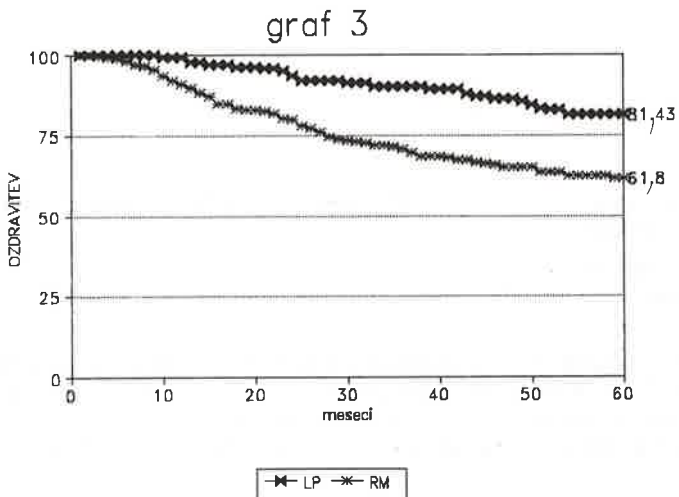


Primerjava s skupino 267 bolnic, zdravljenih na Onkološkem inštitutu v Ljubljani v približno istem obdobju (1982-85) z radikalno mastektomijo (RM), kjer je bilo preživetje 73,87 %, ozdravitev pa 60,63 %. To pa je prognozično slabša skupina, ker so vanjo vključene bolnice s tumorji T2 in T3 (0 do 110 mm, povprečna velikost 26,5 mm); neinvazivnih karcinomov v tej skupini ni.

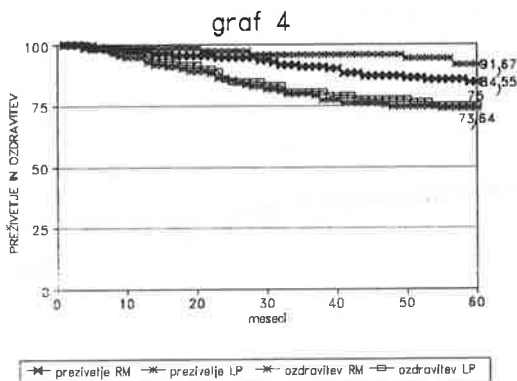
Graf 2. 5-letno preživetje bolnic z operabilnim rakom dojk, zdravljenih na Onkološkem inštitutu v Ljubljani v letih 1978-86



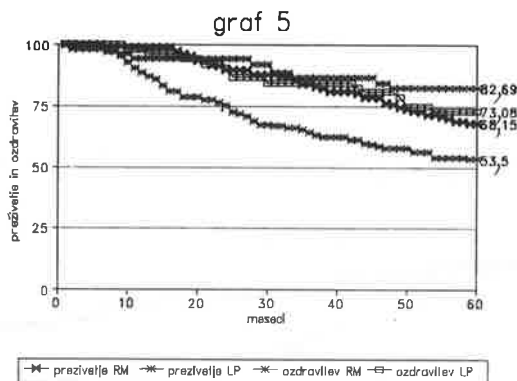
Graf 3. 5-letna ozdravitev bolnic z operabilnim rakom dojk, zdravljenih na Onkološkem inštitutu v Ljubljani v letih 1978-86



Graf 4. 5-letno preživetje in ozdravitev bolnic z operabilnim rakom dojke z negativnimi aksilarnimi bezgavkami, zdravljenih na Onkološkem inštitutu v Ljubljani v letih 1978-86



Graf 5. 5-letno preživetje in ozdravitev bolnic z operabilnim rakom dojke s pozitivnimi aksilarnimi bezgavkami, zdravljenih na Onkološkem inštitutu v Ljubljani v letih 1978-86



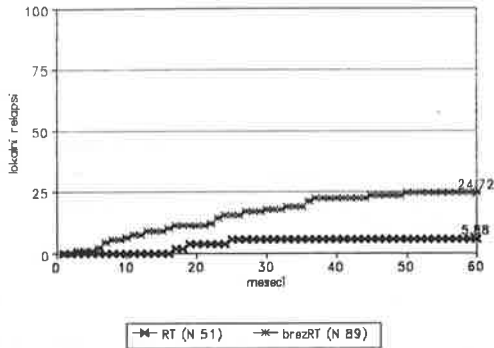
Bolnice s pozitivnimi bezgavkami v obeh skupinah so večinoma dobivale adjuvantno sistemsko terapijo.

