

Rekonstrukcja piersi po operacji z powodu raka: problem nie tylko estetyczny

Daniel J. Ceradini, MD, Jamie P. Levine, MD

Ocena potrzeb:

Rekonstrukcja piersi bardzo pomaga pacjentkom w rekonwalescencji po leczeniu raka piersi, ale jej wykorzystanie w systemie opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych jest niewystarczające. Ważne, aby lekarze biorący udział w diagnostyce wczesnych postaci raka rozumieli, jakie czynniki mają znaczenie w rekonstrukcji piersi i mogli udostępnić informacje lub skierować do specjalistów, którzy odpowiednio doradzą pacjentkom przy podejmowaniu przez nie decyzji.

Cele szkoleniowe:

- Rozpoznanie czynników praktycznych, psychologicznych i klinicznych wpływających na decyzję kobiety o poddaniu się zabiegowi rekonstrukcji piersi po operacji z powodu raka.
- Podsumowanie typów zabiegów rekonstrukcyjnych piersi i ich zalet oraz wad.
- Ocena dostępnych danych dotyczących wpływu rekonstrukcji piersi na psychikę i określenie, w jaki sposób można to wykorzystać przy udzielaniu pacjentkom porad.

Streszczenie

Rak piersi często powoduje znacznego stopnia zmianę w wyglądzie ciała i zniekształcenie piersi. Rekonstrukcja piersi może przywrócić jej kształt. Potencjalne korzyści wynikające z operacji rekonstrukcyjnej to poprawa jakości życia pacjentki po operacji i zmniejszenie nasilenia pourazowych zjawisk psychologicznych po operacyjnym leczeniu raka piersi. Ważnym momentem, w którym pacjentki powinny być informowane o możliwości rekonstrukcji piersi, jest postawienie rozpoznania raka. Dostęp do tych informacji i konsultacja z chirurgiem plastycznym na wczesnym etapie diagnostyki ma duże znaczenie dla pacjentki przy podejmowaniu decyzji o poddaniu się operacji rekonstrukcyjnej, ale obecnie w Stanach Zjednoczonych nie jest to wykorzystywane w sposób wystarczający. Rekonstrukcja piersi to złożony proces, w który powinien być zaangażowany wielospecjalistyczny zespół. Ten proces musi rozpocząć się od rozpoznania i leczenia problemów psychologicznych występujących przed rozpoznaniem raka piersi lub towarzyszących temu rozpoznaniu. Tymi problemami psychologicznymi należy się zająć natychmiast. Mogą one w istotny sposób wpłynąć na decyzję pacjentki i stopień zadowolenia z rekonstrukcji piersi. Rekonstrukcja piersi nadal pozostaje niezbędnym elementem pomagającym kobietom powrócić do prawidłowego funkcjonowania po rozpoznaniu raka piersi i leczeniu chirurgicznym.

Wprowadzenie

Postęp w zakresie podejmowania decyzji dotyczących chirurgicznego leczenia raka piersi spowodował konieczność rozwiązania różnych problemów związanych z rekonstrukcją piersi. Rak piersi jest najczęściej rozpoznawanym rakiem wśród kobiet. W 2007 roku był na drugim miejscu wśród przyczyn zgonów z powodu chorób nowotworowych. Aktualne dane wskazują na to, że rak piersi zostanie rozpoznany u jednej na osiem kobiet w ciągu całego ich życia. Chociaż w Stanach Zjednoczonych w ciągu ostatnich dwóch dekad częstość występowania raka piersi stopniowo rosła, to śmiertelność z tego powodu zmniejszyła się, głównie ze względu na lepszą rozpoznawalność i udoskonalone metody leczenia.¹ Rak piersi jest wyjątkowy, ponieważ w przeciwieństwie do przeważającej większości nowotworów

złośliwych, jego leczenie często prowadzi do znacznego zaburzenia wyglądu ciała^{2,3} i zniekształcenia piersi, która jest uznawana za najważniejszy symbol kobiecości i seksualności.^{4,5} W ciągu ostatniego dziesięciolecia obserwowano trend w kierunku rozwijania metod leczenia, które oszczędzałyby jak najwięcej własnej piersi pacjentki, aby nie stwarzać tego rodzaju problemów. W szczególności dotyczy to leczenia oszczędzającego piersi (breast conserving therapy, BCT). Wraz z tymi zmianami w podejściu do leczenia raka piersi zmieniły się wskazania, możliwości i ostateczne wyniki estetyczne rekonstrukcji piersi. Szacuje się, że w 2007 roku wykonano 57 102 rekonstrukcje piersi w porównaniu z 80 908 w 2000 roku.⁶ To zmniejszenie odsetka rekonstrukcji piersi odzwierciedla najprawdopodobniej tendencję do wcześniejszego wykrywania małych guzów i stosowania BCT.

Dr Ceradini, chief resident, Institute of Reconstructive Plastic Surgery, New York University (NYU) Langone Medical Center. Dr Levine, assistant professor of surgery, director of microsurgery, director, Bellevue Hospital Plastic Surgery, Institute of Reconstructive Plastic Surgery, NYU Langone Medical Center.

Autorzy nie zgłaszają żadnych mogących powodować konflikt interesów zależności finansowych ani innych powiązań z organizacjami komercyjnymi.

Adres do korespondencji: Jamie P. Levine, MD, New York University Langone Medical Center, TH-169, 550 1st Avenue, New York, NY 10016, Stany Zjednoczone; e-mail: Jamie.Levine@nyumc.org.

