

© Коллектив авторов, 2014
УДК 618.19-006.6-089.844

Е. М. Бит-Сава, Р. М. Ахмедов, М. А. Моногарова

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С BRCA1-АССОЦИИРОВАННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра факультетской хирургии с клиникой (зав. — проф. В. М. Седов) и кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии (зав. — проф. М. Б. Белогурова), ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет» Минздрава РФ

Ключевые слова: рак молочной железы, реконструктивно-пластическая операция

Ежегодно в мире рак молочной железы (PMЖ) диагностируется у 1 млн 400 тыс. женщин, до 10% заболеваемость обусловлена мутациями в генах репарации ДНК. Носительство мутаций BRCA1 увеличивает риск развития PMЖ до 65–90%, риск возникновения рака во второй молочной железе — до 45% [4, 5]. По результатам сравнительного анализа электронных опросников Национального общества генетических консультантов (NSGC, Cancer Special Interest Group) в 1998 и 2012 гг., на вопрос: «Ваши рекомендации при наличии 50% риска развития BRCA-ассоциированного рака, с учётом широких возможностей профилактической медицины» выявлено статистически значимое увеличение доли специалистов, которые сделают выбор в пользу профилактической двусторонней мастэктомии и удаления матки и яичников при Lynch-синдроме ($p < 0,005$). К сожалению, динамическое наблюдение с частыми магнитно-резонансной томографией, эхографией и маммографией не снижает риск развития, а ведёт лишь к диагностике на ранней стадии BRCA1-ассоциированного PMЖ, тогда как хирургические превентивные меры позволяют снизить фатальный риск развития злокачественной опухоли на 96% [3]. На сегодняшний день подкожная или коже-сохраняющая мастэктомия проводится с одномоментной реконструктивно-пластической операцией, что, несомненно, улучшает качество жизни больных с PMЖ [6]. Показанием для проведения профилактической мастэктомии

с одномоментной реконструкцией у больных с PMЖ является носительство высокопенетрантных мутаций в генах репарации ДНК — BRCA1 или BRCA2 [1, 2]. Представленный клинический пример демонстрирует возможность выполнения реконструктивно-пластической операции после комплексного лечения в отсроченном порядке.

Больная Р., 34 года, поступила 20.10.2013 г. в клинику факультетской хирургии с диагнозом метастатический билатеральный наследственный BRCA1-ассоциированный PMЖ, состояние после комплексного лечения. С февраля 2009 г. в Онкологическом диспансере г. Екатеринбурга по поводу PMЖ слева T1N0M0 проведено комплексное лечение (гемирезекция по Блохину, 4 цикла адъювантной полихимиотерапии по схеме AC: доксорубин 60 мг/м², циклофосфан 600 мг/м², лучевая терапия, гормонотерапия). По данным гистологического и иммуногистохимического анализа, опухоль представлена низкодифференцированным раком без метастазов в лимфатических узлах, экспрессия рецепторов эстрогенов — 4 балла, прогестерона — 0 баллов, гиперэкспрессия HER-2/neu — негативная; реакция с Ki-67 — положительная. В 2012 г. в Онкологическом диспансере г. Екатеринбурга с диагнозом PMЖ справа T1N1M0 больной проведено комплексное лечение (гемирезекция по Блохину, 2 цикла адъювантной полихимиотерапии по схеме AC, 4 цикла в монорежиме цисплатина). По данным гистологического и иммуногистохимического анализа, опухоль представлена инфильтрирующим раком, в 2 лимфатических узлах выявлены метастазы; биологический подтип представлен трижды негативным. В соответствии с данными молекулярно-генетического тестирования от 16.05.2012 г. (НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова Санкт-Петербурга), выявлена мутация в гене BRCA15382insC, больная консультирована врачом-генетиком. 16.01.2013 г. в г. Екатеринбурге выполнена билатеральная профилактическая лапароскопическая овариэктомия (по данным гистологического заключения в придатках без признаков атипии).

