

Για την καλύτερη εκτίμηση της χειρουργικής προσέγγισης σε αυτούς τους ασθενείς έχει δημοσιευθεί μία κατάταξη του αισθητικού αποτελέσματος της ΧΔΜ.³⁶ Αναγνωρίζει τρεις ομάδες ασθενών με βάση την κλινική εξέταση (Εικ. 5.4). Το πλεονέκτημα της κατάταξης είναι ότι αποτελεί αξιόλογο οδηγό για την επιλογή της βέλτιστης ανακατασκευαστικής τεχνικής και προγνωστικός δείκτης του τελικού αισθητικού αποτελέσματος μετά το χειρουργείο.

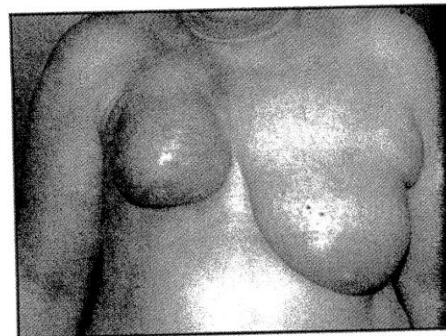
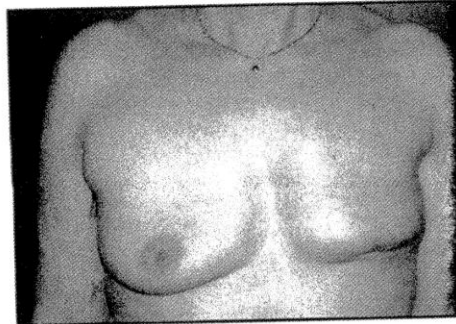
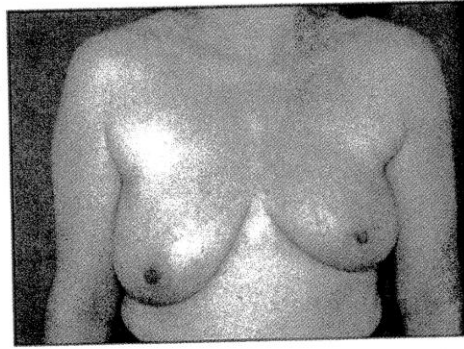
- Παραμόρφωση τύπου I: ασθενείς με θεραπευμένο μαστό με φυσιολογική εμφάνιση αλλά με ασυμμετρία ανάμεσα στους δύο μαστούς.
- Παραμόρφωση τύπου II: ασθενείς με παραμόρφωση στο θεραπευμένο μαστό. Η παραμόρφωση μπορεί να διορθωθεί με μερική ανακατασκευή μαστού και διατήρηση μαστού με διάσωση του ακτινοβολημένου μαζικού ιστού.
- Παραμόρφωση τύπου III: οι ασθενείς έχουν μεγάλη παραμόρφωση του μαστού ή διάχυτη επώδυνη ίνωση. Η κατάσταση είναι τόσο βαρεία που ενδείκνυται μόνο η μαστεκτομή.



Σε παραμορφώσεις τύπου I διενεργείται πλαστική του άλλου μαστού για την αποκατάσταση της συμμετρίας, αποφεύγοντας την επέμβαση στον ακτινοβολημένο μαστό. Αυτή είναι απλή και ασφαλής τεχνική με τον ακτινοβολημένο μαστό να αποτελεί το πρότυπο για την ανόρθωση ή μείωση του άλλου μαστού. Ο τύπος II είναι σχεδόν πάντα μετεγχειρητικός και ο πιο δύσκολος να αντιμετωπισθεί. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν αρκετές τεχνικές για την επισκευή των ελλειμμάτων, από την επανοποθέτηση της θηλής στο κέντρο έως την τοποθέτηση κρημνού για την ανακατασκευή του εκταμένου τεταρτημορίου. Στον τύπο III απαιτείται αντιμετώπιση με μαστεκτομή και άμεση ανακατασκευή με μυοδερματικό κρημό.

