

Rak piersi w ciąży — propozycja leczenia operacyjnego z jednoczasową rekonstrukcją gruczołu piersiowego

Breast cancer in pregnancy — a proposal of surgical treatment with immediate reconstruction of breast

Magdalena Sitarska¹, Roman Czarnecki¹, Marek Zawadzki¹, Wojciech Witkiewicz¹

¹ Oddział Chirurgii Onkologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu, Ośrodek Badawczo-Rozwojowy, ul. H. Kamieńskiego 73a, 51-124 Wrocław, PL

Chirurgia

PrzypadkiMedyczne.pl

Streszczenie

Wstęp: Rak piersi u kobiet w ciąży to przypadki, w których rak piersi wystąpił w czasie ciąży lub w ciągu 12 miesięcy po porodzie i stanowi 0,2–4% wszystkich nowotworów złośliwych gruczołu piersiowego.

Opis przypadku: Pacjentka lat 30, w 18 tygodniu ciąży, została skierowana do Poradni Chirurgii Onkologicznej z powodu guza w piersi prawej. Na podstawie wykonanych badań rozpoznano raka wewnątrzprzewodowego przedinwazyjnego — DCIS z komponentą raka inwazyjnego i chora została poddana podskórnej mastektomii prawostronnej z jednoczasową rekonstrukcją przy użyciu ekspanderoprotezy Beckera. Po konsultacji onkologa klinicznego w Centrum Onkologii w Warszawie pacjentka została zakwalifikowana do uzupełniającej chemioterapii (6 kursów wg schematu NA). W 36 tygodniu ciąży nastąpił poród siłami natury. Dziecko płci żeńskiej o wadze 2200 g otrzymało 10 pkt w skali Apgar.

Wnioski: Zastosowany w opisywanym przypadku sposób leczenia chirurgicznego nie jest standardowym sposobem postępowania. Pozwala jednak na doszczętne usunięcie zajętego gruczołu piersiowego oraz uzyskanie dobrego efektu kosmetycznego i nie wymaga wdrożenia radioterapii we wszystkich przypadkach.

Słowa kluczowe: rak piersi, ciąża, mastektomia, rekonstrukcja piersi

Abstract

Background: Pregnancy-associated breast cancer is defined as breast cancer that develops during or within 1 year of pregnancy and comprises 0,2–4% of all breast cancers.

Case Report: We present a case of 30 years old female diagnosed with breast cancer in 18th week of pregnancy (II trimester). The nodule was noticed during breast self-examination. She was subsequently referred to outpatient clinic and underwent standard diagnostic pathway. Core needle biopsy showed ductal carcinoma in situ (DCIS) with components of invasive cancer. She underwent skin-sparing mastectomy with immediate reconstruction using Becker prosthesis. The fetus was monitored closely in perioperative period. Afterwards, the patient was consulted in Center of Oncology in Warsaw and received adjuvant chemotherapy (6 courses of NA chemotherapy). In the 36th week of pregnancy the birth took place with forces of nature. Female child with a weight of 2200 g received 10 points in the Apgar score.

Conclusions: Skin-sparing mastectomy with immediate reconstruction is an interesting alternative to standard surgical approach. It enables removal of entire breast tissue with satisfactory cosmetic results and minimalizes the need of radiation. What is more, presented approach allows the surgeon to fulfill the complex breast cancer treatment during one hospital stay, one surgical procedure and under one general anesthesia.

Key words: breast cancer, pregnancy, mastectomy, breast reconstruction

Otrzymano: 1-04-2016 → Zaakceptowano: 3-01-2017 → Opublikowano: 25-01-2017

✉ Magdalena Sitarska, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny — Oddział Chirurgii Onkologicznej, ul. Kamieńskiego 73A, 51-124 Wrocław, tel. (+48) 603 746 969, e-mail: magdalenkae@vp.pl

Wstęp

Rak piersi u kobiet w ciąży obejmuje przypadki, w których rak piersi wystąpił w czasie ciąży lub w ciągu 12 miesięcy po porodzie i pojawia się od 1 do 3 na 10 tysięcy ciąż, co stanowi 0,2–4% wszystkich nowotworów złośliwych gruczołu piersiowego [1].

