

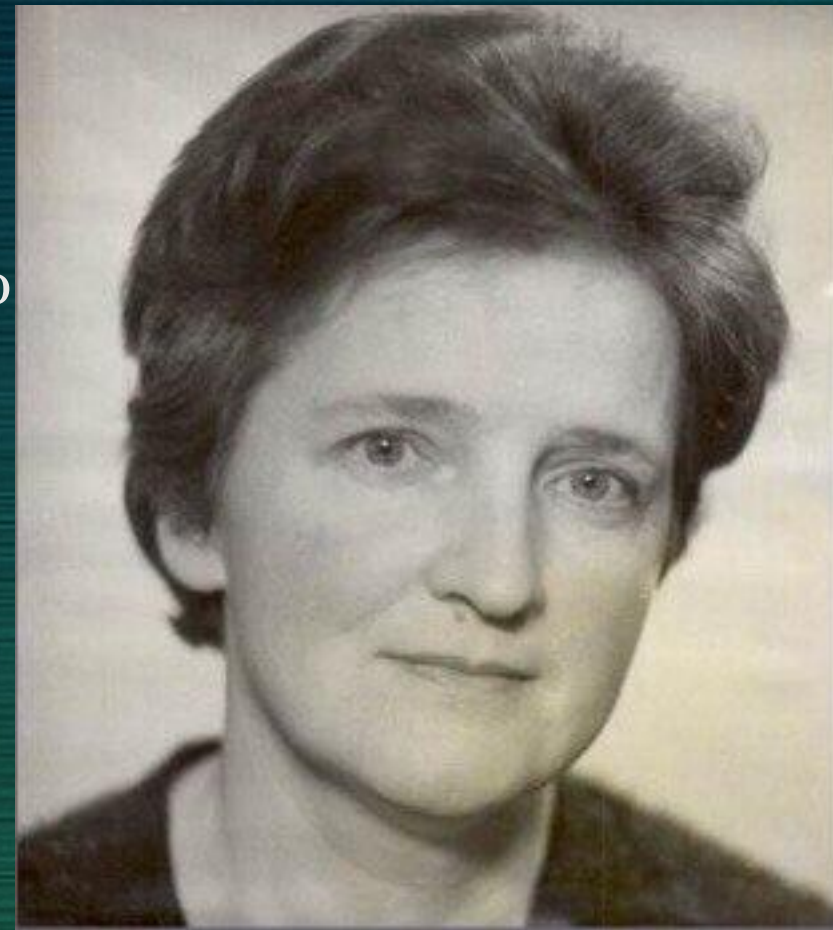
Опыт
органосохраняющих
оперций при раке
молочной железы в
ОБУЗ КОКОД

2017г.