Η πτωχή αναδιαμόρφωση είναι ένας από τους λόγους δημιουργίας παραμόρφωσης μετά από ογκεκτομή ή τεταρτεκτομή.^{37,38} Ορισμένοι χειρουργοί δεν κάνουν καθόλου αναδιαμόρφωση, αφήνοντας το έλλειμμα να πληρωθεί μετεγχειρητικά από το αιμάτωμα. Αυτό μπορεί να δημιουργήσει βραχυπρόθεσμα αποδεκτό αποτέλεσμα αλλά σε μακροχρόνια παρακολούθηση μεγάλων ελλειμμάτων παρατηρείται παραμόρφωση λόγω σύσπασης, που αυξάνεται με την ακτινοθεραπεία.^{10,36,39,40}

Μετά από την εκτομή οποιουδήποτε όγκου απαιτείται η αναδιαμόρφωση του μαστού, μετά την επέμβαση. Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτό είναι εφικτό με μονόπλευρη παρέμβαση, κινητοποιώντας αδενικούς



Εικόνα 5.4 • Παραμορφώσεις μετά από συντηρητική θεραπεία καρκίνου του μαστού: (α) Τύπου I: ασυμμετρία χωρίς παραμόρφωση στον θεραπευμένο μαστό. (β) Τύπου II: παραμόρφωση του θεραπευμένου μαστού συμβατή με μερική ανακατασκευή και διατήρηση του μαστού. (γ) Τύπου III: μείζονα παραμόρφωση του μαστού που απαιτεί μαστεκτομή. Από Klough KB, Claude N, Fitoussi A et al. *Oncoplastic conservative surgery for breast cancer*. Στο: *Operative techniques plastic and reconstructive surgery*. Philadelphia Q WI Saunders, 1999; σελ. 50-60, κατόπιν άδειας.



κρημνούς για τη σύγκλειση του χάσματος ή επαναποθετώντας στο κέντρο το ΣΘΘΑ. Σε άλλες περιπτώσεις η αμφοτερόπλευρη πλαστική μαστών μπορεί να είναι ο μόνος τρόπος διενέργειας ευρείας εκτομής χωρίς παραμόρφωση.⁴¹ Η διαβαθμισμένη προσέγγιση της ανακατασκευής του μαστού συζητάται πιο κάτω.

Μονόπλευρη προσέγγιση

ΑΔΕΝΙΚΟΙ ΚΡΗΜΝΟΙ

Οι περισσότεροι καρκίνοι παρατηρούνται στο άνω έξω τεταρτημόριο του μαστού. Σε αυτές τις περιπτώσεις το αδενικό έλλειμμα συμπλησιάζεται εύκολα με κινητοποιημένη αδενικών κρημνών. Το δέρμα υποσκάπτεται εκτενώς, απελευθερώνοντας ολόκληρο το τεταρτημόριο από τις προσφύσεις του σε αυτό. Σε πολλές περιπτώσεις το κεντρικό τμήμα του μαστού θα πρέπει να υποσκάπτεται, διαχωρίζοντας το ΣΘΘΑ από τον υποκείμενο μαστό. Αυτό επιτρέπει τη μεταφορά τμήματος του κεντρικού όγκου του μαστού προς το έλλειμμα, διευκολύνοντας τη σύγκλειση και αποφεύγοντας την απόκλιση του ΣΘΘΑ προς την περιοχή του όγκου. Αυτή είναι ασφαλής μέθοδος, χωρίς κίνδυνο νέκρωσης του ΣΘΘΑ, εφόσον ο ιστός υπό τη θηλαία άλω είναι ικανού πάχους (0,5-1 cm). Το επόμενο βήμα είναι η παρασκευή του οπισθίου τμήματος του μαστού από τους μύες του θωρακικού τοιχώματος. Η παρασκευή αυτή μπορεί να είναι εκτεταμένη, αφήνοντας ανέπαφους μόνο τους μέσους διατριπνόντες κλάδους των έσω μαστικών αρτηριών. Η πρόσθια και οπίσθια παρασκευή επιτρέπει την εύκολη κινητοποίηση δύο αδενικών κρημνών που συμπλησιάζονται και συρράφονται στο έλλειμμα (Εικ. 5.5· βλ. Φωτογραφία 6, έναντι σελ. 116). Η προσέγγιση αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί στους περισσότερους καρκίνους του μαστού εκτός από αυτούς του κάτω πόλου που απαιτούν πλαστική. Δεν χρησιμοποιούνται παροχτεύσεις και δεν απαιτούν νοσηλεία.

ΜΕΤΑΤΟΠΙΣΗ ΣΘΘΑ

Σε ορισμένες περιπτώσεις, η ευρεία τοπική εκτομή προκαλεί απόκλιση του ΣΘΘΑ, ακόμα και όταν αναδιαμορφώνεται ο μαστός. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το ΣΘΘΑ μετατοπίζεται προς το εκταμέν τεταρτημόριο και η διόρθωση αυτής της παραμόρφωσης είναι δύσκολη.¹⁰ Για την αποφυγή της παραμόρφωσης γίνεται μεταφορά του ΣΘΘΑ στο κέντρο του νέου θόλου του μαστού, στο πρώτο χειρουργείο. Η μεταφορά στο κέντρο του ΣΘΘΑ γίνεται με αποεπιθηλιοποίηση μηννοειδούς τμήματος δέρματος στο αντίθετο τμήμα του μαστού από αυτό της ογκοεκτομής.

