

Љубомир Рашовић

САВРЕМЕНЕ КОНЦЕПЦИЈЕ У ЛЕЧЕЊУ КАРЦИНОМА ДОЈКЕ

MODERN CONCEPTIONS IN BREAST CANCER TREATMENT

Извод

Аутор анализира резултате лечења 650 болесника са карциномом дојке, уз критички осврт на све хируршке методе лечења које се данас примењују у третирању рака дојке. Аутор је на основу сопственог искуства и резултата лечења до којих је дошао највећи број светских аутора анализирао све оперативне хируршке методе износећи све позитивне и негативне стране сваке од њих и дошао до закључка да само три од поменутих шест хируршких поступака имају оправдање у примени и то свака под одређеним индикацијама.

Abstract

In this paper the author analyses treatment results of 650 patients with breast cancer, making a critical view on all the methods for the surgical treatment which are used nowadays in treatment of breast cancer. On the basis of his own experience and treatment results of a great number of world authors, the author discussed all operative surgical methods giving positive and negative sides of each of them and concluded that only three of the six mentioned methods of surgical treatment have justification in application, each of them under specific indications.

Лечење рака дојке веома је сложен и још увек нерешен проблем савремене хирургије, у којем данас учествује читав тим стручњака. Све до почетка овог века лечење рака дојке припадало је искључиво хирургији.

Међутим данас, захваљујући великом напретку медицинске науке и најновијим достигнућима у овој области, опште је усво-

јено гледиште да највећи број болесника са раком дојке изискује комбиновану терапију.

За успешно лечење ове болести и њену прогнозу врло су важни извесни фактори који дјелују на избор и врсту лечења. Тако пол, године живота, еволутивност процеса, опсежност и локализација патолошког процеса битно утичу на избор терапијског поступка. Рано откривање рака уопште, посебно рака дојке, један је од веома важних фактора за успех лечења.

Поред хируршког лечења, које још увек представља основни вид лечења карцинома дојке, данас лечење може да се комбинује (или самостално примењује) зрачном, хормонском, хемио и, у новије време, имунотерапијом. Зрачна терапија уз хируршко лечење представља најчешћи облик комбинованог лечења рака дојке. Хормонска терапија има одређено место у комбинованој терапији карцинома дојке не само у случају удаљених метастаза и еволутивних запаљивих облика рака овог органа већ и као саставни допунски део хируршке и зрачне терапије. Хемиотерапија све се више примењује не само код узнапредованих карцинома дојке са удаљеним метастазама већ готово редовно као саставни део хируршких интервенција и то са више цитостатика одједном — полихемиотерапија.

У најновије време све се више у праксу уводи имунотерапија, за коју се сматра да будућност лечења рака ове локализације припада овој терапији. Међутим, још увек се не може оценити вредност овог лечења а поготову то не можемо ми који немамо искуства са њеном применом.

Полазећи од претпоставке да је рак дојке у почетку локализован процес, а да се тек доцније шири на регионалне најближе лимфне жлезде и даље, логично је било да се све више примењују радикалније и опсежније операције. Овакве радикалне операције значиле су напредак у лечењу ове болести, јер су резултати лечења били много бољи него раније, када је рак третиран као локално обољење. После ових интервенција уследиле су још радикалније и опсежније операције са егзезезом не само аксиларних већ и парастерналних и супраклавикуларних жлезда, чиме се постиже блокада лимфних путева не само према аксиларији већ и према стернуму и медијастинуму. Но, настављени покушаји да се све радикалнијим поступцима побољшају резултати лечења нису оправдали даљу њихову примену, поготову у свим случајевима болести, већ се уводе нове методе и индикације са другим допунским методама лечења.

