

Торакоепигастральный лоскут для реконструкции молочной железы при раке

А.Д. Зикийходжаев, Э.К. Сарибекян, Е.А. Рассказова

ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» – филиал
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России;
Россия, 125284, Москва, 2-й Боткинский проезд, 3

Контакты: Елена Александровна Рассказова rasskaz2@yandex.ru

Реконструктивные операции при раке молочной железы (РМЖ) являются неотъемлемым методом реабилитации онкологических больных. Реконструкция молочной железы может быть отсроченной или одномоментной.

В статье представлено описание использования торакоепигастрального лоскута для реконструкции молочной железы при раке. Операция подразумевает замещение удаленного объема (после радикальной резекции молочной железы) и кожи молочной железы соседними тканями, прилежащими к субмаммарной складке со стороны передней брюшной стенки. Операция показана при локализации опухоли в нижних отделах молочной железы, ближе к коже, в сочетании с небольшим размером молочной железы.

В статье представлен клинический пример данной операции. Подробно описана операция, получен хороший косметический результат.

Преимущества применения торакоепигастрального лоскута заключаются в простоте техники его выполнения, хорошем кровоснабжении, донорская рана легко ушивается благодаря возможной широкой отсепаровке прилежащей кожно-подкожной клетчатки. Недостатки метода состоят в ограниченном объеме и необходимости тщательного контроля за прободающими ветвями верхней надчревной артерии. Таким образом, торакоепигастральный лоскут может быть применим при выполнении реконструктивно-пластических операций по поводу РМЖ с соблюдением необходимых требований к формированию лоскута, корректное отношение к питающим лоскут сосудам практически исключает возможные осложнения с его приживлением.

Несомненно, реконструктивно-пластические операции при РМЖ при показаниях и технических возможностях являются необходимым компонентом хирургического лечения.

Ключевые слова: рак молочной железы, реконструкция молочной железы, одномоментная реконструкция, хирургическое лечение, торакоепигастральный лоскут, реабилитация, косметические результаты

DOI: 10.17650/1994-4098-2015-11-4-35-38

Thoraco-epigastric flap for breast reconstruction in cancer

A.D. Zikiryakhodzhayev, E.K. Saribekyan, E.A. Rasskazova

P.A. Herzen Moscow Oncology Research Institute – Branch of National Medical Radiological Research Center, Ministry of Health of Russia; 3 2nd Botkinsky Proezd, Moscow, 125284, Russia

Reconstructive surgery for breast cancer are an integral method of rehabilitation of cancer patients. Breast reconstruction may be delayed and instantaneous.

The article presents a description of the thoraco-epigastric flap for breast reconstruction in cancer. The operation involves the replacement of the remote volume (after radical resection of the breast) and the breast skin adjacent tissues adjacent to the inframammary crease from the side of the anterior abdominal wall. Surgery is indicated when the tumor in the lower parts of the breast, closest to the skin, in combination with small size breast cancer.

The article presents a clinical example of this operation. Described in detail the operation, received a good cosmetic result.

The advantage of the application of thoraco-epigastric flap is in the simplicity of the technique of its execution, good blood supply, donor wound is easily sutured due to the possible wide separating cellular adjacent skin and subcutaneous tissue. The disadvantage of this method is limited and the need for careful monitoring of perforating branches of the upper epigastric artery. Thus, thoraco-epigastric flap, can be applicable when performing reconstructive operations for breast cancer in compliance with the necessary requirements for the formation of the flap and the correct attitude to feeding the flap vessels, and virtually eliminates possible complications with the healing of the flap.

Undoubtedly, reconstructive plastic surgery for breast cancer, during the testimony and technical capabilities, are an essential component of surgical treatment.

Key words: breast cancer, breast reconstruction, immediate reconstruction, surgical treatment, thoraco-epigastric flap, rehabilitation, cosmetic results

Введение

Реконструктивные операции при раке молочной железы (РМЖ) являются неотъемлемым методом реабилитации онкологических больных. Реконструкция молочной железы может быть отсроченной или одномоментной. Торакоэпигастральный лоскут применим для обоих видов реконструкции. Операция подразумевает замещение удаленного объема и кожи молочной железы соседними тканями, прилежащими к субмаммарной складке со стороны передней брюшной стенки. О применении данного лоскута на медиальной питающей ножке первым сообщил Н. Bohmert в 1974 г. На основе результатов ангиографических исследований, проведенных как на трупах, так и на живых людях, Н. Bohmert считает, что лоскут может рассматриваться как осевой, поскольку одна из ветвей верхней надчревной артерии проходит по его оси. Кровоснабжение лоскута обеспечивают концевые ветви внутренней артерии молочной железы и перфорирующие прямую мышцу ветви верхней надчревной артерии. Лоскут, предложенный Н. Bohmert, лучше всего использовать, если послеоперационный рубец после мастэктомии проходит вертикально или по диагонали. Верхняя линия иссечения лоскута проходит в субмаммарной складке, нижняя — на расстоянии 8–10 см от верхней, параллельно ей. Согласно Н. Bohmert, соотношение длины и ширины лоскута может составлять 2:1, вершина лоскута может достигать средней подмышечной линии (рис. 1).