Teoretyczną zaletą rekonstrukcji piersi jest odwołanie konturów piersi pacjentki po mastektomii, przez co przywraca się kobiecą sylwetkę, poprawia jakość życia (quality of life, QoL) i łagodzi pourazowe zjawiska psychologiczne związane z operacją z powodu raka piersi. Podczas gdy problemy psychologiczne związane z rakiem piersi i prowadzeniem badań w tym kierunku budzą ogromne zainteresowanie, to badania dotyczące zjawisk psychologicznych związanych z rekonstrukcją piersi są jeszcze w powijakach. W tym artykule dokonano przeglądu danych klinicznych i swoistych problemów psychologicznych dotyczących rekonstrukcji piersi, co ma pomóc w udzielaniu porad pacjentkom w czasie leczenia.

Podjęcie decyzji dotyczącej rekonstrukcji piersi przed operacją: skutki psychologiczne rozpoznania raka piersi

Rozpoznanie raka piersi często powoduje poważne problemy psychologiczne, które mogą zaburzać przebieg leczenia.⁷ Chore często dowiadują się o rozpoznaniu od lekarza opieki podstawowej lub ginekologa, który

kieruje je do chirurga onkologa. Przed konsultacją chirurgiczną >40% kobiet ze świeżo rozpoznany rakiem piersi ocenia swój niepokój jako istotny klinicznie i prowadzący do problemów emocjonalnych, somatycznych i związanych z życiem rodzinnym. Ponadto, często występujące poważne zaburzenia depresyjne (11%) i pourazowe (10%) w istotny sposób wpływają na ich codzienne funkcjonowanie.⁷ Mimo tych danych statystycznych wiele kobiet niechętnie mówi o cierpieniu psychicznym,⁸ a niewiele przechodzi badania przesiewowe w kierunku takich problemów przy okazji badań i leczenia chirurgicznego.⁹ Problemy takie mogą utrzymywać się przez ponad 10 lat po leczeniu,¹⁰ co świadczy o konieczności wczesnego rozpoznania i terapii i ma decydujące znaczenie dla zdrowia psychicznego w odległej perspektywie. Ponadto wczesna interwencja może pomóc pacjentce w podjęciu decyzji o poddaniu się zabiegowi rekonstrukcji piersi, a ostatecznie wpływa na jej zadowolenie z końcowego efektu estetycznego. Badania dotyczące kobiet ze znacznymi zaburzeniami afektywnymi przed operacją, takimi jak cierpienie, depresja, złość i nadmierne zainteresowanie się problemami somatycznymi, wy-

kazały, że były one w znacznie mniejszym stopniu zadowolone zarówno z ogólnych, jak i estetycznych wyników rekonstrukcji piersi.¹¹ Świadczy to o tym, że opieka psychiatryczna powinna być nieodłącznym elementem leczenia kobiet z rakiem piersi w okresie przedoperacyjnym i pooperacyjnym. W większości multidyscyplinarnych ośrodków leczenia raka badanie i pomoc psychologiczna odgrywa ważną rolę przy wstępnej ocenie oraz w czasie długoterminowej opieki.

Proces podejmowania decyzji przez pacjentkę i dostępność rekonstrukcji piersi

W ciągu 2 tygodni od rozpoznania, pacjentki mogą odbyć nawet do czterech konsultacji internistycznych lub chirurgicznych, łącznie z konsultacjami radiologów onkologicznych oraz chirurga plastyczno-rekonstrukcyjnego, którzy razem zaplanują leczenie. Algorytm leczenia onkologicznego ustala się głównie na podstawie danych, czego konsekwencją jest niewielka możliwość dokonywania wyboru przez pacjentkę, co oznacza, że można pomóc pacjentce w dokonaniu wyboru, dysponując wynikami badań obrazowych i oceną stopnia zaawansowania klinicznego raka piersi, danymi o czasie przeżycia w zależności od różnych metod operacji i marginesu chirurgicznego oraz dobrze przebadanymi lekami stosowanymi w terapii adjuwantowej. Wybór między mastektomią a BCT jest jedną z niewielu ważnych decyzji w leczeniu onkologicznym, jaką pacjentka musi podjąć we wczesnym stadium raka piersi. Ta decyzja dotyczy przeważnie chorych z rakiem w stopniu I lub II, a dane z wielu badań klinicznych wskazują na to, że odległe przeżycie po tych dwóch rodzajach operacji wynosi nawet do 20 lat.^{12,13} Ponadto, nowe protokoły terapii neoadjuwantowej mogą umożliwić zastosowanie BCT u wybranych pacjentek, które w przypadku innego leczenia wymagałyby wykonania klasycznej mastektomii. Jest to zwykle przedmiotem dyskusji między chorą a chirurgiem onkologiem i niekoniecznie uwzględnia konsultację dotyczącą operacji rekonstrukcyjnej. Szkoda, że tak się dzieje, ponieważ chirurdzy plastyczni stosują różne techniki miejscowej resekcji guza mające na celu ograniczenie skutków estetycznych operacji usunięcia piersi, co często zostaje przeoczone przez chirurgów onkologicznych. Wcześniej podjęta dyskusja dotycząca rekonstrukcji piersi może również pozwolić pacjentkom na dokonanie, bez większych obaw, wyboru mastektomii zamiast BCT. Następstwa estetyczne lumpektomii we względnie niedużej piersi wraz z pooperacyjną radioterapią (tzn. BCT) należy porównać z całkowitą mastektomią i rekonstrukcją (ryc. 1). W niektórych przypad-

RYCINA 1
Znacznego stopnia deformacja piersi po BCT z resekcją dużej ilości tkanki oraz po teleradioterapii



BCT – leczenie oszczędzające piersć.

