

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОРАЖЕНИЕМ ИПСИЛАТЕРАЛЬНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ НАДКЛЮЧИЧНОЙ ЗОНЫ

А.Х. Исмагилов, Р.Ш. Хасанов, М.Ф. Мухамадеев

Республиканский клинический онкологический диспансер Республики Татарстан, г. Казань

Исмагилов Артур Халитович, д-р мед. наук, ассистент кафедры онкологии и хирургии ГОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия Росздрава», ведущий научный сотрудник отдела реконструктивной хирургии Приволжского филиала Российского онкологического научного центра РАМН, врач отделения маммологии Республиканского клинического онкологического диспансера Минздрава Республики Татарстан, 420012, Республика Татарстан, г.Казань, ул.Муштары, 11 тел. 8 (843) 519-27-73, e-mail: onko@mi.ru

Существующие разногласия в тактике лечения пациентов с ипсилатеральными надключичными метастазами рака молочной железы постоянно отражались на положении в классификации по TNM. Так, до 1988 года их расценивали как III B стадию. С 1988 года переместили в IV стадию, поскольку отдаленные результаты лечения оказались сопоставимыми с таковыми у больных, имеющих висцеральные и костные метастазы. В 1997 году для таких больных в классификации была выделена подгруппа в IV стадии. С 2003 года они были отнесены в III C стадию. В статье приведены непосредственные и отдаленные результаты лечения пациентов с ипсилатеральными надключичными метастазами рака молочной железы в условиях Республиканского клинического онкологического диспансера Республики Татарстан, что легло в основу создания нового алгоритма ведения пациентов с N3 метастазами.

Ключевые слова: ипсилатеральные, надключичные метастазы, прескаленная лимфатическая диссекция.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОРАЖЕНИЕМ ИПСИЛАТЕРАЛЬНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ НАДКЛЮЧИЧНОЙ ЗОНЫ

A.Kh. Ismagilov, R.Sh. Khasanov, M.F. Mukhamadeev

The existing controversy about methods of treatment of patients with breast cancer who had ipsilateral supraclavicular metastases always has been reflected in TNM classification. So, till 1988 they were assumed as indicators of stage IIIB. From 1988 they were replaced to stage IV, because remote results of treatment of these patients were comparable with those of patients with visceral and bone metastases. In 1997 for these patients a special subgroup in IV was separated. Since 2003 they were rated to stage IIIC. In this paper there are represented immediate and remote results of treatment of patients with ipsilateral supraclavicular lymph node metastases of breast cancer treated in Clinical Oncological Dispensary of Republic of Tatarstan which led to creation of a new guideline for the treatment of patients with N3 metastases.

The key words: ipsilateral, supraclavicular metastases, prescalenic lymph node dissection.

Введение

Среди женского населения стран СНГ в структуре онкологической заболеваемости рак молочной железы занимает одно из ведущих мест и имеет тенденцию к неуклонному росту [1]. Несмотря на то, что оценка истинной степени распространен-

ности рака молочной железы на этапе клинической диагностики чрезвычайно важна для определения адекватной тактики лечения, стандартные методы исследования не всегда позволяют достоверно оценить возможное метастатическое поражение лимфатических коллекторов [3].

Единственным достоверным и значимым методом диагностики лимфогенного метастазирования является морфологическое исследование лимфатических узлов, поскольку современные методы исследования (эхография, компьютерная и магнитно-резонансная томография, радионуклидная диагностика) не могут дать четкого ответа о наличии или отсутствии метастазов в лимфатических узлах [4]. В этом случае хирургическое лечение, помимо удаления опухоли с возможными путями метастазирования, преследует цель - определение прогноза с учетом количества пораженных метастазами лимфоузлов [2]. Регионарное лимфогенное метастазирование при раке молочной железы возможно в подмышечные, подлопаточные, подключичные, парастернальные и надключичные лимфоузлы. Если первые три группы лимфоузлов удаляются в стандартных операциях, а парастернальные - при медиальных и центральных локализациях опухоли, то тактика в отношении надключичной группы лимфоузлов до сих пор остается нерешенной.

Цель работы

Разработка алгоритма диагностики и лечения больных с надключичными метастазами рака молочной железы.