Исцрпна анализа и проучавање резултата лечења ове болести добијених применом разних хируршких оперативних метода, наметнули су потребу класификације малигних тумора дојке на бази које би се одређивао начин лечења и процењивала вредност сваког поступка посебно. Основу за један овакав систем

дао је француски хирург Pierre Denoix 1953. год. а прихватила га Међународна унија за борбу против рака. Према овом систему ураћена је категоризација и обележавање малигнух тумора дојке позната као Т. N. M. систем (Т-тумор N-нодус M-метастаза). На основу овог система могу се доста прецизно проценити степен опсежности и брзина развоја малигног процеса и одредити најцелисходнија терапијска процедура.

Хируршко лечење рака дојке остаје и даље као основни вид лечења ове тешке болести а сви остали терапијски поступци представљају допунски део терапије. Данас, међутим, у примени је читав низ оперативних метода које се примењују у лечењу карцинома дојке а одређују се према величини, локализацији, еволутивности процеса итд. Овако велики број хируршких поступака често хирурга ставља пред сложену дилему за који технички поступак да се определи, када се нађе пред раком дојке. У савременој хирургији карцинома ове локализације, примењују се најразличитији технички оперативни поступци — од парцијалне, субкутане, просте до радикалне, модификоване радикалне и суперрадикалне мастектомије. Сваки од ових поступака има и присталица и противника. Међутим, ни један од поменутих хируршких захвата не може се применити у сваком случају рака дојке јер не постоји универзална оперативна метода лечења ове болести. Може се са сигурношћу рећи да је готово сваки случај рака дојке индикација за себе. Према томе, изабрати најадекватнији хируршки поступак један је од веома важних момената при лечењу карцинома дојке.

Циљ је савремене терапије не само да се постигне што дуже живљење после операције већ да се има у виду и квалитет живота после хируршке интервенције, тј. да сваки хируршки захват води рачуна и о естетским и функционалним резултатима после операције.

При избору оперативног поступка посебну пажњу треба обратити на опсежност патолошког процеса, величину тумора, однос тумора према зиду грудног коша и кожи, локализацију тумора, хистолошки тип тумора, инвазију аксиларног простора, удаљене метастазе као и на опште стање организма.

Права вредност једног хируршког поступка у лечењу рака дојке одређује се и цени према стопи преживљавања од 5 до 10 година после операције имајући при томе у виду естетске и функционалне резултате (укључујући ту едем руке, болове у рамену, покретљивост скапуле и реконструкцију коже грудног коша). Да би се имала права представа о предностима и недостацима сваког хируршког поступка који се данас примењују у лечењу рака дојке, потребно је критички проценити сваки поступак посебно (таб. 1).

Таб. 1. — Методе хируршког лечења карцинома дојке
 Tab. 1. — Surgical methods for breast cancer treatment

Врста операције Type of operation	Опсег хируршког рада Surgical volume bulk	Аксила Axill	Мишићи Muscles
Парцијална мастектомија Partial mastectomy	Уклањање $\frac{1}{3}$ дојке Elimination $\frac{1}{3}$ of breast	Без ревизије аксиле Without axill revision	Не дирају се Don't touched
Субкутана мастектомија Subcutaneous mastectomy	Оставља се мамила и кожа ареоле Mamill and areol skin is left	Без ревизије аксиле Without axill revision	Не дирају се Don't touched
Проста мастектомија Simple mastectomy	Скида се дојка у целини All breast is eliminated	Без ревизије аксиле Without axill revision	Не дирају се Don't touched
Модификована радикална мастектомија Radical mastectomy modified	Скида се дојка у целини All breast is eliminated	Ревизија аксиле, евакуација жлезда Axill revision glands evacuated	Не дирају се Don't touched
Халстедова радикална мастектомија Halsted radical mastectomy	Радикална мастектомија Radical mastectomy	Широка евакуа- ција жлезда Plain glands evacuation	Уклањају се оба мишића Both muscles are eliminated
Суперрадикална мастектомија Super-radical mastectomy	Радикална мастектомија Radical mastectomy	Евакуација акси- ле евакуација жлезда дуж ма- марије интер. Axill evacuation Glands evacuation along mamarie inter.	Уклањају се оба мишића Both muscles are eliminated

Парцијална мастектомија најдискутабилнија је од свих хируршких операција у лечењу карцинома дојке. Овим поступком предвиђа се уклањање једне трећине дојке без вођења рачуна о полицентричности тумора и инвазији аксиларних жлезда. Велики број рецидива и ниска стопа преживелих 5 до 10 година после операције дисквалификују поступак као хируршку методу у лечењу рака овог органа. Истина, естетски и функционални резултати много су бољи него при радикалним операцијама.