Lokalni relapsi: (sem štejem lokalni recidiv in nov primarni karcinom v isti dojki, kar za bolnico pomeni približno isto) 51 bolnic je bilo postoperativno obsevanih, 89 pa ne.

Primerjava s skupino 287 bolnic, zdravljenih na Onkološkem inštitutu v Ljubljani v letih 1976-77 z radikalno mastektomijo (RM), večinoma z odstranitvijo velike prsne mišice; tumorji velikosti T1-T2 (0 do 50 mm, povprečna velikost 27,5 mm). V tej skupini ni bilo neinvazivnih karcinomov, postoperativno obsevanih pa je bilo le 6 bolnic.

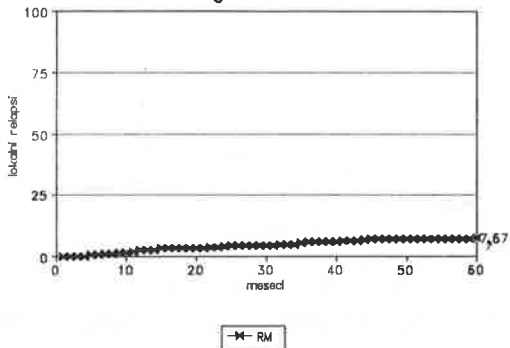
Graf 6. 5-letni lokalni relaps 140 bolnic, zdravljenih na Onkološkem inštitutu v Ljubljani v letih 1978-86 z resekcijo dojke

graf 6



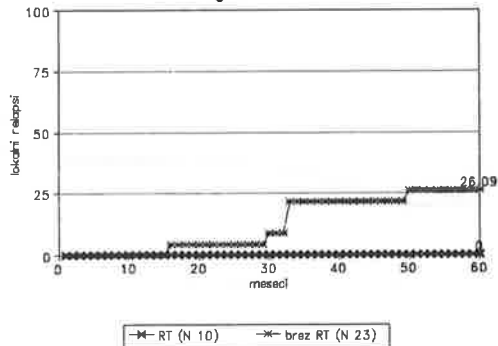
Graf 7. 5-letni lokalni relaps 289 bolnic, zdravljenih na Onkološkem inštitutu v Ljubljani v letih 1976-77 z radikalno mastektomijo (RM)

graf 7



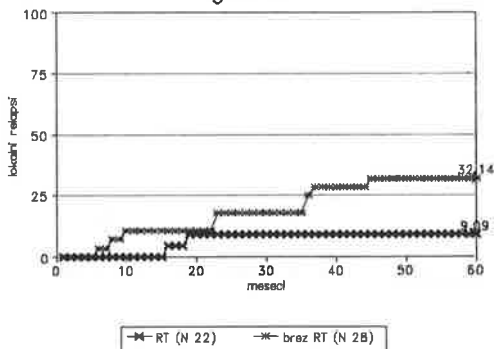
Graf 8. 5-letni lokalni relaps 33 bolnic, zdravljenih z resekcijo dojke s stopnjo malignosti I

graf 8



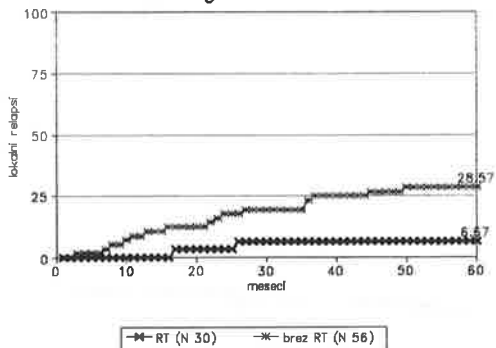
Graf 9. 5-letni lokalni relaps 50 bolnic, zdravljenih z resekcijo dojke s stopnjo malignosti II

graf 9



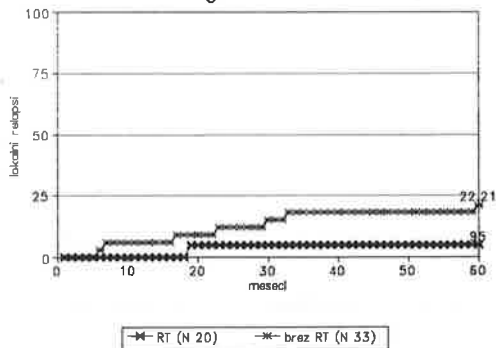
Graf 10. 5-letni lokalni relaps 86 premenopavzalnih bolnic, zdravljenih z resekcijo dojke

graf 10



Graf 11. 5-letni lokalni relaps 53 postmenopavzalnih bolnic, zdravljenih z resekcijo dojke

