

Clinica Chirurgicală nr. 2 și Clinica de Oncologie din Tîrgu-Mureș

**EVOLUȚIA TRATAMENTULUI CHIRURGICAL ȘI COMPLEX AL
CANCERULUI DE SÎN ÎN CLINICA CHIRURGICALĂ Nr. 2 ȘI
CLINICA ONCOLOGICĂ DIN TÎRGU-MUREȘ**

*T. Georgescu, C. Stoica, Z. Naftali, G. Simu, C. Crăciun, A. Boțianu,
V. Nistor, P. Ilniczky, A. Hintea, V. Sommer, I. Maior*

In cazul neoplasmelor mamare este foarte greu să se legitimizeze amploarea intervenției chirurgicale de ales, deoarece evoluția bolii depinde

mai puțin de felul operației, de cât de diferiți factori biologici ai tumorii și ai gazdei, în care parte puțin cunoscuți.

La limita dintre cele două veacuri, a fost pusă la punct operația Halsted-Meyer-Kocher: extirparea în bloc a sinului, a mușchilor pectorali și evidarea axilei, cu intenția iluzorie de radicalitate. Din cauza rezultatelor nu tocmai satisfăcătoare au apărut apoi operațiile suprарadіcale, cu îndepărtarea limfonodurilor supraclaviculare, retrosternali și mediastinali.

Operația Halsted și cele suprарadіcale se bazau pe concluziile cercetărilor oncologice din prima jumătate a secolului nostru, care se pot rezuma astfel:

1. Metastazele la distanță sînt relativ tardive.
2. Metastazarea primară se petrece pe cale limfatică, cea hematogenă fiind secundară.
3. Metastazarea limfogenă se propagă din aproape în aproape în ordinea anatomică a vaselor limfactice și a limfonodurilor locoregionali.
4. Limfonodulii regionali au funcție de barieră, de filtru a celulelor tumorale; dar transformate neoplazic ele reprezintă punctul de plecare a diseminării tumorale.
5. Procesul tumoral poate fi interceptat prin extirparea în bloc a căilor și ganglionilor limfatici locoregionali.

Pînă cînd operațiile suprарadіcale au avut viață efemeră, fiind respinse de bunul simț al majorității chirurgilor, operația Halsted a dominat autoritar practica chirurgicală timp de mai mult de o jumătate de secol, fiind efectuată chiar și astăzi pe scară largă, cu toate că atît chirurgii cît și bolnavii erau nemulțumiți de rezultatele obținute, respectiv de aspectul mutilant al operației.

Operațiile conservatoare (sectorectomie, extirparea numai a tumorii) urmate de radiu- sau röntgenterapie au apărut destul de timpuriu; *Winterlangen* (1920), *Hirsch* (1927), *Pfahler* (1932), *Keynes* (1938), *Peters* (1939), *Mustagallo* (1940), *McWrither* (1948).

Aceste procedee au început să fie practicate din nou începînd cu deceniul 5 și 6, dar nu au fost adoptate de majoritatea chirurgilor de la noi, cu toate că rezultatele publicate erau cel puțin egale cu cele obținute prin operația Halsted. În anii 50 articolele metodologice publicate de Institutul Oncologic din București, după ce relatează despre procedeele chirurgicale conservatoare, recomandă să nu se renunțe la operația Halsted în condițiile noastre de efectuare a tratamentului complex în cancerul de sîn.

Atitudinea chirurgicală mai conservatoare, care tinde să se generalizeze în ultimii 20—30 de ani este motivată de:

1. Progresele radio- și chimioterapiei cancerului de sîn.
2. Rezultatele cercetărilor biologice și oncologice din ultimii 30 de ani, care în privința cancerului de sîn au ajuns la concluzii diametral opuse celor care condiționau operațiile radicale. Aceste concluzii se pot rezuma astfel:

a) Evoluția tumorii este determinată de starea imunologică a organismului gazdă, de forma citologică a tumorii, de rata de dedublare a celulelor tumorale și de chinetica lor celulară, care condiționează tendința ei de diseminare și gradul de malignitate.

b) Metastazele nedecelabile încă sînt deja prezente în faza preclinică a tumorii, în momentul diagnosticului, cancerul de sîm fiind deja o boală sistemică.

c) Diseminarea hematogenă este primară, iar cea limfogenă este secundară, ambele făcîndu-se printr-un mecanism de embolizare.

d) Limfonodulii loco-regionali nu sînt bariere eficiente în fața diseminării tumorale. Ele exprimă procesul de metastazare în acțiune, activitatea biologică agresivă a tumorii și relația nefavorabilă între gazdă și tumoare.

Posibilitatea stabilirii unui prognostic valabil în cancerul mamar care să ajute la alegerea unui procedeu chirurgical este foarte restrînsă. Contrar bolnavilor cu cancer gastric sau al colonului, care după 5—10 ani de supraviețuire practic pot fi considerate în afară de pericol, cancerele mamare pot face recidive locale sau metastaze manifeste chiar după 20 ani.