Ceradn DJ, Levine JP. *Primary Psychiatry*. Vol 15, No 10. 2008.

kach efekt estetyczny mastektomii z rekonstrukcją będzie lepszy. W związku z tym udział chirurga rekonstrukcyjnego w procesie planowania może ułatwić podjęcie decyzji poprzez przedstawienie pacjentkom rozsądnych oczekiwań w zakresie wyniku estetycznego niezależnie od wybranego rodzaju leczenia.

Pomimo potencjalnych zalet BCT mastektomia pozostaje leczeniem z wyboru w przypadku niektórych wczesnych raków i znacznej większości raków bardziej zaawansowanych. W Stanach Zjednoczonych częstotliwość wykonywania rekonstrukcji po mastektomii zwiększyła się w ciągu ostatnich trzech dekad z 3,4% w połowie lat 80. przez 8,3% we wczesnych latach 90. do prawie 40% na początku XXI wieku.^{14,15} Młody wiek wydaje się najsilniejszym czynnikiem sprzyjającym rekonstrukcji piersi po operacji z powodu raka. Ważną rolę odgrywają również czynniki, takie jak duże dochody, lepsze wykształcenie, pochodzenie etniczne i stopień zaawansowania guza. Niewielki odsetek rekonstrukcji piersi po mastektomii wykonywanych na świecie może być spowodowany niewłaściwym poinformowaniem pacjentek o możliwościach rekonstrukcji w momencie podejmowania decyzji o leczeniu. W badaniu populacyjnym przeprowadzonym przez Morrow i wsp.¹⁵ wykazano, że 78% badanych z rakiem piersi przyznaje, że odbyło jakąś rozmowę o rekonstrukcji piersi, natomiast tylko <12% potrafi odpowiedzieć na trzy podstawowe pytania dotyczące rekonstrukcji piersi, które są konieczne do wyrażenia świadomej zgody na leczenie. Ponadto nowe wyniki badań wskazują, że tylko 33% chirurgów ogólnych omawia z pacjentkami problem rekonstrukcji piersi w czasie konsultacji.¹⁸ Pacjentki, które rozumieją, jakie są możliwości rekonstrukcji piersi, czterokrotnie częściej decydują się na mastektomię z rekonstrukcją niż te, którym nie udzielono w tej sprawie porady. Chęć uniknięcia kolejnej operacji i przekonanie, że rekonstrukcja piersi nie jest ważna, były najczęściej podawanymi przyczynami, dla których pacjentki nie decydowały się na rekonstrukcję.¹⁸ Sytuacja, w której na początku procesu leczenia brakuje porady, stanowi najwyraźniej główną przeszkodę w świadomym podejmowaniu decyzji dotyczącej rekonstrukcji piersi. Te dane stają się jeszcze bardziej interesujące, gdy porówna się je z wynikami w systemie opieki zdrowotnej, w którym rekonstrukcję piersi proponuje się wszystkim pacjentkom podczas konsultacji z chirurgiem onkologiem. W tej sytuacji, jak stwierdzili badacze z Francji, 81% kobiet z rakiem piersi kwalifikowanych do mastektomii wybrało rekonstrukcję piersi, co stanowi ponad dwa razy większy odsetek w porównaniu z ośrodkami w Stanach Zjednoczonych, w których wykonuje się najwięcej operacji.¹⁹

Przedstawione wyniki świadczą o tym, że właściwe poinformowanie i zapewnienie możliwości skorzystania z rekonstrukcji piersi istotnie wpływa na decyzję o poddaniu się tej operacji.

Rekonstrukcja natychmiastowa i odroczone

W większości przypadków natychmiastową rekonstrukcję piersi po mastektomii uznaje się za standard leczenia, który wiąże się z licznymi korzyściami psychologicznymi w porównaniu z rekonstrukcją odroczoną. Zalicza się do nich zmniejszenie lęku i depresji po mastektomii, jak również poprawę poczucia własnej wartości i zadowolenia seksualnego.²⁰ Ponadto w badaniach prospektywnych stwierdzono, że QoL po roku od natychmiastowej rekonstrukcji jest podobna do jakości życia dobranych pod względem wieku, niechorujących

cych na raka piersi kobiet z grupy kontrolnej.²¹ Wydaje się jednak, że po roku od operacji nie ma różnic pod względem zadowolenia w kategoriach ogólnych i estetycznych między rekonstrukcją natychmiastową a odroczoną.²²

Odroczona rekonstrukcja wciąż ma istotne znaczenie zwłaszcza w leczeniu chorych z zaawansowanym rakiem, które wymagają radioterapii pooperacyjnej. Napromienianie prowadzi do postępującego włóknienia i zamykania się naczyń mikrokrążenia, co powoduje złe gojenie się ran i obkurczanie się blizny, pogarszając stan tkanek i ostateczny wynik estetyczny rekonstrukcji piersi. Mając na uwadze możliwe powikłania, większość chirurgów odczekałaby z rekonstrukcją w tej grupie pacjentek do momentu zakończenia radioterapii, kiedy odsetek powikłań wraca do poziomu podobnego do tego, jaki stwierdza się w grupie pacjentek niepoddawanych radioterapii (ryc. 2).²³

RYCINA 2
Kobieta po mastektomii bez rekonstrukcji piersi



Ceradini DJ, Levine JP. *Primary Psychiatry*. Vol 15, No 10. 2008.