Субкутана мастектомија којом се оставља кожни покривач ареоле и брадавица неприхватљива је метода јер ни сама мастектомија не може бити радикално изведена а не предвиђа уопште ревизију аксиларног простора. Чести локални рецидиви, велики број метастаза и веома ниска стопа преживљавања искључују из примене и овај поступак. Овај технички поступак индикуван је једино у случају тзв. преканцерозних мастопатија.

Проста мастектомија (simplex). Овим поступком уклања се у целини дојка без хируршке и хистолошке провере аксиле. Примена ове методе била би оправдана уколико се са сигурношћу може искључити малигна инвазија аксиларних жлезда. Поставља се питање да ли је могуће палпацијом искључити малигну инвазију аксиларних жлезда без хируршке ревизије аксиле и биопсије. Miller саопштава резултате добијене овом методом: 43% болесника преживи 10 година после операције, и то само за први стадијум, док за други стадијум преживљавање пада на 20%.

Модификована радикална мастектомија прихваћена је од великог броја установа и хирурга. Овим поступком уклања се у целини дојка уз радикалну ревизију и евакуацијом аксиларних жлезда али се при томе остављају оба пекторална мишића. Овај поступак има своје одређено место при лечењу карцинома дојке у једном броју случајева. По нашем мишљењу, овај поступак има своје оправдање ако аксиларне жлезде нису захваћене или је захваћен само доњи спрат аксиле и то са издвојеним солитарним мобилним јасно ограниченим жлездама. Међутим, ако се ради о инвазији жлезда у куполи аксиле тврдим фиксираним и конфлуентним жлездама, немогуће је радикално очистити аксилу без уклањања пекторалних мишића. Hendley у својој статистици износи резултате добијене овом методом: преживљавање 10 година у 60% случајева за први стадијум а 32% за други стадијум ове болести. Функционални и естетски резултати, као и реконструкција кожног покривача, много су повољнији него после радикалних мастектомија, где се уклањају оба пекторална мишића.

Како су резултати лечења добијени овим поступком готово истоветни као и резултати при радикалним мастектомијама, али само за одређене стадијуме ове болести а са бољим естетским и функционалним резултатима, овај поступак је прихваћен од великог броја институција и хирурга који се баве хирургијом карцинома дојке, али под условом да се, поред конзервације пекторалне мускулатуре, увек уради радикална и минуциозна евакуација пазушних жлезда и масног ткива аксиле.

Радикална мастектомија још од 1894. год. описана и у праксу уведена од стране Halsted-a, постала је метода избора у лечењу карцинома дојке и дала боље резултате, глобално узев,

у смислу дужине живота после операције, од свих осталих, мање радикалних поступака. Овај захват примењиван је, и још увек се примењује, углавном, може се рећи, у свим случајевима карцинома дојке, без вођења рачуна о категоризацији и степену болести. Међутим, како смо и раније истакли, с обзиром на то што не постоји универзална хируршка метода за лечење ове болести, ни Halsted-ova операција није индикована у сваком случају. Пошто естетски и функционални резултати (едем руке, болови, непокретљивост скапуле итд.) добијени овим поступком, не задовољавају а преживљавање извесних категорија исто је као и у случају радикалне модификоване мастектомије, то се овај поступак не примењује за одређене категорије болесника.