Statystycznie najczęściej występuje w wieku 50–69 lat, natomiast poniżej 40. roku życia nie jest częstym schorzeniem. Jednak ostatnie obserwacje wskazują na zwiększenie liczby diagnozowanych przypadków nowotworu złośliwego gruczołu piersiowego przed menopauzą [2]. Trend zachorowalności w wieku przedmenopauzalnym (20–49 lat) ma charakter rosnący i od ostatnich trzech dekad zachorowalność w tej grupie wiekowej wzrosła prawie dwukrotnie [3]. Oznacza to wzrost liczby zachorowań ze względu na wyraźnie widoczną tendencję do zachodzenia w ciążę w późniejszym wieku reprodukcyjnym.

Średnia wieku chorych na raka piersi w ciąży wynosi 33 lata [4]. Podwyższone ryzyko zachorowania dotyczy również kobiet, które są nosicielkami mutacji konstytutywnych genu BRCA1 oraz tych pacjentek, u których rak piersi występuje rodzinnie. Diagnostyka i leczenie chorych na nowotwory w okresie ciąży są utrudnione, co wynika z niecharakterystycznych objawów nakładających się na dolegliwości i symptomy związane z ciążą. W momencie potwierdzenia rozpoznania choroby nowotworowej decyzje dotyczące dalszego postępowania powinny mieć na celu zarówno optymalne leczenie matki, jak i zachowanie prawidłowego rozwoju płodu [5].

Opis przypadku

Pacjentka I. 30, z obciążającym wywiadem rodzinnym (rak piersi u matki), w 18 tygodniu ciąży (II trymestr) w trakcie samobadania zauważyła guz w piersi prawej. Z tego powodu prowadzący ciążę ginekolog skierował chorą do Poradni Chirurgii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu. Badaniem klinicznym stwierdzono w piersi prawej guz o średnicy 2 cm zlokalizowany w ćwiartce górnej zewnętrznej, regionalne węzły chłonne niepowiększone. W wykonanym usg w piersi prawej, na godz. 11-tej — 4 cm od otoczki uwidoczono nieregularne ognisko hypoechogenne o wym. 31x15 mm ze zwapnieniami, zmiana położona ok. 0,5 cm od powierzchni skóry (BIRADS 4C). Po stwierdzeniu obecności guza, przed zabiegiem, przeprowadzono w znieczuleniu miejscowym 1% lignocainą biopsję gruboigłową. W badaniu histopatologicznym patomorfolog rozpoznał raka wewnątrzprzewodowego przedinwazyjnego — DCIS.

Chora została zakwalifikowana do operacji. W dniu 16.02.2015 wykonano podskórną mastektomię prawostronną z jednoczasową rekonstrukcją przy użyciu ekspanderoprotezy Beckera. W znieczuleniu ogólnym dotchawiczym po ostrzyknięciu pola operacyjnego 0,5% Marcainą z cięcia promienistego do brodawki wycięto podskórną nożem chirurgicznym (skalpelem) z ostrzem nr 24 wraz z brodawką gruczoł piersiowy prawy dokonując radykalnej amputacji. Następnie uniesiono mięsień piersiowy większy i założono szwy lokalizacyjne stabilizujące mięsień.

Przez odpowiedni „rękaw” wprowadzono protezę 315 ml. Wycięto węzeł wartowniczy o typowej lokalizacji przy użyciu gammakamery po wcześniej wykonanej limfoscynygrafii Technetem99.

W badaniu doraźnym węzeł wartowniczy bez utkania nowotworowego. Zastosowana ekspanderoproteza jest urządzeniem łączącym ekspander tkankowy z właściwą protezą piersi i zawiera mały przewód oraz zastawkę do wypełniania, które są umieszczane w pobliżu protezy. W ciągu kilku tygodni lub miesięcy podczas kontrolnych wizyt ambulatoryjnych przez zastawkę wstrzykiwany jest fizjologiczny roztwór soli celem powiększania implantu i rozciągnięcia tkanek. Po uzyskaniu wymaganej wielkości protezy, przewód i zastawkę do wypełniania usuwa się, natomiast proteza pozostaje na miejscu.