Rekonstrukcja z użyciem własnych tkanek a rekonstrukcja na bazie implantu

Metody rekonstrukcji piersi po mastektomii można zakwalifikować do jednej z dwóch grup. Jedna opiera się na zastosowaniu implantów z tworzywa sztucznego wprowadzanych pod płat skórno-mięśniowy w miejscu po mastektomii, a druga na przeniesieniu własnych tkanek pacjentki w miejsce ubytku po mastektomii, co ma na celu odtworzenie konturu piersi (ryc. 3 i 4). Wybór metody rekonstrukcji zależy od wielu czynników, takich jak preferencje pacjentki, doświadczenie chirurga, stopień zaawansowania choroby, możliwość zastosowania radioterapii pooperacyjnej, dostępność tkanek do rekonstrukcji i ogólny stan zdrowia pacjentki po operacji. W tabeli przedstawiono potencjalne zalety i wady tych metod rekonstrukcji piersi.

Metoda rekonstrukcji na bazie implantu bardzo się rozwinęła w ciągu ostatniego dziesięciolecia, a zgodnie z danymi statystycznymi American Society of Plastic Surgeons z 2007 roku stanowi około 75% rekonstrukcji piersi wykonanych w 2007 roku.⁶ Przeważnie rekonstrukcję można wykonać jednocze-

śnie z mastektomią jako jeden zabieg, zakładając protezę stałą, lub częściej jako zabieg dwuetapowy, który polega na założeniu ekspandera tkankowego w czasie mastektomii i wypełnianiu go w warunkach ambulatoryjnych przez 1-2 miesiące, a następnie wymienieniu go na stałą protezę (ryc. 5 i 6). Pacjentki są bardzo zadowolone po operacjach wykonywanych tymi technikami.²⁴ Ich wadą jest konieczność wykonania operacji dwuetapowo, a implanty muszą być wymieniane w regularnych odstępach czasu, które wynikają z okresu trwałości protezy wynoszącego około 10 lat.

Rekonstrukcja autologiczna piersi polega na użyciu tkanek własnych pacjentki, aby odtworzyć kształt piersi, co często wymaga przeniesienia nadmiaru skóry, tkanki tłuszczowej, a czasem również mięśni z powłok brzucha w miejsce ubytku tkanek po mastektomii. W porównaniu z rekonstrukcją na bazie implantu czas operacji i pobytu w szpitalu po tego rodzaju zabiegach jest znacznie dłuższy. Taka rekonstrukcja pozwala na uzyskanie bardziej naturalnego wyglądu piersi, jednak usunięcie tkanek wykorzystanych do rekonstrukcji z ich pierwotnej lokalizacji może osłabić ścianę brzucha. Nie stwierdzo-

no, aby to wpływało na standardowe parametry QoL związane ze zdrowiem i sferą fizyczną, natomiast może ograniczać możliwość dużego wysiłku fizycznego.²⁵ Na podstawie badań prospektywnych stwierdza się, że kobiety wybierające rekonstrukcje tkanką autologiczną są bardziej zadowolone z wyników estetycznych niż kobiety, które wybierają rekonstrukcję opartą na zastosowaniu implantu. Jednocześnie poziom ogólnego zadowolenia jest podobny po 2 latach od operacji.^{22,26,27}

W każdej z metod ostatnim etapem rekonstrukcji jest odtworzenie kompleksu brodawkowo-otoczkowego (ryc. 7). Zwykle jest to zabieg dwuetapowy wykonywany w minimalnym znieczuleniu. Miejscowe płaty skóry zostają uformowane w taki sposób, że powstaje wystająca brodawka. Na zakończenie rekonstrukcji piersi otaczająca skóra i odtworzona brodawka mogą zostać wytatuowane, tak aby odpowiadały kolorem otoczce po przeciwnej stronie.

Wpływ radioterapii po mastektomii

Innym ważnym problemem w rekonstrukcji piersi jest coraz większe znaczenie radioterapii stosowanej po mastektomii w leczeniu raka piersi.²⁸ Bardzo często w momencie wykonywania mastektomii nie jest znany stopień zaawansowania raka, ponieważ konieczne jest przeprowadzenie ostatecznego badania histopatologicznego w celu określenia zakresu zajęcia pachowych węzłów chłonnych. Stwarza to konieczność rozstrzygnięcia kilku kwestii przy podejmowaniu decyzji o rekonstrukcji. Po pierwsze i najważniejsze, pacjentka nie zna wymaganego zakresu leczenia adjuwantowego (tzn. radioterapii lub chemioterapii). Choć nie wykazano, aby rekonstrukcja piersi wpływała na wyniki pooperacyjnej chemioterapii, radioterapii lub możliwości rozpoznania wznowy miejscowej,^{29,33} to powikłania rekonstrukcji, łącznie z problemami z gojeniem się rany, mogą opóźnić zastosowanie leczenia adjuwantowego, co jest powodem zdenerwowania zarówno pacjentki, jak i lekarza.

Po drugie, to czy chora będzie wymagała radioterapii, może zmienić optymalny plan rekonstrukcji. Jeśli decyzja jest znana tydzień po mastektomii, po uzyskaniu ostatecznego wyniku badania histopatologicznego, to stwarza to problem kliniczny. Jeśli jest pewność, że pacjentka nie będzie wymagała radioterapii pooperacyjnej, to możliwe są wszystkie metody rekonstrukcji. Z kolei jeśli wiadomo, że pacjentka na pewno będzie wymagała radioterapii pooperacyjnej, to większość chirurgów zmieni plan leczenia, decydując się na odroczoną rekonstrukcję lub zaproponuje jedynie ograniczoną liczbę metod leczenia ze względu na większą liczbę po-

RYCINA 3
Wczesny wynik po operacji z użyciem płata TRAM. Należy zwrócić uwagę na symetrię obu piersi i niezrekonstruowaną brodawkę



wikłań związanych z rekonstrukcją po radioterapii. Jedną z takich metod może być tymczasowe założenie ekspandera tkankowego, aby jak najbardziej rozciągnąć skórę przed zastosowaniem radioterapii, tak aby po jej zakończeniu można było przejść do innego rodzaju rekonstrukcji. Niemniej jednak chirurdzy plastyczni nie przyjęli jednolitych zaleceń dotyczących zastosowania w tej sytuacji określonej techniki operacyjnej.