Сведения об авторах:

Бит-Сава Елена Михайловна (e-mail: bit-sava@mail.ru), Ахмедов Руслан Мерзалиевич (e-mail: little-doctor1989@yandex.ru), Моногарова Мария Александровна (e-mail: monomarishka@mail.ru), кафедра факультетской хирургии с клиникой и кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии, Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

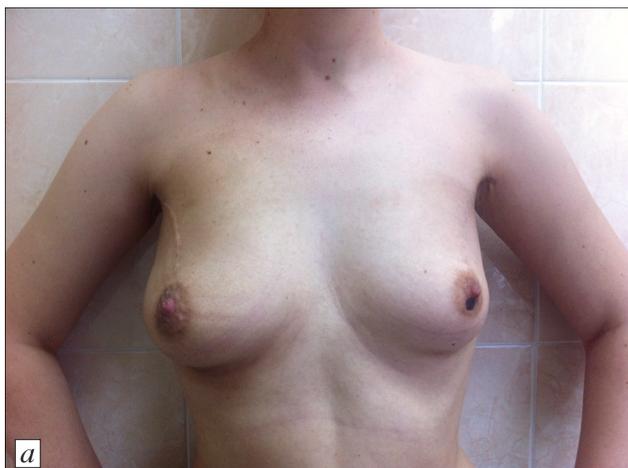


Рис. 1. Больная Р., 34 года.

а — вид молочных желёз до реконструктивно-пластической операции (асимметрия молочных желёз после органосохраняющих операций); *б* — после реконструктивно-пластической операции молочных желёз (7-е сутки после билатеральной подкожной мастэктомии с сохранением сосково-ареолярных комплексов и одномоментной реконструкцией собственными тканями с комбинации с эндопротезами); *в* — после реконструктивно-пластической операции молочных желёз спустя 3 мес



В клинику факультетской хирургии обратилась с целью проведения реконструктивно-пластической операции. При локальном осмотре в верхненаружных квадрантах обеих молочных желёз определяются плотные рубцы после органосохраняющих операций, шириной от 0,5 до 1 см, длиной 11 и 13 см. Узловых образований при пальпации не выявлено. Соски не втянуты, выделений нет. Под- и надключичные лимфатические узлы с обеих сторон не пальпируются. Местных и локорегионарных рецидивов нет (рис. 1, а). При дополнительных методах исследования (маммография, эхография молочных желёз, органов брюшной полости и малого таза, рентгенография органов грудной клетки, остеосцинтиграфия, позитронно-эмиссионная томография) отдалённых метастазов не выявлено. Больной выполнена билатеральная подкожная мастэктомия с сохранением сосково-ареолярных комплексов и одномоментной реконструкцией собственными тканями передней грудной и брюшной стенки в комбинации с эндопротезами Веcker-35, 250 мл. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная, симптоматическая терапия, дренажная система удалена на 10-е сутки, в удовлетворительном состоянии больная выписана под наблюдение хирурга-онколога. Непосредственный эстетический результат пациенткой оценён как «отличный» (рис. 1, б, в).

Другой клинический пример демонстрирует возможность проведения профилактической подкожной контралатеральной мастэктомии у больной с монологатеральным BRCA1-ассоциированным

РМЖ с одномоментной реконструктивно-восстановительной операцией обеих молочных желёз.