Суперрадикална мастектомија индикована је код централно-положених тумора и карцинома унутрашњег квадранта дојке. Према Urban-у, то је метода избора за све малигне туморе ове локализације јер даје најбоље резултате. Примена овог поступка за лечење тумора средњег и унутрашњег квадранта сасвим је логична и теоријски оправдана. Ипак, овај поступак није прихваћен од највећег броја институција и хирурга који се баве овим проблемом јер резултати лечења добијени овим поступком од стране других аутора нису оправдали њену примену. Сама операција је мутилантна а оперативна траума велика па је и то један од разлога који је утицао да се овај поступак шире не примењује. Ми немамо искуства са овим поступком, и не можемо ценити његову вредност.

Као што се види, примењивање искључиво једног одређеног хируршког поступка за све болеснике са карциномом дојке није добар принцип. То значи да сваки случај рака дојке треба посматрати индивидуално и држати се принципа да оперативна траума буде што мања а резултати лечења што бољи.

Дугогодишње разматрање и анализа резултата лечења показали су да су величина тумора и стање аксиларних жлезда два основна фактора који утичу на избор и резултате лечења. Испитивања у Институту „Густав Руси“ показала су да је преживљавање од 5 година после операције управо сразмерно величини тумора, тј. уколико је тумор већи, резултати су лошији. За T1, другим речима, за туморе до 2 cm величине, стопа преживљавања од 5 година је 80%, али пада на 73% за T2 и на 65% за T3 (L a s o u r J. 1975).

Што се тиче стања аксиларних жлезда No стопа преживљавања варира од 91% за T1 до 80% за T3. Међутим, N+ стопа преживљавања је много нижа: 72% за T1 а 60% за T3.

Према томе, види се да су величина тумора и малигна инвазија аксиларних жлезда два основна елемента од којих зависи успех лечења. Истовремено, ова чињеница може да нас упути и на сам избор хируршког поступка.

Сви модалитети хируршких интервенција који се примењују у лечењу рака дојке могу да се сврстају у две основне групе: економичне интервенције, чији је главни представник проста мастектомија, и радикалне интервенције, где спадају све интервенције које подразумевају, поред мастектомије, и хируршку евакуацију аксиларних жлезда (таб. 2).

Таб. 2. — Две основне групе интервенција
Tab. 2. — Two fundamental interventional groups

Групе Groups	Главни представник Main representative	Ређе се примењује Rarely applied
Економичне Economical	Проста мастектомија Simple mastectomy	Парцијална и субкутана мастектомија Partial and subcutaneous mastectomy
Радикалне Radical	Halsted-ова и модификована Halsted-ова мастектомија Halsted and modified Halsted mastectomy	Суперрадикална мастектомија Super-radical mastectomy

Наша запажања односе се на 655 оперисаних болесника од рака дојке. Жене су у много већем броју заступљене од мушкараца: (98% : 2%).

Ми смо углавном користили три хируршка поступка: просту мастектомију, модификовану радикалну и Halsted-ову операцију (таб. 3).

Таб. 3. — Врсте наших интервенција по стадијумима
Tab. 3. — Types of our interventions in stages

Врста Type	I стадијум I stage	II стадијум II stage	III стадијум III stage	IV стадијум IV stage	Укупно Total
Проста мастектомија Simple mastectomy	19	18	—	—	37
Модификована радикална мастектомија Radical mastectomy modified	67	245	43	—	355
Halsted-ова мастектомија Halstad mastectomy	31	103	101	28	263
Total %	117 17,86	366 55,87	144 21,99	28 4,28	655 100

Испитивањем латалитета према врсти хируршке интервенције ми смо анализом наших болесника дошли до једног закључка: да је највећа смртност болесника у којих је рађена проста мастектомија а најбољи резултат дала је Halstedt-ова операција.

Треба, ипак, имати у виду да међу болесницима у којих је рађена проста мастектомија има један одређени број болесника са удаљеним метастазама и мастектомија је рађена само као палијативна интервенција.

ЗАКЉУЧАК

По нашем мишљењу, а то је и гледиште највећег броја савремених аутора, тамо где не постоји малигна инвазија аксиларних жлезда, проверена хируршком експлорацијом и биопсијом, индикована је проста мастектомија (T1 No Mo).