W przypadku pacjentek z guzami średniej wielkości i niezmiennymi pachowymi węzłami chłonnymi nie można w czasie mastektomii określić, czy konieczna będzie radioterapia pooperacyjna. Biopsja węzła wartowniczego stała się standardową metodą stosowaną w ocenie zajęcia węzłów chłonnych, które w badaniu przedmiotowym nie budzą podejrzeń. Ujemny wynik śródoperacyjnego badania węzła wartowniczego ocenionego przez doświadczonego histopatologa jest w 5-10% przypadków fałszywie ujemny, co oznacza, że przy takim wyniku prawdopodobieństwo radioterapii pooperacyjnej po mastektomii jest bardzo małe.³⁴ Natomiast dodatni wynik badania węzła wartowniczego wiąże się z koniecznością wykonania pełnej limfadenektomii pachy, aby w ostatecznym badaniu histopatologicznym policzyć zajęte węzły. Obecnie stwierdzenie 4 lub większej liczby zajętych węzłów chłonnych jest wskazaniem do radioterapii. Również w tej sytuacji niepewność związana z decyzją o radioterapii i możliwościami rekonstrukcji piersi są przedmiotem licznych dyskusji.^{35,36}

Wpływ rekonstrukcji piersi po operacji z powodu raka na psychikę

Rekonstrukcja piersi bardzo pomaga pacjentkom w radzeniu sobie z następstwami raka piersi i w powrocie do zdrowia. Najważniejszymi wykładnikami powodzenia leczenia rekonstrukcyjnego są poprawa w zakresie QoL i zadowolenie pacjentki. Badając te wyniki, trudno jest korzystać z prospektywnych randomizowanych badań klinicznych, których celem byłaby ocena rekonstrukcji piersi, ponieważ konieczna jest decyzja chorej, mająca podstawowe znaczenie przy planowaniu operacji. W związku z tym jest wiele badań zaplanowanych w różnorodny sposób i mających różne punkty końcowe, których wyniki należy raczej oceniać łącznie niż pojedynczo.

We Włoszech Rubino i wsp.³⁷ retrospektywnie oceniali QoL, funkcje seksualne, lęk i depresję u zdrowych kobiet, kobiet po samej mastektomii i kobiet po mastektomii z rekonstrukcją piersi po roku od operacji. Stwierdzili, że po roku nie było różnic statystycznych między zdrowymi badanymi i pacjentkami po rekonstrukcji piersi w sferze

RYCINA 4

Lewa piersz po rekonstrukcji z użyciem płata TRAM, odtworzeniu brodawki i wykonaniu tatuażu



Ceradini DJ, Levine JP. *Primary Psychiatry*. Vol 15, No 10. 2008.

TABELA

Zalety i wady rekonstrukcji piersi

Rekonstrukcja piersi z użyciem tkanek własnych (autologicznych)	
Zalety	Wady
Bardziej zbliżona do rzeczywistej powierzchnia i wygląd piersi	Dłuższy czas operacji, bardziej skomplikowana technika chirurgiczna
Łatwiej odtworzyć pierś symetryczną w stosunku do przeciwległej	Dłuższy czas pierwszego pobytu w szpitalu
Po pewnym czasie ułoży się tak jak normalna pierś	Możliwe powikłania w miejscu pobrania tkanek
W większości przypadków zabieg jednoetapowy	Dłuższy czas rekonwalescencji
	Więcej blizn (brzuch)
	Ryzyko martwicy płata
	Radioterapia pooperacyjna może doprowadzić do obkurczenia się odtworzonej piersi
Rekonstrukcja piersi z użyciem implantu	
Zalety	Wady
Krótszy czas operacji i łatwiejsza technika operacyjna	Mniej naturalna powierzchnia i wygląd piersi i mniej naturalne opadanie piersi
Krótszy czas pobytu w szpitalu	Tymczasowa proteza; będzie wymagała kolejnych operacji, cały zabieg jest dwuetapowy
Szybszy czas rekonwalescencji	Mniej chętnie stosowana, jeśli jest konieczna radioterapia pooperacyjna ze względu na ścieżczenie i obkurczanie się skóry
Nie ma powikłań związanych z miejscem pobrania tkanek	Ryzyko obkurczenia się tkanek otaczających protezę, pęknięcia protezy, pomarszczenia się jej powierzchni
Mniej blizn	Ekspander tkankowy wymaga dopełniania przez 1-2 miesiące
Możliwość wykonania zabiegu jednoetapowego jeśli oszczędzi się skórę, a pacjentka będzie tolerowała mniejszą pierś	Trudniej odtworzyć pierś wyglądającą jak przeciwległa bez konieczności operowania piersi przeciwległej

Ceradini DJ, Levine JP. *Primary Psychiatry*. Vol 15, No 10. 2008.

RYCINA 5

Kobieta po dwuetapowej rekonstrukcji z użyciem implantu i rekonstrukcji brodawki. Nie wykonano jeszcze tatuażu



Ceradni DJ, Levine JP. *Primary Psychiatry*. Vol 15, No 10. 2008.