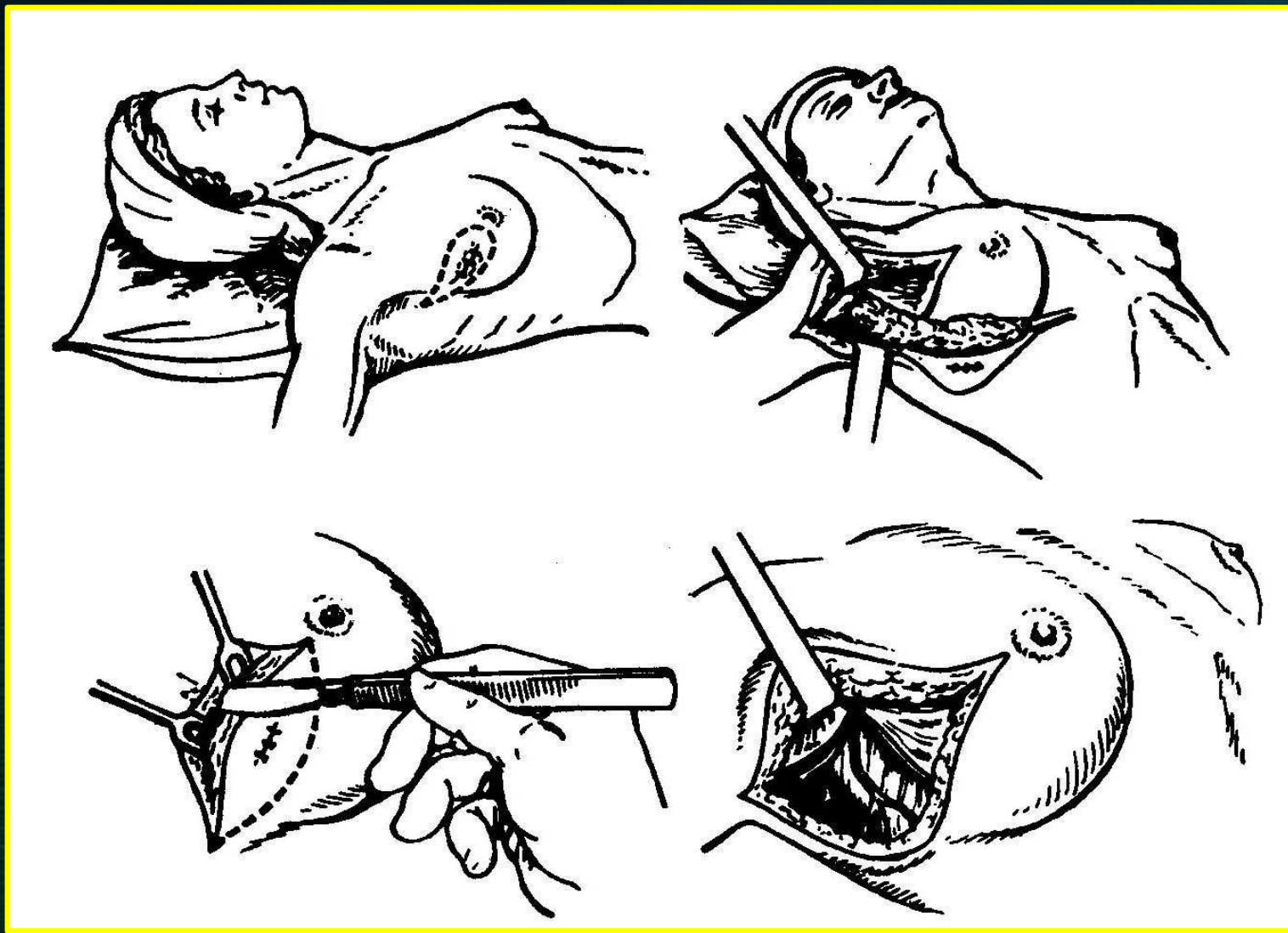
Органосохраняющие операции в сочетании с ЛТ- один из стандартов местного лечения

Вишнякова В.В. О возможности уменьшения объема оперативного вмешательства в радикальном лечении рака молочной железы. Вестник АМН СССР, 1976,2, 57-61

- U. Veronesi-1966 .Органосохраняющая операция при раке молочной железы.
- В РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН органосохраняющие операции выполняются с 70-х годов, когда В.В. Вишнякова представила радикальную резекцию-органосохраняющую операцию при латеральных локализациях небольших (до 3 см) опухолей.
- Операция заключается в клиновидном иссечении $1/3 - 1/4$ объема молочной железы, включающего опухоль, единым блоком с кожей, фасцией большой грудной мышцы и клетчаткой I-III уровней.
- В ОБУЗ КОКОД первая радикальная резекция выполнена в 1987г. И.Г Шевченко



Классическая радикальная резекция



Можно выделить три типа органосохраняющих операций

- Широкие клиновидные резекции (радикальная резекция, квадрантэктомия, парциальная мастэктомия)
- Лампэктомия (секторальная резекция) – экономная резекция с простейшими техническими решениями, повышающими косметичность.
- Онкопластические резекции – используются техника пластических операций для восстановления формы железы и дефицита ткани (перемещение лоскутов и др.)
- Основным требованием к органосохраняющим операциям является онкологическая безопасность, что подразумевает невысокую частоту местных рецидивов и отсутствия провоцирования отдаленного метастазирования .