Подробное описание и технические особенности формирования лоскута описаны в 1977 г. американским хирургом T.D. Cronin, который обратил внимание на то, что если послеоперационный рубец после ампутации железы переходит за субмаммарную складку на область прямой мышцы живота, то можно предположить, что повреждены ветви верхней надчревной артерии, т. е. взятый с этого участка лоскут не будет

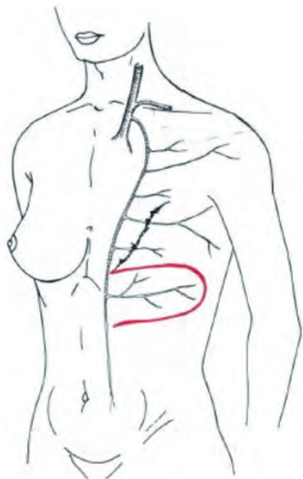


Рис. 1. Лоскут Bohmert на медиальной питающей ножке

жизнеспособным. Выделение лоскута необходимо начинать с его вершины. При отсепаровке у основания питающей ножки нельзя выходить за край прямой мышцы, иначе будут повреждены перфорирующие мышцу сосуды, кровоснабжающие лоскут. Данная методика применима для отсроченной реконструкции молочной железы у пациенток с небольшим размером молочных желез [1, 2].

О хороших результатах пересадки медиального торакоабдоминального лоскута у 38 женщин сообщали J.S. Davis и соавт. (1977). Н. Bohmert в 1982 г. сообщил уже о 80 случаях успешных вмешательств. Вариант лоскута Н. Bohmert, расположенного латеральнее, описали Н. Holmström и С. Lossing (1986) под названием “lateral thoracodorsal flap”. Ножка этого лоскута располагается несколько кпереди от передней подмышечной складки, а конец его приходится на спинную поверхность туловища. Такой лоскут, независимо от характера мастэктомического рубца, используют для формирования латеральной части молочной железы [3, 4].

Техника выполнения операции

Операция показана при небольшом размере молочной железы при локализации опухоли в ее нижних отделах, ближе к коже. То есть в случаях, когда необходимо иссечение кожного лоскута с сегментом молочной железы, а оставшейся ее части не хватит для формирования эстетически адекватной молочной железы.

Закрытие полученного дефекта путем перемещения кожного лоскута с других квадрантов затруднительно из-за дефицита кожи и возможных отрицательных эстетических результатов при формировании молочной железы.

Мы приводим последовательность выполнения различных этапов хирургического вмешательства на примере пациентки, оперированной в МНИОИ им. П.А. Герцена.

Большая К., 52 года. Диагноз при поступлении: рак правой молочной железы I стадии (сT1N0M0). Трижды негативный молекулярно-генетический подтип.

При обследовании лучевыми методами диагностики и пальпаторно определяется опухолевый узел размером 2 см в диаметре, который локализуется в нижне-наружном квадранте.

12.01.2015 выполнена операция в объеме радикальной резекции правой молочной железы с одномоментной реконструкцией торакоэпигастральным лоскутом. До операции с помощью доплерографии произведена разметка сосудов в проекции выхода на грудную стенку верхней надчревной артерии. С учетом особенности кровообращения решено использовать лоскут на латеральной ножке (рис. 2).

Этапы операции представлены на рис. 3–5. Сначала удаляют часть молочной железы с опухолевым узлом.



Рис. 2. Предоперационная разметка торакоэпигастрального лоскута



Рис. 3. Кожный разрез над опухолевым узлом правой молочной железы

Ткань железы рассекают на всю глубину до наружной фасции большой грудной мышцы с иссечением подлежащих отделов фасции. Сектор молочной железы удаляют вместе с участком кожи, содержащим пункционный канал от трепан-биопсии, выполненной в процессе дооперационного обследования (см. рис. 3). Выполняют срочное гистологическое исследование краев резекции, интраоперационную маркировку рентгеноконтрастными клипсами ложа опухоли для последующей лучевой терапии. Через отдельный разрез в подмышечной области удаляют подключично-подмышечную клетчатку с лимфоузлами. Через контрпертуру в подмышечную область устанавливают дренажную трубку.

Далее после радикальной резекции выполняют кожный разрез в торакоэпигастральной зоне и лоскут иссекают до глубокой фасции. Лоскут формируется от вершины к основанию. В целях предотвращения ослабления брюшной стенки глубокую фасцию не разрушают (рис. 6). Все мелкие перфорантные сосуды, кровоснабжающие боковые части торакоэпигастрального лоскута, тщательно коагулируют.