Pentru a reduce amploarea intervenției chirurgicale și a evita deformarea mutilantă a peretului toracic, am renunțat la operația Halsted începînd din anul 1966. În cazuri de tumori mamare incipiente am procedat la o mastectomie simplă după Winterlangen Mc.Wirther sau Patey completată cu evidare axilară, indiferent dacă se palpau sau nu limfonodulii axilari măriți (procedeu Auchincloss, 1972).

Operația a fost efectuată la început sporadic, apoi din ce în ce mai frecvent și în cazuri mai avansate, fiind încurajați de articolele lui Patey și Madden apărute în anul 1972, care au confirmat atitudinea adoptată de noi. De atunci practicăm aproape în toate cazurile această operație, de cele mai multe ori din incizie orizontală eliptică dusă la distanță suficientă de pielea axilei. Mai rar efectuăm mastectomia folosind incizia oblică Meyer-Rotter.

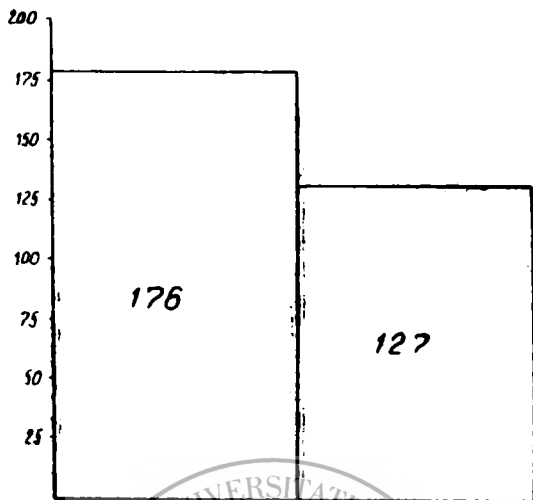
De obicei îndepărtăm și fascia pectoralului mare apoi procedăm la evidarea axilei. Cînd tumoarea aderă de mușchiul pectoralului mare, îndepărtăm larg și partea afectată a mușchiului, păstrînd tendonul său.

Nu am practicat îndepărtarea prin sectorectomie a tumorii, din cauza posibilității multicentricității ei pe care Gallagher și Martin (cit. *Urban*) l-au constatat în 55—66% a sînilor îndepărtați pentru cancer.

Nemulțumiți de rezultatele terapiei localiste (chirurgie+radioterapie) într-o boală atît de metastazantă, toată lumea s-a îndreptat spre o terapeutică care se adresează întregului organism: imunoterapia, chimioterapia+iradiere.

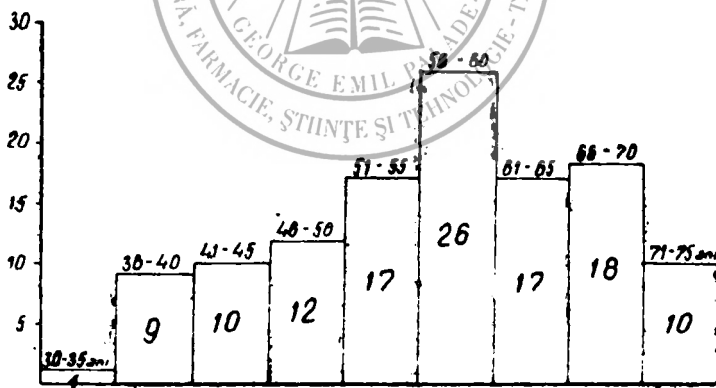
Postoperator s-a instituit polichimioterapia adjuvantă în regim CMF (ciclofosamidă 600 mg/m² în ziua 1 și 8, antifolan 40 mg/m² în ziua 1 și 8 și FFO 600 mg/m² în ziua 1 și 8), FEC (farmarubicină 70 mg/m² în ziua 1, ciclofosamidă 500 mg/m² în ziua 1 și ftoxafur 500 mg/m² în ziua 1 și 8) dar și alte combinații ca: Ciclofosfamida+FFO+VBL, sau COOPER (CMF+VBL+Prednison).

Pînă în 1987 s-au administrat 12 cicluri din CMF (la 3—4 săptămîni) apoi numai 6 cicluri. Regimul FFC s-a administrat în VI cicluri pînă la doza totală de 1000 mg/m² Farmarubicină. Tratamentul a fost în general bine tolerat. În unele cazuri a apărut leucopenie, anemie, trombocitopenie care au fost corectate.