**Одним из преимуществ является хороший
косметический результат**







Радикальная резекция из двух разрезов



Органосохраняющие операции

- С 1988 по 2015 год
радикальные резекции
выполнены 886 больным
- Секторальная резекция без
аксиллярной лимфодиссекции
выполнена 224 больным

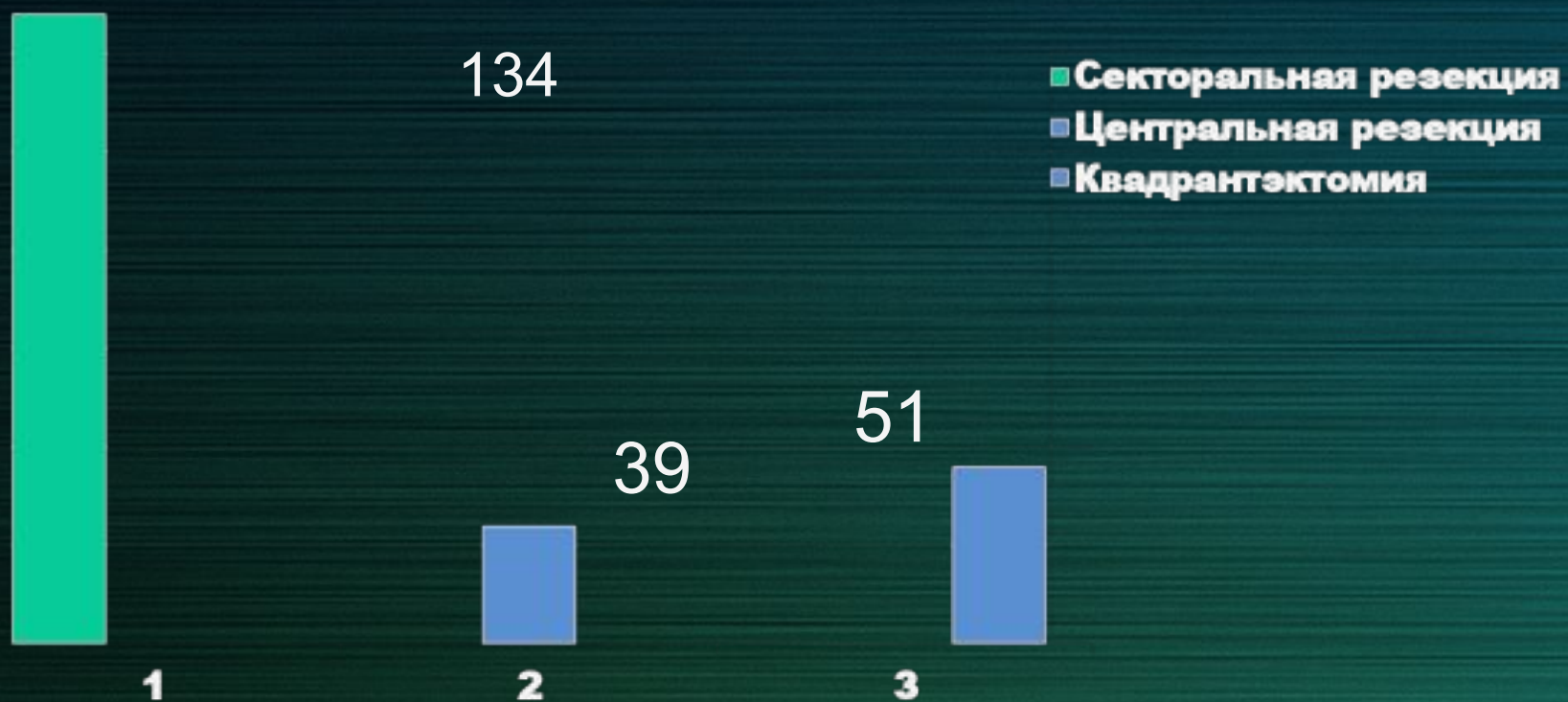
«Варианты локорегионарной операции существенно не влияют на выживаемость»