Αμφοτερόπλευρη προσέγγιση

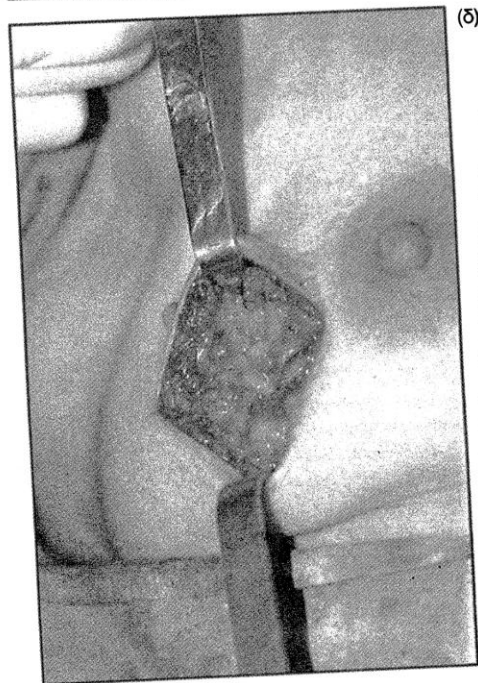
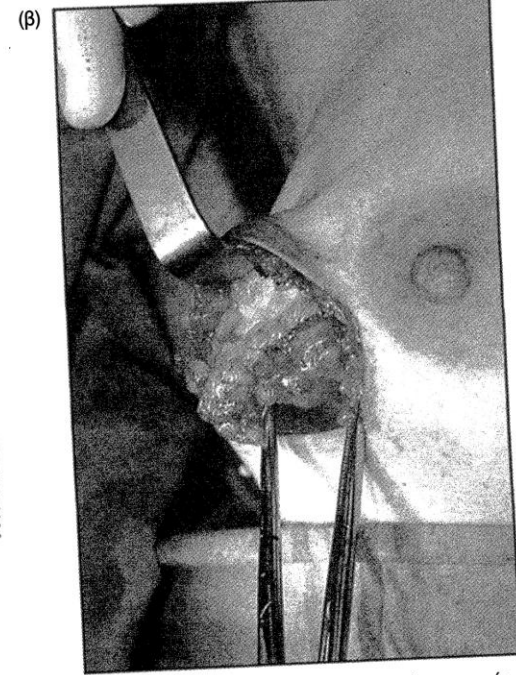
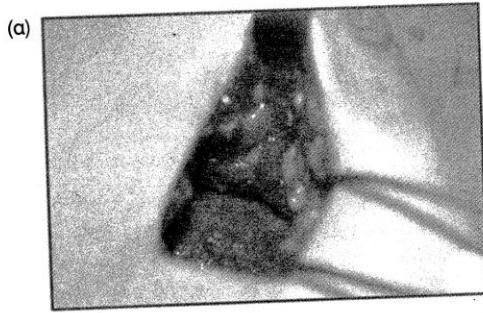
Μερικές φορές η εκτομή είναι τόσο μεγάλη που δεν μπορεί να γίνει σύγκλειση με απλή κινητοποίηση αδενικού κρημνού. Για καλό αισθητικό αποτέλεσμα απαιτούνται πιο σύνθετες τεχνικές. Οι ασθενείς αυτοί χρήζουν προεγχειρητικού προγραμματισμού και ενημέρωσης και η απόφαση αυτής της αντιμετώπισης δεν θα πρέπει να λαμβάνεται στο χειρουργείο. Μία λύση είναι η πλήρωση του ελλείμματος με mini-κρημνό ΠΡ όπως ήδη περιγράφηκε.^{22,28-30} Εναλλακτικά, όταν ο όγκος του μαστού είναι επαρκής (μέγεθος Β ή μεγαλύτερος) γίνεται πλαστική με μετατόπιση του μαζικού ιστού και πλήρωση του ελλείμματος.