RYCINA 6

Stan po jednoetapowej rekonstrukcji obu piersi z użyciem implantów, rekonstrukcją brodawek i tatuażem



Ceradni DJ, Levine JP. *Primary Psychiatry*. Vol 15, No 10. 2008.

społecznej i seksualnej, jak również w ogólnej ocenie QoL. Ponadto stwierdzili, że wskaźniki depresji były w mniejszym stopniu wyrażone u kobiet po rekonstrukcji w porównaniu z kobietami po samej mastektomii, natomiast poziom lęku był podobny w obu grupach. Chociaż opisali względnie niewielką liczbę przypadków, to stwierdzili, że obecne przed operacją zaburzenia psychiczne były czynnikiem ryzyka niezadowolenia z wyniku rekonstrukcji. Nie wykazali żadnych istotnych różnic między rodzajem zabiegu i czasem wykonania rekonstrukcji piersi. Te dane wskazują na istotne korzyści z rekonstrukcji piersi, natomiast nie jest jasne, czy przed operacją występowały różnice między obiema grupami w wyjściowej charakterystyce psychicznej (tzn. pacjentki o wyższych standardach QoL mogły częściej decydować się na rekonstrukcję piersi). Niemniej jednak przedstawione dane wskazują wyraźnie na to, że kobiety odnoszą korzyści z rekonstrukcji piersi.

Elder i wsp.²¹ porównali w sposób prospektywny QoL w szerokim zakresie kategorii w ramach Medical Outcome Study za pomocą formularza złożonego z 36 pytań. W badaniu uczestniczyły Szwedki, które zostały poddane natychmiastowej rekonstrukcji piersi z użyciem implantu oraz zdrowa populacja kontrolna, a oceny dokonano po roku od operacji. W tym badaniu, podobnie jak w innych wykonanych wcześniej, autorzy stwierdzili, że parametry QoL miały mniejsze wartości w grupie pacjentek z rakiem piersi w porównaniu z populacją kontrolną. Rok po operacji wyniki oceny QoL pacjentek po natychmiastowej rekonstrukcji piersi powróciły jednak do poziomu porównywalnego z wynikami populacji kontrolnej, a jednocześnie stwierdzono, że pacjentki w znacznym odsetku były zadowolone z wyniku rekonstrukcji. W badaniu nie analizowano wyników w grupie poddanej samej mastektomii lub operacji oszczędzającej pierś, natomiast uzyskane dane wskazują na korzyści psychologiczne natychmiastowej rekonstrukcji piersi.

Avanian i wsp.¹⁹ ocenili prospektywnie czynniki wpływające na decyzję o rekonstrukcji piersi kobiet leczonych w ramach francuskiego systemu opieki zdrowotnej, gdzie rekonstrukcję proponuje się wszystkim (bez dodatkowych kosztów) pacjentkom kwalifikowanym do mastektomii. Jest to ważne, ponieważ rekonstrukcja nie jest tematem powszechnie omawianym podczas konsultacji onkologicznych w Stanach Zjednoczonych. W badaniu stwierdzono zaskakująco duży odsetek rekonstrukcji piersi po mastektomii (81%). Ważnym czynnikiem wpływającym na decyzję o rekonstrukcji była większa świadomość wyglądu własnego ciała, natomiast lęk przed kolejną operacją był najczęstszą przyczyną, z powodu której kobiety nie decy-

dowały się na rekonstrukcję. Kobiety decydujące się na rekonstrukcję były częściej młodsze, aktywne, bardziej wykształcone oraz posiadały partnera życiowego. Ponadto kobiety, które zdecydowały się na rekonstrukcję, wybrały w 83% przypadków rekonstrukcję natychmiastową, a czynnikami predykcyjnymi były objawy związane z chorobą piersi, większa utrata apetytu przed operacją, mniejsze wartości wskaźnika masy ciała i skoncentrowane na pacjentce relacje lekarz-pacjentka. Ze względu na charakter systemu opieki zdrowotnej w tym badaniu zasadniczo wykluczono ocenę problemów związanych z dostępem pacjentek do informacji o możliwościach rekonstrukcji i ograniczeń finansowych, koncentrując się głównie na podejmowaniu decyzji przez kobietę. Większe odsetki wykonywanych rekonstrukcji (ponad dwukrotnie większe w porównaniu ze Stanami Zjednoczonymi) wskazują na to, jak duże znaczenie w podejmowaniu decyzji o rekonstrukcji ma dostęp do informacji na ten temat. Uzyskane dane świadczą o tym, że jeśli zespół wielospecjalistyczny zapewnia pacjentkom dostęp do informacji i możliwość wyboru rekonstrukcji piersi, a nie narzuca metody leczenia, to odsetki rekonstrukcji będą duże.

Harcourt i wsp.³⁸ dokonali prospektywnego porównania wskaźników QoL u kobiet w Wielkiej Brytanii leczonych metodami samej mastektomii, mastektomii z natychmiastową rekonstrukcją i mastektomii z odroczonej rekonstrukcją. Na podstawie uzyskanych przez nich danych nie udało się zidentyfikować stałej korzyści w kategoriach QoL i zmiennych psychologicznych wynikającej z natychmiastowej rekonstrukcji piersi, natomiast w niewielkiej grupie pacjentek poddanych odroczonej rekonstrukcji odnotowano znaczącą poprawę. Zauważalna była jednak różnica pod względem średniego wieku w grupie kobiet poddanych samej mastektomii w porównaniu z dwiema grupami, w których wykonywano rekonstrukcje (około 10 lat), a jak stwierdzono wcześniej, wiek jest najsilniejszym czynnikiem sprzyjającym podjęciu decyzji o rekonstrukcji. Jako prawdopodobne przyczyny sytuacji, w której starsze kobiety mniej chętnie decydują się na rekonstrukcję, podano niechęć tych pacjentek do poddania się kilku dodatkowym zabiegom operacyjnym w celu dokończenia rekonstrukcji, przykładanie mniejszej wagi do wyglądu w porównaniu z młodszymi kobietami oraz preferencje chirurga chętniej wybierającego młodsze, zdrowsze pacjentki, które będą lepiej tolerowały czasochłonny zabieg.¹⁵