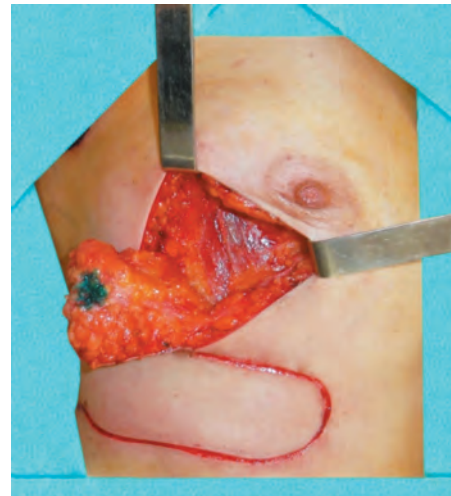


Рис. 4. Удаляемая часть молочной железы с опухолевым узлом (маркирован красителем)



Рис. 5. Удаленный макропрепарат молочной железы. Проекция опухоли маркирована красителем

В отдельных ситуациях, когда удаляется небольшое количество кожи молочной железы, для формирования линейного рубца без «заплатки» достаточно и оставшейся кожи, после мобилизации торакоэпигастрального лоскута возможна его полная дезэпителизация. В нашем случае использовали кожно-жировой лоскут (рис. 7).

Полученный лоскут переместили в область дефицита ткани молочной железы и фиксировали к ней узловыми швами. Основание лоскута фиксировано к краю подлежащей большой грудной мышцы (в проекции субмаммарной борозды) для исключения возможного сглаживания и смещения складки в отсроченном послеоперационном периоде. Далее сопоставляют и сшивают лоскут с прилежащими тканями железы, а затем накладывают внутрикожный непрерывный шов.

В результате операции удалось достичь симметрии молочных желез, сосково-ареолярные комплексы находятся на одном уровне. Косметический эффект хороший (рис. 8).



Рис. 6. Выделение торакоэпигастрального лоскута



Рис. 7. Перемещение торакоэпигастрального лоскута и закрытие дефекта

Заключение

Преимущества применения торакоэпигастрального лоскута заключаются в простоте техники его выполнения, хорошем кровоснабжении, донорская рана легко ушивается благодаря возможной широкой отсепаровке прилежащей кожно-подкожной клетчатки. Недостатки метода состоят в ограниченном объеме и необходимости тщательного контроля за прободящими ветвями верхней надчревной артерии.

Таким образом, торакоэпигастральный лоскут может быть применим при выполнении реконструктивно-пластических операций по поводу РМЖ с соблюдением необходимых требований к формированию лоскута, корректное отношение к питающим лоскут сосудам практически исключает возможные осложнения с его приживлением.

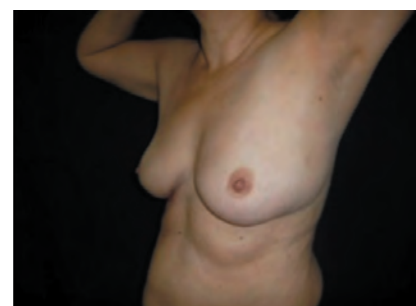


Рис. 8. Вид пациентки через 2 нед после радикальной резекции правой молочной железы с одномоментной реконструкцией торакоэпигастральным лоскутом

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Золтан Я. Реконструкция женской молочной железы. Будапешт, 1989. [Zoltan Ya. Reconstruction of the women mammary gland. Budapest, 1989. (In Russ.)].
2. Oncoplastic breast surgery: a guide to clinical practice. Fitzal F., Schrenk P. (eds.). Vienna: Springer-Verlag, 2015.
3. Исмагилов А.Х., Ванесян А.С., Хамитов А.Р., Камалетдинов И.Ф. Онкопластическая хирургия молочной железы: основы, классификация, алгоритм выполнения. Опухоли женской репродуктивной системы 2014;(4):37–45. [Ismagilov A.Kh., Vanesyan A.S., Hamitov A.R., Kamaletdinov I.F. Oncoplastic surgery of the mammary gland: elements, classification, performance algorithm. Opukholi zhenskoy reproductivnoy sistemy = Tumors of Female Reproductive System 2014;(4):37–45. (In Russ.)].
4. Малыгин С.Е., Малыгин Е.Н., Рускова Н.Г. Реконструктивно-пластические вмешательства при раке молочной железы. Новые стандарты и перспективы. Практическая онкология 2010;11(4):253–7. [Malygin S.E., Malygin E.N., Ruskova N.G. Reconstructive and plastic interferences at the mammary gland cancer. New standards and prospects. Prakticheskaya onkologiya = Practical Oncology 2010;11(4):253–7. (In Russ.)].