Η αρχική χρήση τεχνικών πλαστικής σε ΧΔΜ ήταν σε ασθενείς με ευμεγέθεις όγκους στον κατώτερο πόλο του μαστού. Οι εκτομές εκεί προκαλούν μεγαλύτερη παραμόρφωση από αυτές των άνω τεταρτημορίων, που είναι αδύνατο να προληφθούν με τις απλές μονόπλευρες τεχνικές που περιγράφηκαν. Ορισμένες ασθενείς αναπτύσσουν μεγάλη δυσμορφία δίκην «ράμφους πτηνού» που προκαλείται από έλξη του δέρματος ύπέρθεν του ελλείμματος του κατώτερου πόλου, με συνοδό πτώση της θηλής (Εικ. 5.6). Η ανακατασκευή θα πρέπει να γίνει άμεσα μετά την ογκοεκτομή, καθώς τα αποτελέσματα της καθυστερημένης επέμβασης στον ακτινοβολημένο μαστό είναι συχνά απογοητευτικά.

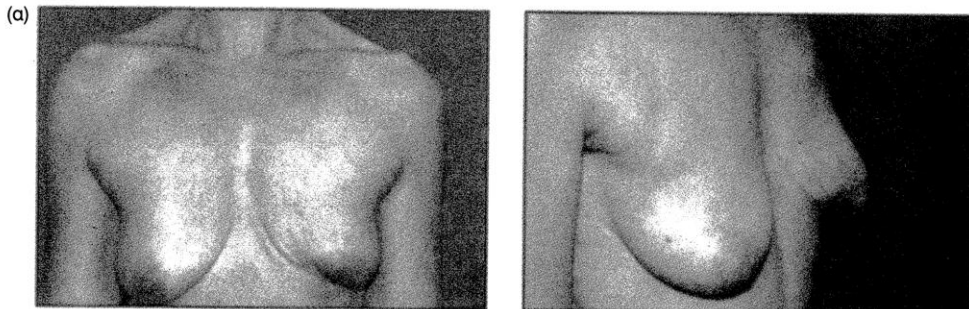
Οι συμβατικές τεχνικές μείωσης του μαστού επιτρέπουν τη μαζική εκτομή ιστού από τον κατώτερο πόλο, αλλά και άλλες περιοχές, χωρίς αισθητικά λάθη. Οι τεχνικές αυτές μπορούν να εφαρμοσθούν μαζί με ΧΔΜ, ώστε να γίνει ευρύτερη εκτομή χωρίς μετεγχειρητικές επιπλοκές. Η μέθοδος αυτή έχει πολλά πλεονεκτήματα, αλλά το κυριότερο μειονέκτημα είναι η ανάγκη διενέργειας αμφοτερόπλευρης συμμετρίας, που μπορεί να γίνει ταυτόχρονα ώστε να αποφευχθεί η δεύτερη επέμβαση. Αυτές οι «ογκοπλαστικές» επεμβάσεις μπορούν να γίνουν από δύο ομάδες ή από ένα χειρουργό με άδεια γενικού και πλαστικού χειρουργού.

ΠΛΑΣΤΙΚΗ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΗΜΙΜΟΡΙΟΥ

Καθώς οι περισσότερες παραμορφώσεις μετά από ογκοεκτομές γίνονται σε όγκους που βρίσκονται στον κατώτερο πόλο του μαστού, η τεχνική που χρησιμοποιείται συνήθως είναι η πλαστική άνω ημιμορίου που επιτρέπει την εκτεταμένη εκτομή μαζικού ιστού στα κατώτερα τεταρτημόρια. Αναλόγως της τεχνικής που χρησιμοποιείται και της θέσης του όγκου, η τελική ουλή είναι περιηλαία με ανεστραμμένο T, όπως στην τεχνική Pitanguy,⁴³ κάθετη όπως στη Lejour⁴⁴ ή δίκην J.⁴⁵ Η επιλογή της τεχνικής γίνεται βάσει της εμπειρίας του χειρουργού, της θέσης του



Εικόνα 5.5 • Επανάρθωση με αδενικούς κρημούς μετά μαστεκτομή. **(α)** Οπίσθια άποψη της βάσης του μαστού, αποκολλημένη από το μυ. **(β)** Πρόσθια άποψη της βάσης του μαστού διαχωρισμένη από τον υποδόριο ιστό. Η παρασκευή μπορεί να επεκταθεί και κάτω από τη θηλή και τη θηλαία άλω, εάν απαιτείται. **(γ)** Έλεγχος επάρκειας της κινητοποίησης. **(δ)** Συμπλήρωση κρημών χωρίς παραμόρφωση.