W trakcie hospitalizacji oraz podczas operacji płód był monitorowany i nie zauważono odstępstw od stanu fizjologicznego. W badaniu histopatologicznym stwierdzono raka inwazyjnego bez specjalnego typu z dominującą komponentą raka przewodowego przedinwazyjnego, gdzie mniejszościowy rak inwazyjny bez specjalnego typu G3 (8pkt) to obszar o maksymalnym wymiarze 15 mm i stanowi ok. 20% objętości guza. Dominujący rak przewodowy przedinwazyjny z wysokim stopniem jądrowym DCIS NG3 stanowi pozostałą objętość guza. Ponadto w przewodach DCIS obecne są martwica i mikrozwapnienia. Przebadano 1 węzeł chłonny bez zmian nowotworowych. W panelu receptorowym ER w części inwazyjnej stanowią:

- poniżej 1% (+) 2pkt;
- PR w części inwazyjnej również poniżej 1% (++) 3pk;
- HER — 2 w części inwazyjnej (1+);
- Iki67 (+) — w 20% komórek nowotworowych.

Pacjentka została skierowana do konsultacji w Centrum Onkologii w Warszawie, po której została zakwalifikowana do uzupełniającej chemioterapii — „6 kursów wg programu NA, tj. *winorelbina* 25 mg/m², 1. i 8. dnia oraz *doxorubicyna* 30 mg/m² 1. i 8. dnia w rytmie co 21 dni. W osłonie stosowany jest *ondansetron* 8 mg. Leczenie należy prowadzić do 35–36 tygodnia. Następnie poród siłami natury i ewentualnie chemioterapia po porodzie”.

Chora przeżyła 4 kursy do 34 tygodnia ciąży. Nie stwierdzono poważnych odstępstw od stanu fizjologicznego, zarówno matki jak i płodu. W 36 tygodniu nastąpił poród siłami natury. Dziecko płci żeńskiej o wadze 2200 g otrzymało 10 pkt. w skali Apgar. 1 miesiąc po porodzie podano 3 kursy AC chemioterapii. Obecnie pacjentka przebywa pod opieką Poradni Onkologicznej. Obserwowany efekt kosmetyczny operowanego gruczołu piersiowego jest bardzo dobry.

Dyskusja

Podejmując się diagnostyki i leczenia raka piersi kobiety w ciąży należy pamiętać, że postępowanie musi być kompromisem, to jest optymalnie lecząc nowotwór należy zachować życie matki i dziecka. Proces diagnostyczno-terapeutyczny winien polegać na zapewnieniu maksymalnej ochrony płodu oraz zachowaniu dalszej rozrodczości kobiety [6].

Wpływ ciąży na proces nowotworowy pozostaje niewyjaśniony. Wśród badaczy panuje pogląd, iż stan błogostawiony nie wpływa na powstanie nowotworu ani na jego rozwój [4]. Rozpoznanie może nie być łatwe z powodu licznych zmian guzkowatych, typowych w piersi ciężarnej, a spowodowanych przerostem elementów gruczołowych [1]. Problemy diagnostyczne mogą powodować trudności w identyfikacji i w konsekwencji w rozpoczęciu leczenia. Najczęściej opisuje się jeden do dwóch miesięcy opóźnienia w postawieniu prawidłowej diagnozy [7]. Odroczenie jednomiesięczne w leczeniu pierwotnego guza piersi podnosi ryzyko przerzutów do węzłów pachowych o 0,9%, a sześciomiesięczne aż o 5,1% [8]. Diagnostyka obrazowa, która jest wykonywana w przypadku podejrzanych guzów gruczołu piersiowego, dotyczy zarówno matki, jak i płodu i polega przede wszystkim na wykonaniu badania ultrasonograficznego. Jest to metoda charakteryzująca się czułością ponad 90% [1]. Ponadto pozwala równocześnie na ocenę stanu regionalnych węzłów chłonnych. Mammografia wykonywana z osłoną cechuje się niską czułością ok. 70–80%, z powodu zwiększonej gęstości gruczołowej piersi oraz zawartości wody [1]. Badanie to pozwala na wykluczenie obecności rozległych mikrozwapnień. Celem oceny stopnia zaawansowania choroby wykonywane jest USG jamy brzusznej oraz prześwietlenie klatki piersiowej, bezwzględnie używając ochrony płodu.