Материалы и методы

В основу работы положен анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения 79 больных с надключичными метастазами рака молочной железы в условиях отделения маммологии Республиканского клинического онкологического диспансера Республики Татарстан в период с 1993 по 2008 годы. Во всех 79 случаях выполнялась прескаленная лимфатическая диссекция, основным требованием для данного хирургического вмешательства являлось подозрение на наличие метастазов или их цитологическая верификация в надключичном лимфатическом коллекторе. После каждой операции проводилось гистологическое исследование удаленного препарата, по результатам которого выяснилось, что у 14 пациенток (17,72%) метастазы в лимфоузлах большой надключичной ямки отсутствовали. При этом у 65 пациенток (82,28%) было подтверждено наличие надключичных метастазов: из них в 7 случаях (8,86%) операция проводилась при поражении контралатерального надключичного коллектора, у 7 больных (8,86%) имелись надключичные наряду с висцеральными и костными метастазами. Данным пациентам операция выполнялась из-за угрозы прорастания крупных анатомических образований надключичной зоны и риском возникновения кровотечения. И лишь в 51 случае (64,56%) прескаленная лимфатическая диссекция была выполнена по поводу ипсилатеральных надключичных метастазов рака молочной железы, что согласно классификации TNM б пересмотра расценивается как N3c метастазы.

Выполняемая прескаленная лимфатическая диссекция является атипичным вмешательством на шее в отличие от типовых операций, выполняемых по поводу

метастазов в лимфоузлах шеи [5]. Отметим, что в настоящее время в нашей клинике она проводится из самостоятельного разреза в комбинации с мастэктомией и парастеральной лимфатической диссекцией.

Результаты и обсуждение

Как было отмечено ранее, у части больных (14 пациенток - 17,72%), перенесших прескаленную лимфатическую диссекцию, в удаленном препарате при патоморфологическом исследовании не подтвердилось наличие метастазов. Таким образом, учитывая травматичность и высокую вероятность последующего лимфостаза верхней конечности, прескаленная лимфатическая диссекция не должна носить превентивный характер, выполнять её необходимо только после морфологической верификации метастазов. При недостаточной информативности цитологического исследования необходимо выполнять биопсию подозрительного на метастаз надключичного лимфоузла для последующего гистологического исследования.

Результаты экономного объёма оперативного вмешательства, когда удалялись метастазы только в большой надключичной ямке, показали, что у 6 из 39 пациенток (15,38%) с доказанными метастазами, прооперированных до 2002 года, было отмечено развитие рецидива в области лимфатических узлов верхней и средней трети бокового треугольника шеи, после чего выполнялась повторная операция. Сложные анатомические взаимосвязи между лимфоузлами шеи и отсутствие четкой границы между ними стали основанием для удаления жировой клетчатки с лимфатическими узлами всего бокового треугольника шеи (парциальная шейная лимфатическая диссекция) с целью соблюдения принципов футлярности и радикализма. После подобного расширения объёма диссекции с 2002 года у 26 больных с доказанными метастазами рецидивов в области шеи нами не отмечалось.

Учитывая, что надключичные лимфоузлы могут являться конечным этапом парастерального пути метастазирования, с 2007 года мы стали дополнять прескаленную лимфатическую диссекцию видеоторакоскопической парастеральной лимфатической диссекцией. Так, из 11 прооперированных подобным образом больных парастеральные метастазы были выявлены у 7 (63,6%) пациенток.

Изучение литературных данных по проблеме надключичных метастазов рака молочной железы показало возможность ретроградного распространения опухолевых клеток из средостения: при этом чаще в метастатический процесс одновременно вовлекаются ипсилатеральный и контралатеральный коллекторы. Поэтому, начиная с 2007 года, при планировании прескаленной лимфатической диссекции пациентам стали выполнять компьютерную или магнитно-резонансную томографию органов средостения. При этом у всех троих больных с контралатеральными надключичными метастазами и двоих из двенадцати с ипсилатеральными надключичными метастазами (16,67%) был подтверждён метастатический процесс в органах средостения,

который не выявлялся при обычном рентгенологическом исследовании.

Таким образом, после анализа непосредственных результатов лечения нами определен алгоритм диагностики и лечения больных с ипсилатеральными надключичными метастазами рака молочной железы:

- морфологическая верификация метастатического поражения надключичных лимфоузлов (цитологическое исследование, при неэффективности - биопсия подозрительного на метастаз лимфоузла);
- выполнение КТ и/или МРТ исследования для исключения поражения органов средостения;
- предварительная видеоторакоскопическая ревизия состояния парастерального коллектора является обязательным условием для выполнения прескаленной лимфодиссекции;
- прескаленная лимфатическая диссекция должна выполняться в объёме парциальной шейной лимфатической диссекции.

Проведённый нами анализ амбулаторных карт и историй болезней позволил выделить такую группу из 51 пациентки, имевших поражение ипсилатерального надключичного коллектора (N3c метастазы) без отдалённых метастазов, которым, казалось бы, оправдано выполнение прескаленной лимфатической диссекции.