Εικόνα 5.6 • (α, β) Παραμόρφωση δίκην «ράμφους πτηνού» μετά από ογκεκτομή και ακτινοθεραπεία καρκίνου στον κατώτερο πόλο του μαστού. Από Klough KB, Claude N, Fitoussi A et al. *Oncoplastic conservative surgery for breast cancer*. Στο: *Operative techniques in plastic and reconstructive surgery*. Philadelphia: WB Saunders, 1999; σελ. 50-60, κατόπιν αδείας.

όγκου και της ανάγκης να αφαιρεθεί το δέρμα en bloc με τη βλάβη.

Τεχνική ανεστραμμένου T

Είναι η πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη. Όπως στις περισσότερες τεχνικές πλαστικής, ο σχεδιασμός γίνεται πριν την επέμβαση με την ασθενή σε ορθία θέση. Σκοπός της επέμβασης είναι η ευρεία εκτομή του όγκου και του γύρω μαζικού ιστού, en bloc με το δέρμα του κάτω πόλου του μαστού, η αναδιαμόρφωση του μαστού και η τοποθέτηση του ΣΘΘΑ στο κέντρο μετά από αποεπιθηλιοποίηση του άνω ημιμορίου. Αμφότεροι οι μαστοί προετοιμάζονται και τοποθετούνται στο πεδίο καθώς απαιτείται και συμμετρική επέμβαση στον άλλο μαστό. Η ασθενής τοποθετείται σε αρθρωτό χειρουργικό τραπέζι, όπως σε όλες τις ανακατασκευές μαστών ώστε να εκτιμάται διεγχειρητικά το αποτέλεσμα σε καθιστική θέση.

Η επέμβαση αρχίζει με αποεπιθηλιοποίηση του άνω ημιμορίου του μαστού που φέρει τη θηλή. Ο μαστός υποσκάπτεται ευρέως μέσω υπομαστικής τομής, επιτρέποντας τον πλήρη διαχωρισμό του αδένου από τους υποκείμενους θωρακικούς μύες. Τα όρια του όγκου γίνονται έτσι εύκολα ψηλαφητά, επιτρέποντας ευρεία ογκεκτομή με περιθώριο φυσιολογικού ιστού γύρω από τον όγκο και υπερκείμενο δέρμα, εάν κρίνεται απαραίτητο (Εικ. 5.7-βλ. Φωτογραφία 7, έναντι σελ. 116). Αναλόγως του μεγέθους του μαστού ολοκληρώνεται η εκτομή του κεντρικού και κατώτερου τμήματος, στο βέλτιστο μαζικό όγκο, αφήνοντας μία έσω και έξω στήλη αδενικού ιστού. Σε

ορισμένες περιπτώσεις για την πλήρωση του ελλείμματος χρησιμοποιείται αποεπιθηλιοποιημένος αδενικός κρημνός. Η ανακατασκευή του μαστού αρχίζει με τη συρραφή του ΣΘΘΑ στο προκαθορισμένο σημείο. Ελέγχεται η αιμάτωσή του, διασφαλίζοντας τη μη ύπαρξη πίεσης στο μίσχο.

Ο υπόλοιπος αδένου ανακατασκευάζεται συρράπτοντας τα όρια του δέρματος της κάθετης τομής και της οριζόντιας τομής στην υπομαστική αύλακα. Διενεργούνται μικρές διορθώσεις για την επίτευξη του βέλτιστου σχήματος. Αφαιρούνται οι αγκτήρες και τοποθετείται συνεχής ραφή. Δημιουργείται έτσι ένας φυσιολογικός στην εμφάνιση μαστός, που όμως είναι μικρότερος και πιο στρογγυλός από τον άλλο. Ο μασχαλιαίος καθαρισμός μπορεί να γίνει από ξεχωριστή τομή από την υπομαστική τομή. Άμεσα διενεργείται πλαστική και στον άλλο μαστό, ώστε να επιτευχθεί συμμετρία, στον ίδιο χειρουργικό χρόνο. Η ανάλυση μακρόχρονης παρακολούθησης του αισθητικού αποτελέσματος έδειξε ότι η συμμετρία διατηρείται παρά την ακτινοβόληση του ενός μαστού.

Άλλες τεχνικές άνω ημιμορίου

Όλες οι τεχνικές πλαστικής του άνω ημιμορίου μπορούν να τροποποιηθούν ώστε να επιτρέπουν ΧΔΜ. Η διαφορά ενός βρίσκεται στο σημείο που βρίσκεται ο ιστός που αφαιρείται και η θέση του όγκου επηρεάζει την επιλογή της τεχνικής. Η κάθετη πλαστική μαστού⁴⁴ μπορεί να προσαρμοσθεί εύκολα σε περιπτώσεις που ο όγκος βρίσκεται