Możliwy jest również rezonans magnetyczny jednak pod warunkiem rezygnacji z kontrastu gadolinowego. Tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy oraz badania radioizotopowe są bezwzględnie przeciwwskazane w ciąży [4, 5, 9]. Badania z zastosowaniem promieniowania jonizującego w tym czasie można wykonywać, jeżeli jego jednorazowa dawka nie przekracza 5–10 radów [10]. Zatem brak jest przeciwwskazań do wykonania limfoscyntygrafii, wykorzystującej radionuklid technetu 99, który drogą naczyń chłonnych przemieszcza się do węzła wartowniczego pachy. Ostateczne rozpoznanie jest stawiane na podstawie cytologicznego lub histopatologicznego materiału pobranego w trakcie biopsji gruboigłowej [1]. Oceniający histopatolog musi być świadomy tego, że ocenia tkankę ciężarnej kobiety, aby uniknąć błędnych rozpoznań wynikających z proliferacyjnych zmian zachodzących w gruczole [11]. Nowotwory złośliwe piersi rozpoznawane podczas ciąży to w dużej większości przypadków raki przewodowe naciekające, cechujące się wysokim stopniem złośliwości oraz brakiem receptorów estrogenowych i progesteronowych, z nadekspresją receptora HER - 2. Terapią chorej w ciąży powinien zajmować się zespół wielospecjalistyczny złożony z chirurga onkologa, onkologa, radioterapeuty, psychologa oraz położnika [1].

Wskazania do leczenia są zgodne ze stopniem zaawansowania i są takie same, jak u pacjentek nieciążarnych [4]. Co do możliwości leczenia chirurgicznego – to operacja w II i III trymestrze jest bezpieczna zarówno dla matki, jak i dla płodu, natomiast co do postępowania w I trymestrze istnieją rozbieżne opinie. Operacja oraz znieczulenie są bezpieczne dla pacjentki i dziecka. Berry i wsp. wykonali 14 zmodyfikowanych radykalnych mastektomii w czasie ciąży, w tym 4 w pierwszym trymestrze, nie odnotowując żadnych powikłań ze strony płodu lub w przebiegu ciąży [12]. Wczesny i operacyjny rak piersi w okre-

sie ciąży jest wskazaniem do wykonania doszczętniej mastektomii lub leczenia oszczędzającego z odroczoną RTH przeprowadzaną po porodzie [10]. Obecnie za najlepszy sposób leczenia uważana jest mastektomia oraz usunięcie pachowych węzłów chłonnych.

Wyżej wymieniona operacja eliminuje potrzebę pooperacyjnego napromieniowania we wczesnej fazie zaawansowania nowotworu [13]. Wg Ignatowicz–Pacyny natychmiastowa jednoczasowa rekonstrukcja piersi jest przeciwwskazana w ciąży ze względu na dłuższy czas znieczulenia i znaczną utratę krwi, co skutkuje niedotlenieniem płodu. Pojawia się także problem złego efektu kosmetycznego (częsty brak symetrii piersi) [4]. W omawianym przypadku wykonanie podskórnej mastektomii z jednoczasową rekonstrukcją przy użyciu ekspanderoprotezy umożliwi radykalne usunięcie gruczołu piersiowego i jednocześnie uzyskanie dobrego efektu kosmetycznego. Diagnoza i konieczność podjęcia leczenia stanowi silny czynnik depresyjny oraz wywołuje utratę istotnego elementu tożsamości kobiety [14].

Wszczepienie protezy piersiowej i równocześnie odtworzenie gruczołu to zwykle dobry efekt kosmetyczny, co jest niezwykle ważne dla samopoczucia. W omawianym przypadku czas trwania operacji wynosił 125 min, nie stwierdzono utraty krwi i nie zauważono istotnych różnic co do czasu operacji w porównaniu z radykalną mastektomią. Dzięki tej metodzie chora nie wymaga kolejnej operacji, co wiąże się ze skróceniem czasu leczenia oraz kosztami, czyli jedna operacja zamiast dwóch oddzielonych od siebie czasem oczekiwania. Ważny jest też fakt, że przy dobrym samopoczuciu okres rekonwalescencji trwa krócej. Eksperci z EIO proponują w przypadku leczenia raka piersi u pacjentek w ciąży operację mastektomii przy użyciu ekspanderoprotezy, która w ich opinii jest łatwą techniką, nie zwiększającą czasu trwania operacji i ryzyka powikłań [15].