Na podstawie wyników powyższych badań, pomimo pewnych rozbieżności w zakresie ich zaplanowania i celów, wydaje się, że podejście kobiet do rekonstrukcji piersi zale-

ży od różnic geograficznych i kulturowych. Mullan i wsp.³⁹ postanowili odpowiedzieć właśnie na to pytanie i prospektywnie porównali QoL kobiet z różnych krajów poddanych mastektomii z rekonstrukcją i zdrowych kobiet w grupie kontrolnej. Zaobserwowali również poprawę w profilu psychologicznym kobiet, które poddały się rekonstrukcji, ale stwierdzili, że w tych populacjach kraj pochodzenia i czynniki kulturowe raczej nie wpływają na związane z rekonstrukcją korzyści dotyczące QoL. Podobnie jednak jak w przypadku innych badań nie dokonano porównania z grupą kobiet po mastektomii bez rekonstrukcji. Są doniesienia mówiące, że u pacjentek z rakiem piersi obserwuje się pewną poprawę w zakresie QoL i wskaźników psychologicznych w czasie pierwszego roku po mastektomii.

Trwające Michigan Breast Reconstruction Study^{26,40} jest dużym badaniem prospektywnym oceniającym satysfakcję pacjentek i wyniki w zakresie QoL u pacjentek poddawanych różnym operacjom rekonstrukcyjnym piersi. Badacze nie włączyli do udziału w badaniu grupy pacjentek po samej mastektomii ani populacji kontrolnej zdrowych kobiet, ponieważ ich celem było porównanie wybieranych zabiegów. Chociaż wciąż zbierane są dane, to kobiety, które zostały poddane rekonstrukcji z użyciem tkanek autologicznych, były bardziej zadowolone z wyników estetycznych po 2 latach od operacji niż pacjentki, które zostały poddane rekonstrukcji na bazie implantu. Wyniki w zakresie ogólne-

go stopnia zadowolenia z operacji rekonstrukcyjnej były porównywalne po 2 latach. Interesujące będzie kontynuowanie obserwacji i ocena wyników, aby zobaczyć, czy rekonstrukcja autologiczna będzie nadal metodą preferowaną przez pacjentki po 5 latach od operacji.

Parker i wsp.⁴¹ prospektywnie porównali wyniki leczenia kobiet z wczesnym rakiem piersi (stoper I i II), które zostały poddane samej mastektomii, mastektomii z rekonstrukcją i leczeniu oszczędzającemu pierś. Nie stwierdzili różnic w większości wyników QoL i psychologicznych po 2 latach od zakończenia leczenia. W szczególności udowodnili, że w przypadku wszystkich trzech grup dochodzi do znaczącej poprawy w zakresie zdrowia psychicznego po dwóch latach, a często obserwuje się powrót do stanu sprzed operacji (tzn. już po rozpoznaniu raka), ale nie stwierdzili, żeby istniały istotne różnice między rekonstrukcją a BCT w zakresie stopnia i częstości występowania poprawy. Stwierdzili, że pacjentki poddane rekonstrukcji z użyciem własnych tkanek były trochę bardziej zadowolone z wyglądu swojego brzucha (ryc. 8), a pogorszenie sprawności seksualnej było mniej nasilone. Chociaż w tym badaniu stwierdzono, że BCT i rekonstrukcja piersi są równorzędnymi metodami pod względem uzyskiwanych wyników, to nie wiadomo, w jaki sposób zaprezentowano każdej pacjentce możliwości leczenia chirurgicznego oraz w jaki sposób chirurdzy wpływali na decyzję. Na przykład w przypadku

RYCINA 7

Zbliżenie piersi po niedawno wykonanej rekonstrukcji brodawki u kobiety po rekonstrukcji piersi przy użyciu płata z mięśnia najszerzego grzbietu i implantu, jeszcze przed wykonaniem tatuażu otoczki



Ceradini DJ, Levine JP. *Primary Psychiatry*. Vol 15, No 10. 2008.

pacjentek z dużymi piersiami leczenie małego, położonego obwodowo guzka metodą BCT pozwoli na osiągnięcie dobrego lub nawet doskonałego wyniku kosmetycznego, a chirurdzy plastyczni w większości zgodzą się, że nie ma konieczności wykonywania pełnej „rekonstrukcji”. Natomiast w przypadku kobiet z małymi piersiami, u których duża część piersi zostanie usunięta wraz z preparatem, rekonstrukcja prawdopodobnie przyniesie lepsze efekty kosmetyczne niż BCT. Zależność między wielkością guza a odsetkiem tkanek sutka, które muszą być usunięte, jest ważnym czynnikiem, który często zostaje przeoczony w badaniach opisujących wyniki leczenia. Nie jest pewne, w jaki sposób te czynniki wpłynęły na wyniki opisywane w tym badaniu.