B. Fisher

Органосохраняющие операции



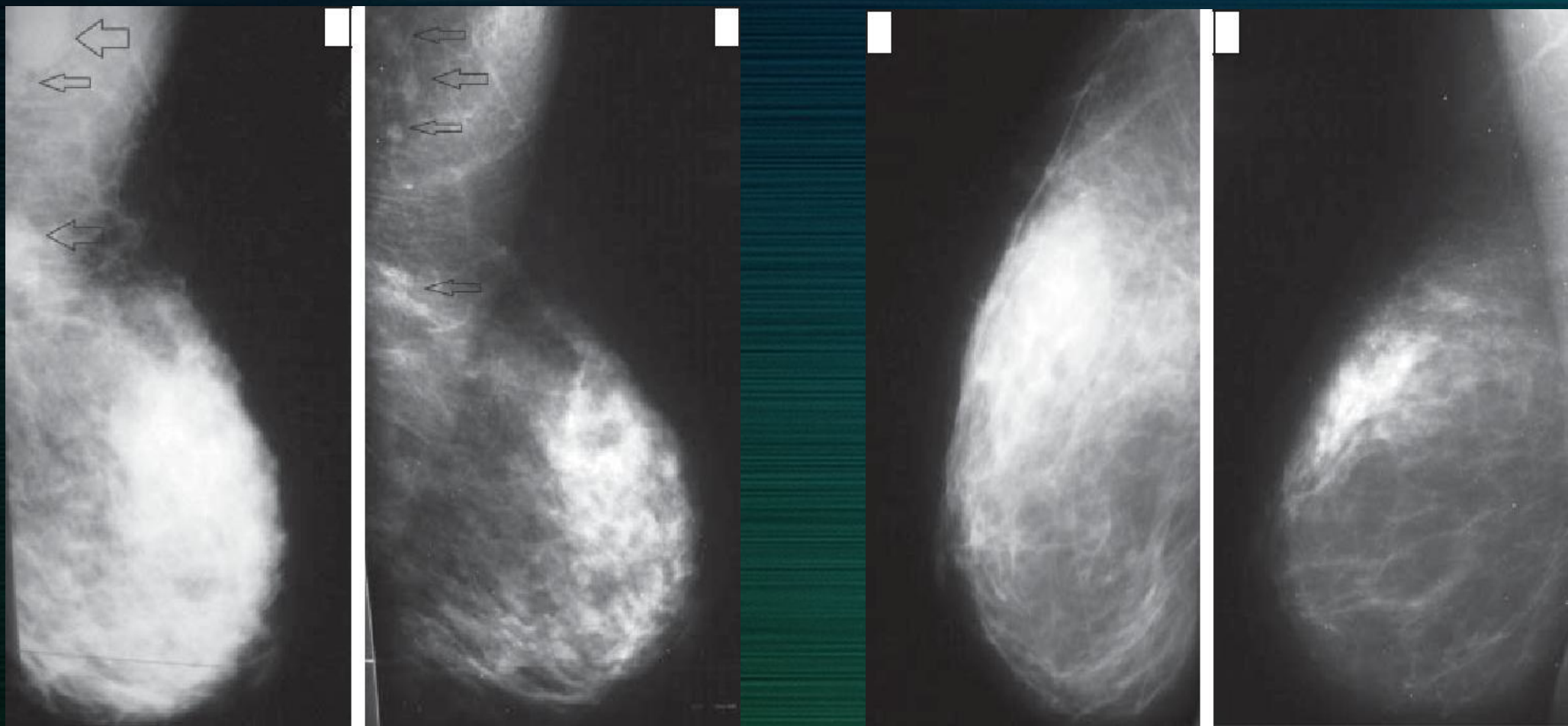
Органосохраняющие операции без лимфодиссекций