Lohsiriwat i wsp. przedstawili analizę 78 chorych w ciąży z rakiem piersi poddanych mastektomii z jednoczasową rekonstrukcją przy użyciu wszczepu, opisując znakomite wyniki kosmetyczne, bez wystąpienia powikłań położniczych po leczeniu chirurgicznym [16].

Zastosowanie ekspanderoprotezy Beckera pozwala na zmianę objętości piersi w okresie popołożogowym i nie wymaga przeprowadzenia drugiego etapu zabiegu – wymiany ekspandera na protezę. Przed rozpoczęciem leczenia systemowego należy ustalić wiek ciąży oraz ocenić przebieg rozwoju płodu. W pierwszym trymestrze należy unikać chemioterapii ze względu na wysokie ryzyko poronienia oraz wad rozwojowych, sięgające nawet 19%, podczas gdy ryzyko wystąpienia wad w 2 i 3 trymestrze wynosi tylko 1.3%. Zaleca się, aby dawkę obliczać jak u chorych nieciążarnych. Poród powinien nastąpić przeciętnie 3 tygodnie po ostatnim kursie chemioterapii [17]. U pacjentek z niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi wskazana jest chemioterapia uzupełniająca po zabiegu operacyjnym, oparta na *antracyklinach* i *cyklofosfamidzie*.

Wiele badań wskazuje, że są to schematy bezpieczne [17]. Hormonoterapia nie jest zalecana w czasie ciąży. Po *tamoksyfenu* opisywano wady wrodzone nawet w 20% przypadków: zespół Goldenhara, wystąpiły również krwawienia z pochwy oraz

spontaniczne poronienie [18, 19]. Radioterapia uzupełniająca powinna być odroczone do momentu rozwiązania. W przypadku pilnych wskazań należy stosować osłony na płuć i monitorować dawkę [17].

Leczenie objawów niepożądanych wynikających z choroby nowotworowej w czasie ciąży jest prawie identyczne jak postępowanie u nieciążarnych. *Ondansteron* lub *haloperidol* mogą być wykorzystane w leczeniu nudności i wymiotów, jak również selektywne inhibitory wychwytu serotoniny w leczeniu objawów depresji [14]. Rokowanie kobiet w ciąży chorych na raka piersi nie różni się od kobiet z rakiem piersi w tym samym wieku i w tym samym stopniu zaawansowania; ale niebędących w ciąży [1]. Różnice dotyczące czasu przeżycia wynikają z faktu, że nowotwór złośliwy gruczołu piersiowego u ciężarnych jest rozpoznawany w młodszy wieku i większym stopniu zaawansowania.

Wnioski

Podskórna mastektomia z jednoczasową rekonstrukcją endoprotezą Beckera u kobiet w ciąży nie jest standardowym sposobem postępowania. W większości leczenie operacyjne w drugim trymestrze polega na wykonaniu zmodyfikowanej radykalnej mastektomii lub zabiegu oszczędzającego pierś z następową radioterapią po zakończeniu ciąży. Zastosowany w opisywanym przypadku sposób leczenia operacyjnego pozwala na doszczętne usunięcie zajętego gruczołu piersiowego, uzyskanie dobrego efektu kosmetycznego i nie wymaga wdrożenia radioterapii. W piśmiennictwie opisywane są pojedyncze przypadki rekonstrukcji piersi u ciężarnych pacjentek. Nie jest to rutynowa i szeroko stosowana operacja u tej grupy chorych. Jednak wykonanie podskórnej amputacji i równoczesne odtworzenie gruczołu piersiowego to jedna hospitalizacja, jedno znieczulenie ogólne i operacja, jeden ból i jedna rehabilitacja.