Међутим, уколико постоји малигна инвазија аксиларних жлезда које су мобилне, ограничене и које не захватају куполу аксиларне шупљине, индикована је мастектомија и евакуација свих жлезда и масног ткива аксиле, уз очување оба пекторална мишића (T1 No T1 N2 T2 No T2 N1) — модификована радикална мастектомија.

Ако су аксиларне жлезде фиксирани, конфлуентне и захватају и горњи спрат аксиле, индикована је радикална Halstedt-ова мастектомија уз уклањање оба пекторална мишића. (T2—N2 T2N3 T3N1 T3N2).

У осталим случајевима рака дојке хирург одређује свој став у зависности од узнапредовалости процеса и општег стања болесника. По нашем мишљењу, где год је то могуће, треба урадити мастектомију, јер сматрамо да је палијативна мастектомија боља од свих других палијативних начина лечења; разуме се, уз пуну допунску зрачну, хемио и хормонску терапију.

БИБЛИОГРАФИЈА

1. Atkins, H., Hayward, J. L., Klugman (1972): Treatment of early breast cancer a report after ten years of a Clinical trial. Brit. Med. J. 2: 423.
2. Brinkley, D., Haybittle, J. L. (1971): Treatment of stage II carcinoma of the female breast. Lancet 2: 1086.
3. Crile G., Fisher B., Pilch Y. (1977): Invited commentary on progress in the treatment of breast cancer. World Jour. Surg. 1, 353: 359.
4. Editor F., Forest Ch. (1977): Progress in the treatment of breast cancer. World Jour. Sur. 1, 281—283.

5. Forrest A., Roberts E. and oll (1977): Simple mastectomy and pectoral node biopsy. World Jour. Surg. 1, 320—323.
6. Guillet B. (1975): Cancer du sein et chirurgie generale Ann. Chir. 29 (9), 865—867. (Table ronde)
7. Lacour J. (1975): Chirurgie large ou chirurgie conservatrice dans le traitement du cancer du sein. Ann. Chir. 29 (9), 860—864.
8. Mayer M., Colon J., Noel P. (1975): L'examen de la piece operatoire (Mastectomie et evidentement celluloganglionnaire axillaire sous pectoral) deductions sur la conduite therapeutique. Ann. Chir. 29 (9), 868—870.
9. Reynier J. (1975): A propos du cancer mammaire. Le chirurgien face au fait pathologique. Ann. Chir. 29 (9), 856—860.
10. Snyder R. (1977): The surgeon's problem with breast cancer. Screening programs. World J. Surg. 1, 349—352.
11. Stewart H. (1977): Controlled trials in the treatment of „Early” breast cancer: A review of published results. World J. Surg. 1, 309—313.

MODERN CONCEPTIONS IN BREAST CANCER TREATMENT

by

Ljubomir RAŠOVIĆ

Summary

In this paper the author analyses the results of treatment of 650 patients with breast cancer, making a critical view of all the methods for surgical treatment which are used nowadays in breast cancer treatment. On the basis of his own experience and treatment results of a great number worlds authors, the author discussed all operative surgical methods, giving positive and negative sides and concluded that where there is no presence of malignant invasion of axillary glands experienced by surgical exploration and biopsy, simple mastectomy is indicated (T1 No Mo).

However, if there is malignant invasion of axillary glands which are mobile, limited and which do not reach the dome of the axillary cavity, mastectomy and evacuation all the glands and axill fatty tissue is indicated with protection of both pectoral muscles (T1 No T1 N2 T2 No T2 N1) — Modified radical mastectomy.

If fixed axillary glands are confluent and reach the upper floor of the axill, a radical Halsted mastectomy is indicated with removing of both pectoral muscles (T2-N2 T2N3 T3N1 T3N2).

In other cases of breast cancer, the surgeon defines his own attitude toward the process development and the general conditions of the patient. In our opinion, everywhere mastectomy is possible and has to be done, because we think that palliative mastectomy is better than all other palliative methods, certainly with full additional radiation, chemical and hormonal therapy.