Распределение больных, с выполненными радикальными резекциями по стадиям заболевания

стадия	Количество операций
In situ	57
I	292
IIA	388
IIБ	99
IIIA (T1N2M0)	34
IIIB (T2N2M0)	16

Регресс опухоли после неoadъювантной химиотерапии



Показания к органосохраняющим операциям

- Узловая форма
- Опухоль до 3 см
- Достаточный объем молочной железы
- Отсутствие микрокальцинатов
- Отсутствие "дорожки к соску"
- Отсутствие BRCA - мутации

Аутопластика (ТДЛ)



Первые сутки после операции



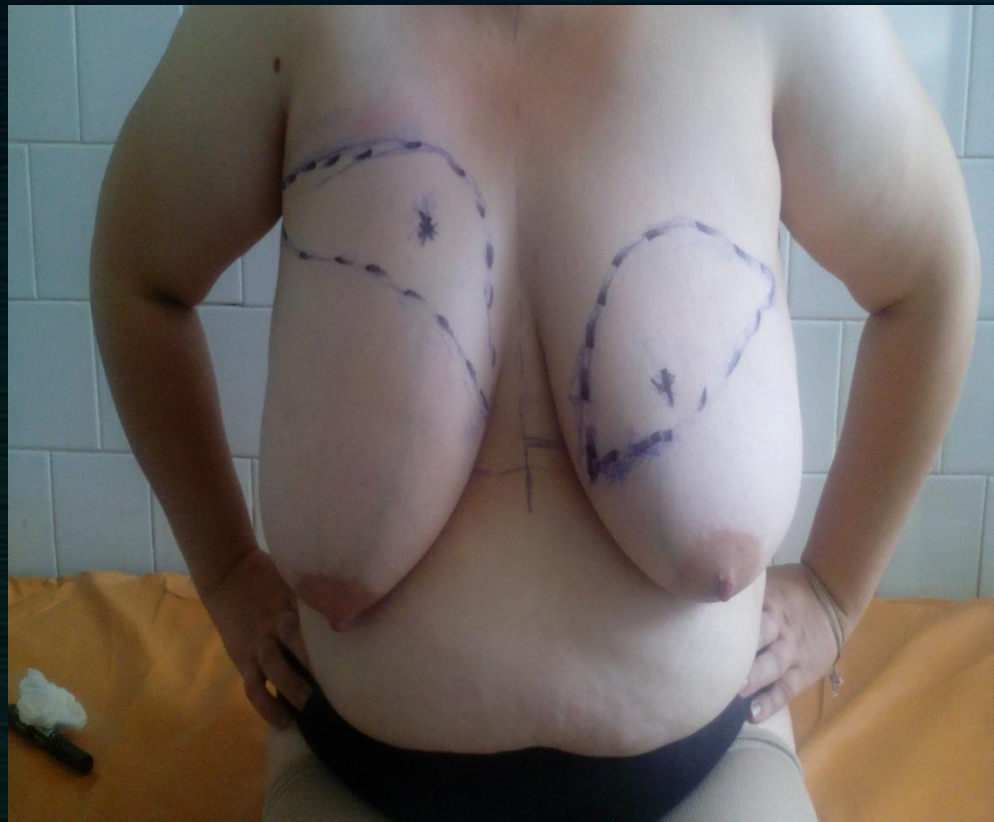
Один месяц после лучевой терапии



Аутопластика с перемещением собственной ткани



Первые сутки после операции



Лучевая терапия- обязательный компонент лечения после органосохраняющих операций по поводу рака молочной железы

- Стандартное облучение оставшейся части молочной железы
- С учетом факторов риска локального рецидива определяются показания к облучению ложа опухоли (BOOST)
- Проведение лучевой терапии на зоны метастазирования при поражении 4-х и более лимфатических узлов.