Больной Ю., 35 лет, в 2007 г. с диагнозом рак правой молочной железы T2N0M0 (трижды негативный подтип) выполнена мастэктомия по Пейти, в адьювантном режиме проведено 6 циклов полихимиотерапии по схеме FAC (5-фторурацил 500 мг/м², доксорубин 50 мг/м², циклофосфамид 500 мг/м²). С учётом результатов медико-генетического обследования (выявлена мутация BRCA14153d-e1A) и скрининга отдалённых метастазов (не выявлены) больной 16.12.2008 г. выполнена профилактическая подкожная контралатеральная мастэктомия с одномоментной реконструктивно-пластической операцией обеих молочных желёз с использованием эндопротезов и собственных тканей (большая грудная, передняя зубчатая мышца) (рис. 2, а, б). В качестве аллотрансплантатов применялся экспандер объёмом 350 мл, через 5 мес выполнена замена на силиконовый анатомический имплантат объёмом 275 мл с реконструкцией сосково-ареолярного комплекса. Послеоперационный период протекал без осложнений, проводилась антибактериальная, симптоматическая терапия, дренажная система удалена на 9-е сутки, в удовлетворительном состоянии больная выписана под наблюдение хирурга-онколога. За период наблюдения (6 лет) отдалённых метастазов и местного рецидива не выявлено, рекомендован татуаж правой ареолы, эстетический



Рис. 2. Больная Ю., 35 лет.

а — вид левой молочной железы до реконструктивно-пластической операции (состояние после мастэктомии по Пейти справа, мастоптоз слева II степени). Вид сбоку слева; б — после реконструктивно-пластической операции через 6 лет (после профилактической подкожной мастэктомии с сохранением сосково-ареолярных комплексов, мастопексии и одномоментной реконструкции собственными тканями с комбинацией эндопротезами). Вид сбоку слева; в — вид правой молочной железы до реконструктивно-пластической операции (состояние после мастэктомии по Пейти справа, мастоптоз слева II степени). Вид сбоку справа; г — после реконструктивно-пластической операции через 6 лет (реконструкция правой молочной железы собственными тканями в комбинации с эндопротезом и сосково-ареолярного комплекса свободным кожным трансплантатом). Вид сбоку справа

результат стабильный, оценивается пациенткой как «хороший» (рис. 2, в, г).

Проведение реконструктивно-пластических операций позволяет улучшить эстетические результаты хирургического лечения больных с РМЖ, ассоциированного с мутациями в гене BRCA1. Подкожная мастэктомия с одномоментной реконструкцией проводится для профилактики рака контралатеральной молочной железы у больных с моностеральным BRCA1-ассоциированным РМЖ и позволяет снизить заболеваемость среди носителей высокопенетрантных мутаций [2]. Таким образом, реконструктивно-пластические операции позволяют у больных с BRCA-ассоциированным РМЖ улучшить отдаленные результаты безрецидивной выживаемости, снизить заболеваемость контралатеральным РМЖ без снижения эстетической составляющей качества жизни.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Khansa I., Wang D., Coriddi M., Tiwari P. et al. Timing of prophylactic hysterectomy-oophorectomy, mastectomy, and microsurgical breast reconstruction in BRCA1 and BRCA2 carriers // *Microsurgery*. 2013. Vol. 7. № 10. P. 1002.
2. Lizarraga I.M., Sugg S.L., Weigel R.J., Scott-Conner C.E // *Am. J. Surg.* 2013. Vol. 206. № 5. P. 704–708.
3. Matloff E.T., Bonadies D.C., Moyer A., Brierley K.L. Changes in specialists' perspectives on cancer genetic. Testing, prophylactic surgery and insurance discrimination: then and now // *J. Genet. Couns.* 2013. Vol. 13. P. 142–144.
4. Nippert I., Julian-Reynier C., Harris H. et al. Cancer risk communication, predictive testing and management in France, Germany, the Netherlands and the UK: general practitioners and breast surgeons current practice and preferred practice responsibilities // *J. Community Genet.* 2014. Vol. 5. № 1. P. 9–79.
5. Pan H., He Z., Ling L. Reproductive factors and breast cancer risk among BRCA1 or BRCA2 mutation carriers: results from ten studies // *Cancer Epidemiol.* 2013. Vol. 11. P. 121–128.
6. Peled A.W., Irwin C.S., Hwang E.S. et al. Total skin-sparing mastectomy in BRCA mutation carriers // *Ann. Surg. Oncol.* 2014. Vol. 21. № 1. P. 37–41.

Поступила в редакцию 12. 02.2014 г.