Podsumowanie

Rekonstrukcja piersi po operacji z powodu raka stanowi złożony proces, który powinien rozpocząć się od rozpoznania i leczenia problemów psychologicznych poprzedzających lub towarzyszących rozpoznaniu raka piersi. Nie ma wystarczającego dostępu do informacji o możliwościach rekonstrukcji i nie są one odpowiednio przekazywane pacjentkom, które kwalifikują się do takiej operacji. Rozpoznanie raka piersi stanowi moment, gdy pacjentki mogą uzyskać dokładne informacje o rekonstrukcji piersi lub zostać poinformowane, gdzie mogą znaleźć takie informacje. Wcześniej przeprowadzona konsultacja

z chirurgiem plastycznym i rekonstrukcyjnym umożliwi kobiecie podjęcie decyzji i zoptymalizowanie wyniku estetycznego rekonstrukcji piersi. W związku z tym konieczna jest bliska współpraca między lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, chirurgami onkologicznymi i plastycznymi. W kilku badaniach wykazano korzystne wyniki psychologiczne i dotyczące QoL po rekonstrukcji piersi, a w niektórych przypadkach niemalże normalizację tych parametrów w porównaniu z osobami zdrowymi. Rekonstrukcja piersi po operacji z powodu raka jest nadal niezbędnym elementem pomagającym pacjentkom w rekonwalescencji po rozpoznaniu i leczeniu raka piersi.

Piśmiennictwo

1. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures: 2007. Atlanta, GA: American Cancer Society; 2007.
2. Bard M, Sutherland AM. Psychological impact of cancer and its treatment. IV. Adaptation to radical mastectomy. *Cancer*. 1955; 8 (4): 656-672.
3. Bard M. The sequence of emotional reactions in radical mastectomy patients. *Public Health Rep*. 1952; 67 (11): 1144-1148.
4. Goin MK, Goin JM. Psychological reactions to prophylactic mastectomy synchronous with contralateral breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 1982; 70 (3): 355-359.
5. Steinberg MD, Juliano MA, Wise L. Psychological outcome of lumpectomy versus mastectomy in the treatment of breast cancer. *Am J Psychiatry*. 1985; 142 (1): 34-39.
6. American Society of Plastic Surgeons. 2007 Reconstructive Surgery Procedures. Arlington Heights, IL: American Society of Plastic Surgeons; 2007.
7. Hegel MT, Moore CP, Collins ED, et al. Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in

- women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*. 2006; 107 (12): 2924-2931.
8. Koopman C, Angell K, Turner-Cobb JM, et al. Distress, coping, and social support among rural women recently diagnosed with primary breast cancer. *Breast J*. 2001; 7 (1): 25-33.
9. Fallowfield L, Ratcliffe D, Jenkins V, Saul J. Psychiatric morbidity and its recognition by doctors in patients with cancer. *Br J Cancer*. 2001; 84 (8): 1011-1015.
10. Kornblith AB, Herndon JE 2nd, Weiss RB, et al. Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer*. 2003; 98 (4): 679-689.
11. Roth RS, Lowery JC, Davis J, Wilkins EG. Psychological factors predict patient satisfaction with postmastectomy breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2007; 119 (7): 2008-2015.
12. Fisher B, Anderson S, Redmond CK, Wolmark N, Wickerham DL, Cronin WM. Reanalysis and results after 12 years of follow-up in a randomized clinical trial comparing total mastectomy with lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer. *N Engl J Med*. 1995; 333 (22): 1456-1461.
13. Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med*. 2002; 347 (16): 1227-1232.
14. Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE, Belin TR, Wyatt GE, Ganz PA. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst*. 2000; 92 (17): 1422-1429.
15. Morrow M, Mujahid M, Lantz PM, et al. Correlates of breast reconstruction: results from a population-based study. *Cancer*. 2005; 104 (11): 2340-2346.
16. Morrow M, Scott SK, Menck HR, Mustoe TA, Winchester DP. Factors influencing the use of breast reconstruction postmastectomy: a National Cancer Database study. *J Am Coll Surg*. 2001; 192 (1): 1-8.
17. Christian CK, Niland J, Edge SB, et al. A multi-institutional analysis of the socioeconomic determinants of breast reconstruction: a study of the National Comprehensive Cancer Network. *Ann Surg*. 2006; 243 (2): 241-249.
18. Alderman AK, Hawley ST, Waljee J, Mujahid M, Morrow M, Katz SJ. Understanding the impact of breast reconstruction on the surgical decision-making process for breast cancer. *Cancer*. 2008; 112 (3): 489-494.
19. Ananian P, Houvenaeghel G, Protière C, et al. Determinants of patients' choice of reconstruction with mastectomy for primary breast cancer. *Ann Surg Oncol*. 2004; 11 (8): 762-771.
20. Al-Ghazal SK, Sully L, Fallowfield L, Blamey RW. The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol*. 2000; 26 (1): 17-19.
21. Elder EE, Brandberg Y, Bjorklund T, et al. Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patients after immediate breast reconstruction: a prospective study. *Breast*. 2005; 14 (3): 201-208.
22. Alderman AK, Wilkins EG, Lowery JC, Kim M, Davis JA. Determinants of patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg*. 2000; 106 (4): 769-776.
23. Williams JK, Bostwick J 3rd, Bried JT, Mackay G, Landry J, Benton J. TRAM flap breast reconstruction after radiation treatment. *Ann Surg*. 1995; 221(6): 756-764.
24. Cordeiro PG, McCarthy CM. A single surgeon's 12-year experience with tissue expander/implant breast reconstruction: part II. An analysis of long-term complications, aesthetic outcomes, and patient satisfaction. *Plast Reconstr Surg*. 2006; 118 (4): 832-839.
25. Dian D, Schwenn K, Mylonas I, Janni W, Friese K, Jaenicke F. Quality of life among breast cancer patients undergoing autologous breast reconstruction versus breast conserving therapy. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2007; 133 (4): 247-252.

RYCINA 8

Przykładowy obraz blizny po pobraniu płata TRAM



Ceradn DJ, Levine JP. *Primary Psychiatry*. Vol 15, No 10. 2008.

ciąg dalszy piśmiennictwa na str. 53