При поражении 1-3 лимфатических узлов определяются индивидуально (с учетом ИГХ и локализации опухоли)

Адьювантная терапия

Таблица 1. Рекомендации по лечению подтипов РМЖ: консенсус международных экспертов (St.Gallen, 2011)

Подтип	Клинико-патологические характеристики	Тип терапии	Дополнения
Люминальный А	Люминальный А: ЭР и/или ПР+, HER2-отрицательный, низкий Ki-67 (<14%)	Только гормонотерапия	Цитотоксические агенты в случае «высокого риска» (>3 N+; высокий риск по шкале Oncotype)
Люминальный В	Люминальный В HER2-отрицательный: ЭР и/или ПР+, HER2-отрицательный, высокий Ki-67	Гормонотерапия +/- цитотоксическая терапия	Цитотоксические агенты в случае «высокого риска» (>3 N+; высокий риск по шкале Oncotype; низкий уровень экспрессии рецепторов гормонов)
	Люминальный В HER2-положительный: ЭР и/или ПР+, HER2-положительный, любой Ki-67	Цитотоксические агенты + анти-HER2-гормонотерапия	Нет данных по исключению ХТ
HER2-позитивный	HER2-положительный (нелюминальный)	Цитотоксические агенты + анти-HER2	При низком риске (pT _{1a} , N ₀) терапия не проводится
Базальноподобный	Тройной негативный (протоковый) ЭР и ПР отсутствуют, HER2-отрицательный	Цитотоксические агенты	
Эндокринно-чувствительные	Особые гистологические подтипы: крибриформная, тубулярная, муцинозная карциномы	Гормонотерапия	
Эндокринно-нечувствительные	Апокриновая, медуллярная, железисто-кистозная, метапластическая карциномы	Цитотоксические агенты	Медуллярная и железисто-кистозная карциномы – в случае N ₀ лечение не проводится

Жизнь больных после органосохранных операций с 1988 по 2015 год (1110 клинических случаев)

Частота локальных рецидивов после радикальной резекции в том числе 5 лет и более	32 9 (3,7%)
Выполнено после выявления рецидивов	Мастэктомии 29 Резекция 12
Рак молочной железы с другой стороны	18

При мастэктомии частота локальных рецидивов составляет 2,5-4,6%

Повышение частоты местного рецидива (МР) – закономерная особенность органосохраняющего лечения РМЖ T1-2N0-1M0

Авторы	Частота МР после органосохраняющего лечения	Частота МР после РМЭ
Vishnyakova V.V. et al., 1986 (СЭВ)	9,1% (7-летние)	2,6-3,7%
U.Veronesi et al., 2002 (INT)	8,8 % (20-летние)	2.3%
B.Fisher et al., 2002 (NSABBP)	39,2-14,3% (20-летние)	
van der Hage JA 2003 EORTC	10.8%	5.9%
С.М.Портной и соавт., 1998 (РОНЦ им. Н.Н.Блохина)	4,0-5,5%	2,4%

- Значимость органосохраняющих операций для женщин неоспорима;
- Органосохраняющие операции являются методом выбора оперативного лечения при T1-2No-1Mo (с учетом критериев отбора);
- Органосохраняющие операции должны быть дополнены ДЛТ и системной терапией;
- Выполнение органосохраняющих операций вместо традиционных мастэктомий не ухудшает отдаленные результаты лечения

Перспективы

- Дальнейшее развитие органосохраняющих онкопластических операций (аутопластика)
- Внедрение в практику методики удаления сторожевых лимфатических узлов
- Внедрение в практику кожесохраняющих, кожесберегающих мастэктомий с эндопротезированием (аллопластика)

Спасибо за
внимание