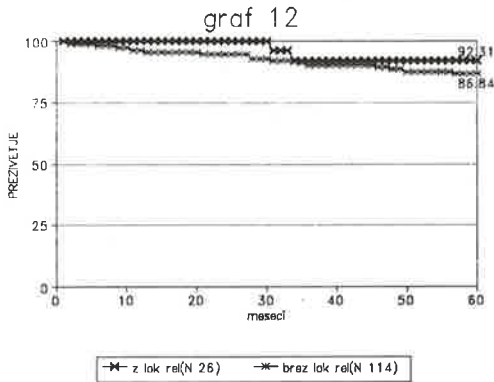
graf 11



Glede na to, da je v skupini resekcij dojck bilo več lokalnih relapsov (posebno v skupini brez postoperativne RT), se sprašujemo, kaj pomeni lokalni relaps za preživetje bolnic. Po podatkih iz literature naj ne bi bistveno vplival na preživetje.

V naši skupini 140 bolnic z resekcijo dojke je preživel 5 let 26 bolnic z lokalnim relapsom v 92,31 %, 114 bolnic brez relapsa pa v 86,84 %. Čeprav skupini statistično nista primerljivi, imamo vtis, da lokalni relaps ne vpliva bistveno na preživetje, gotovo pa poslabša kvaliteto bolničinega življenja.

Graf 12. 5-letno preživetje 26 bolnic z lokalnim relapsom v primerjavi s 5-letnim preživetjem 114 bolnic brez lokalnega relapsa



Sklep

Resekcija dojke je dobra alternativa radikalni mastektomiji pri zgodnjem raku dojck, katere namen pa je le manjša mutilacija (boljši kozmetični učinek). Zato ima omejitve po velikosti tumorja v primerjavi z velikostjo dojke in po multicentričnosti. Čeprav izoliran lokalni relaps v dojki po doslej znanih podatkih ni slab prognostični znak, pa zanesljivo pomeni za bolnico slabšo kvaliteto življenja. Zato je priporočljivo tako lokalno zdravljenje, pri katerem je število relapsov čim manjše (po možnosti tako kot pri RM).

1. Kirurška tehnika resekcije naj bo takšna, da bo število lokalnih relapsov majhno (pri majhnem varnostnem robu ali brez njega je število lokalnih relapsov večje kot pri večjem (6).

2. Postoperativno obsevanje preostanka dojke

Iz povedanega sledi, naj take operacije opravlja kirurg z več izkušnjami na tem področju, ki ima možnost dobrega sodelovanja s patologom in radioterapevtom.

Literatura

1. Wickerham D.L., B. Fisher: Surgical treatment in primary breast cancer. Seminars in Surgical Oncology 4: 226-233, 1988

2. Fisher B., C. Redmond, R. Poisson in sod.: Eight years results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. N. Engl. J. Med. 320, 822-828, 1989
3. Veronesi U. in sod.: Breast conservation is the treatment of choice in small breast cancer: long-term results of a randomized trial. Eur. J. Cancer 26, 668-670, 1990
4. Aspergren K., L. Holmberg, H.O. Adami: Standardization of the surgical technique in breast-conserving treatment of mammary cancer. Br. J. Surg. 75, 807-810, 1988
5. Hayward J.: The principles of breast cancer surgery. Breast Cancer Res. Treat., 4, 61-68, 1984
6. Veronesi U. in sod.: Quadrantectomy versus lumpectomy for small size breast cancer. Eur. J. Cancer, 26, 671-673, 1990

Tabela 1

Starost	Menopavza	Stadij
povprečna 51	premenop. 87	TO 8
min. 20	postmenop. 53	T1 71
maks. 86		T2 55
		T3 1
		Tx 5
Velikost tumorja	Bezgakve	
povprečje 15,9	niso pregledane 16	
min. 0	N neg. 72	
maks. 39	N poz. 52	
Patohistologija		
neinvazivni	13	
invazivni	lobularni 10	
	duktalni 103	
stopnja malignosti I	33	
stopnja malignosti II	50	
stopnja malignosti III	30	
ostalo	14	