Bibliografia

1. Jeziorski A., Szawłowski A. i Towpik E. *Chirurgia Onkologiczna*, tom III. PZWL, 2009.
2. Didkowska J., Wojciechowska U. i Zatoński W. *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*. W *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku*. Krajowy Rejestr Nowotworów Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, 2013.
3. Wojciechowska U. i Didkowska J. *Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce*. Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, 2014. ISBN 0867-825.
4. Kornafel J., red. *Rak piersi*. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, 2011. ISBN 978-83-62110-19-3. http://eu.cmkp.edu.pl/css_bart/dok_eu/Rak%20piersi%20A-II.pdf.
5. Krzakowski M. *Nowotwory u kobiet w ciąży*. W *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych*. Polska Unia Onkologii, 2013.
6. Lewandowska-Andruszuk I. i Adamczyk-Gruszka O. *Przypadek raka sutka w ciąży*. *Studia Medyczne*, 2008. 12:45–8. Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Kochanowskiego w Kielcach — Wydział Nauk o Zdrowiu.
7. Murawa P. *Rak piersi u kobiet w ciąży*. W *Operacje w położnictwie*. PZWL, 2012.
8. Daniilidis A., Giannoulis C., Sardeli C. et al. *Pregnancy-associated breast cancer — a review analysis*. *Eur.J.Gynaecol.Oncol.*, 2010. strony 485–90.
9. Krzemieniecki K. *Rak piersi współistniejący z ciążą*. W *Rak piersi*, strony 233–5. ViaMedica, 2009.
10. Rubach M. *Nowotwory u kobiet w ciąży*. Raport techniczny, PTKO, 2013.
11. Gwyn K. i Theriault R. *Breast cancer during pregnancy*. *Oncology (Huntingt)*, 2001. 15:39–46.
12. Berry D., Theriault R., Holmes F. et al. *Management of breast cancer during pregnancy using a standardized protocol*. *J. Clin. Oncol.*, 1999. 17.
13. *Rak piersi w przebiegu ciąży*. W Bręborowicz G., red., *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*. PZWL, 2012.
14. Smaga A., Mikułowska M., Komorowska A. et al. *Rak piersi w Polsce — leczenie to inwestycja*. Sequence HC Partners Sp. z o.o, Warszawa, październik 2014. http://www.sequence.pl/fileadmin/Sequence_Raport_Rak_piersi_w_Polsce_leczenie_to_inwestycja.pdf.
15. Toesca A., Gentilini O., Peccatori F. et al. *Locoregional treatment of breast cancer during pregnancy*. *Gynecol Surg.*, wrzesień 2014. 11(4):279–84. doi:10.1007/s10397-014-0860-6.
16. Lohsiriwat V. *Immediate breast reconstruction with expander in pregnant breast cancer patients*. *Breast.Onc.*, 2013. 22:650–70.
17. Karczmarek-Borowska B. i Golon K. *Rak piersi w ciąży*. Raport techniczny, Rzeszów, 2014.
18. Cullins S.L., Pridjian G. i Sutherland C.M. *Goldenhar's syndrome associated with tamoxifen given to the mother during gestation*. *Breast cance*, czerwiec 1994. 271(24):1905–6.
19. Isaacs R.J., Hunter W. i Clark K. *Tamoxifen as systemic treatment of advanced breast cancer during pregnancy — case report and literature review*. *Gynecol Oncol*, marzec 2001. 80(3):405–8. doi: 10.1006/gyno.2000.6080.

Wkład autorów/authors' contribution: Magdalena Sitarska — redakcja artykułu, wstęp, opis przypadku, zebranie materiału; Roman Czarnecki — redakcja artykułu, redakcja dyskusji, wnioski; Marek Zawadzki — zebranie bibliografii; Wojciech Witkiewicz — korekta artykułu

Komentarz:

Przedstawiona praca porusza niezwykle istotny problem. Niska liczba przypadków raka piersi związanego z ciążą utrudnia skonstruowanie i przeprowadzenie badań klinicznych. Każdy z nich jest z oczywistych względów niezwykle przejmujący. Wobec powyższej sytuacji publikacje podobne do przedstawionej z odgrywają znaczącą rolę w wyborze optymalnych metod postępowania chirurgicznego. Dodatkowo pojawia się zagadnienie jednoczasowej rekonstrukcji piersi towarzyszącej mastektomii — z jednej strony zalecanej przez wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, z drugiej — w codziennej praktyce często negowanego i spychanego w nieokreślony czas po zakończeniu leczenia. Problem tym bardziej znaczący, ponieważ dotyczy kobiet młodych. Międzynarodowy consensus opublikowany przez grupę ekspertów w *European Journal of Cancer* w 2010 (Amant F. i wsp., 2010) wskazuje, że leczenie chirurgiczne może być prowadzone bezpiecznie (zarówno dla matki, jak i dla dziecka) w każdym trymestrze ciąży. Stwierdzając brak danych dotyczących rekonstrukcji w tej szczególnej grupie chorych i zwracając uwagę na zmiany zachodzące w piersiach ciężarnej zaleca wykonanie odtworzenia przy użyciu implantów lub odłożenie jej do czasu po porodzie. Należy zwrócić uwagę, że wszczęcie protezy przez doświadczonego operatora (lub operatrix, jeśli chirurg jest kobietą) jest zabiegiem bezpiecznym, niewiele dłuższy od mastektomii i nie wiąże się ze zwiększoną utratą krwi. Podobne rozwiązanie opisuje zespół ekspertów z Instytutu Onkologii w Mediolanie (IEO). Lohsiriwat, Peccatori i wsp. prezentują serię 78 ciężarnych, u których wykonano mastektomię; u 12 spośród nich odtworzono pierś wszczepiając ekspandery, wymienione na implanty po porodzie i po zakończeniu leczenia uzupełniającego. U 10 wycięto węzły chłonne pachowe. W jednym przypadku wszczepiono implant — (Lohsiriwat V. i wsp. *Breast*, 2013;22:657-660). Średni czas zabiegu wyniósł 141 minut, nie stwierdzono powikłań. Lohsiriwat i wsp zwrócili uwagę na brak istotnego klinicznie przedłużenia zabiegu wszczęcia ekspandera, który w opisanych wyżej warunkach zmienia czas trwania operacji o zaledwie 20 do 30 minut. W cytowanym badaniu zabieg nie wpłynął ujemnie w żadnym z analizowanych przypadków na stan matki i dziecka. Jakkolwiek w badaniu nie analizowano jakości życia pacjentek, wartość rekonstrukcji piersi u poinformowanej szczegółowo przed zabiegiem kobiety wyrażającej chęć poddania się jej jest oczywista. Autorzy stosują się do prezentowanych zaleceń, mając na względzie radykalność zabiegu, bezpieczeństwo procedury i jakość życia operowanej przez nich Pacjentki. Biorą przy tym pod uwagę fizjologię jej piersi i towarzyszącym ciąży i okresowi po urodzeniu dziecka zmianom wszczepiając ekspanderoprotezę Beckera, pozwalającą na modyfikowanie jej objętości, a przez to wymiarów i kształtu piersi. Prezentowane rozwiązanie jest bardzo ciekawe dzięki niezbędnej w opisanym przypadku elastyczności metody. Kolejnym bardzo istotnym zagadnieniem zaprezentowanym przez Autorów jest zastosowanie limfoscyntygrafii w określaniu stopnia zaawansowania choroby. Poruszona zostaje kwestia zastosowania radioizotopu u pacjentki w ciąży. Dwa badania zespołów z Mediolanu (Gentillini O. i wsp., *Annals Oncol* 2004,15:1348-1351 i Gentillini O. i wsp., *Eur J Nucl Mol Imaging* 2010,37:78-83) pokazują bezpieczeństwo oznaczania węzłów wartowniczych u kobiet ciężarnych przy użyciu technetu ^{99m}Tc w dawce 12 i 10 Mbq. Prezentowane przez Autorów rozwiązanie metody radykalnego leczenia i jednoczasowej rekonstrukcji jest jednym niezwykle interesującym, efektywnym i pięknym przykładem zastosowania chirurgii u tej jakże szczególnej grupy chorych. Szczególnie istotnym i wartościowym wobec wymienionych na początku trudności.

dr n. med. Radosław Tarkowski