Однако при подробном изучении данной группы, состоящей из 51 пациентки, мы обратили внимание на то, что часть пациентов (12 человек – 23,5%) имели первично или вторично инфильтративные формы опухоли молочной железы. Выживаемость в этой подгруппе низкая: 1-летняя – $70 \pm 4,32\%$, 2-летняя – $52,5 \pm 4,7\%$, 3-летняя – $52,5 \pm 4,7\%$, а четырёх и пятилетняя равны нулю. У больных с аналогичными метастазами, но узловой формой опухоли показатели были следующими: 1-летняя выживаемость – $72,2 \pm 4,54\%$, 2-летняя – $61,9 \pm 4,73\%$, 3-летняя – $54,6 \pm 4,87\%$, 4-летняя – $54,6 \pm 4,87\%$, а 5-летняя равна $40,4 \pm 3,83\%$. Это позволило отказаться от выполнения прескаленной лимфатической диссек-

ции больным с инфильтративными формами рака молочной железы.

Совокупность всех полученных результатов позволила составить схему - алгоритм ведения пациентов с ипсилатеральными надключичными метастазами рака молочной железы (рис.1).

Заключение

Таким образом, больным с ипсилатеральными надключичными метастазами и узловой формой рака молочной железы нами определен объём прескаленной лимфатической диссекции в виде парциальной шейной лимфатической диссекции с обязательной предварительной видеоторакоскопической ревизией парастеральной лимфодиссекцией после морфологической верификации метастазов в надключичном коллекторе. В алгоритм дообследования кандидатов на данное хирургическое вмешательство введены компьютерная и магнитно-резонансная томография для исключения поражения средостения.

Список литературы

1. Давыдов М.И. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2003 г. / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2005. – №1. – С. 3–77.
2. Летягин В.П. Опухоли молочных желез. Клиника, диагностика, лечение, прогноз / В.П. Летягин // Маммология. – 2005. – №1. – С. 14–22.
3. Прогнозирование лимфогенного метастазирования и исход заболевания у больных раком молочной железы / Е.М. Слонимская, В.М. Перельмутер, М.В. Завьялова и др. // Маммология. – 2007. – №1. – С. 43–44.
4. Сторожевые лимфатические узлы при раке молочной железы / Л.З. Вельшер, Д.Н. Решетов, З.Р. Габуня и др. // Маммология. – 2007. – №1. – С. 23–25.
5. Холдин С.А. Расширенные радикальные операции при раке молочной железы / С.А. Холдин, Л.Ю. Дымарский. – М.: Медицина, 1975. – 232 с.

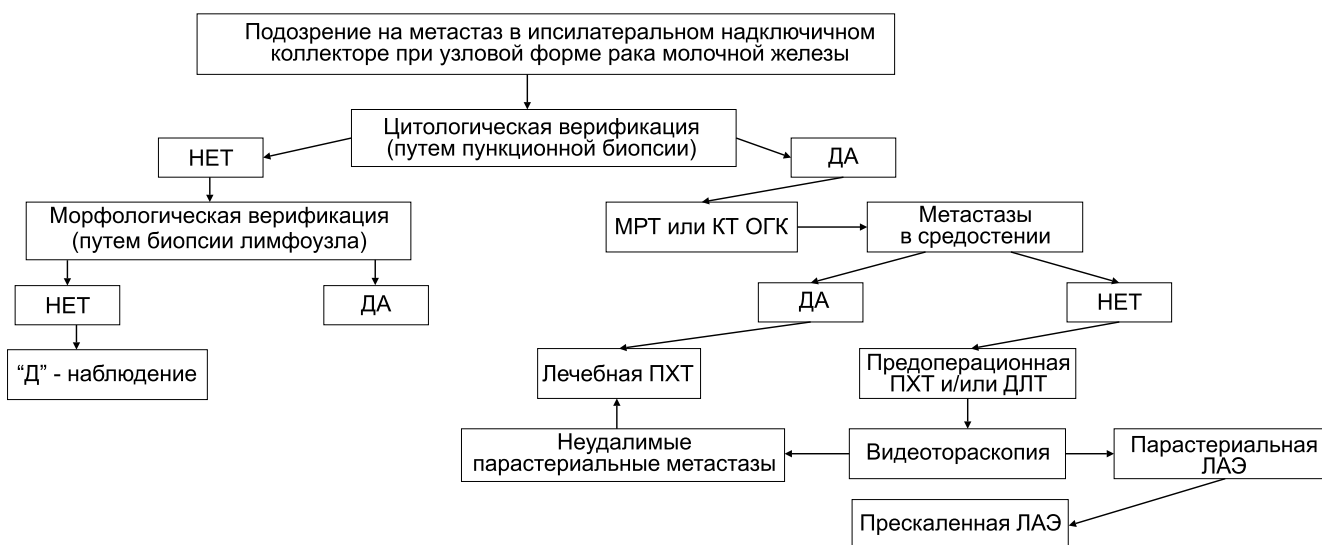


Рис. 1. Алгоритм ведения пациентов с ипсилатеральными надключичными метастазами рака молочной железы