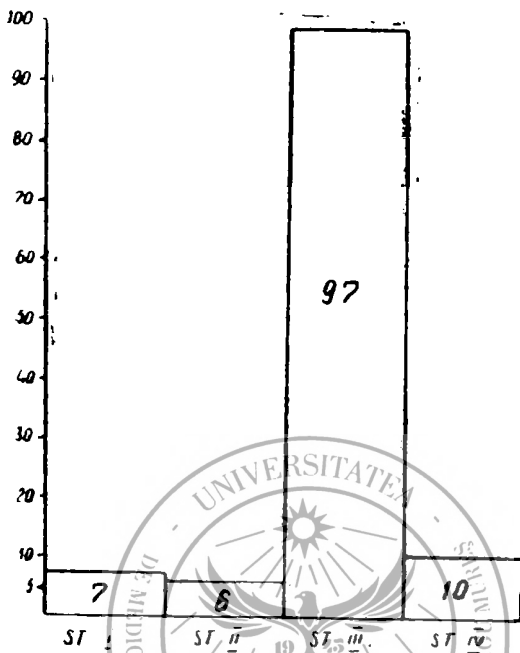
Nr. BOLNAVILOI OPERATI Nr. BOLNAVILOI IRAZIATI
 LA CL. ONCOLOGICA LA CL. ONCOLOGICA
 16 MURES

Fig. nr. 1



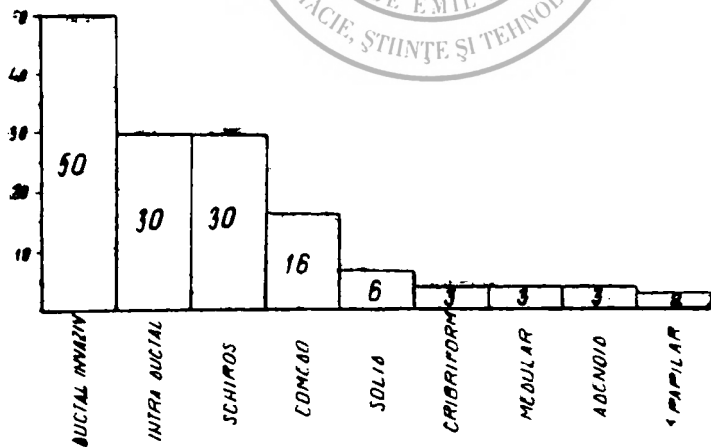
VIRSTA BOLNAVILOI TRATATI LA ONCOLOGIE

Fig. nr. 2



Nr. CAZURILOR LA FIECARE STADIU

Fig. nr. 3



FORMELE HISTOPATOLOGICE ALE CARCINOMELOR

Fig. nr. 4

Manipularea hormonală a constat în inhibiție radiologică ovariană (12—14 Gy) (în premenopauză) profilactică la bolnave cu mai mult de 3 ganglioni axilari pozitivi sau terapeutică la cele cu metastaze la distanță (oss., pleurale etc.). După menopauză sau administrat Tamoxifon 2×1 pe zi, timp de 2 ani, sau derivate progesteronice (MEGACE, PROVERA, FARLUTAL) în raport cu particularitățile fiecărui caz.

Radioterapia (Cobaltoterapia) s-a început imediat postoperator. Până în februarie 1988 s-a făcut radioterapie convențională (250 KW). S-au iradiat: peretele toracic în două cimpuri tangențial (4—5000 r în 4—6 săptămâni). Ariile ganglionare (axilar, supraclavicular) și în doze de 3—4000 r pe cimp. În localizările centrale și interne, s-au iradiat și ganglioni mamari interni.

Cobaltoterapia a complectat tratamentul chirurgical, administrându-se 50 Gy (în 5 săptămâni pe peretele toracic (tangențial) și cu 45,50 Gy (5 săptămâni pe ariile ganglionare cu precizările de mai sus).

Din 1988 tratamentul adjuvant chimic și radioterapia s-au practicat în regim alternant. S-a dat prioritate tratamentului sistemic (chimioterapie) aplicându-se imediat postoperator 3 cicluri apoi radioterapia, urmată de alte 3 cicluri de polichimioterapie.

Concluzii

1. În momentul diagnosticului, cancerul de sân este deja o boală sistemică.
2. Operația oricât de amplă ar fi nu poate înlătura boala de bază. Operația trebuie să se execute cât mai precoce, să fie economică dar să îndepărteze masa tumorală și limfonodulii loco-regionali.
3. Noi preconizăm începând din anul 1966 mastectomia simplă cu evidare axilară.
4. Nu practicăm excizia prin sectorectomie din cauza multicentricității tumorilor, posibilă în proporție de 55—66% a cazurilor.
5. Tratamentul complex (chirurgie, chimioterapie, hormonoterapie + iradiere și imunologic) a îmbunătățit simțitor prognosticul bolii, făcând posibile și operațiile mai economice.

Bibliografia

1. Beller F. K., Schnepfer S.: Dtsch. med. Wschr. (1981), 106, 329;
2. Brinkley D., Haybettle J. L.: Lancet (1975), II, 95;
3. Bugyi I., Tóth Cs.: Orvosi Hetilap (1976), 117, 13, 763;
4. Cant E. L. M. și colab.: Lancet (1975), I, 7914, 995;
5. Crile G. jr.: Amer. Surg. (1965), 4, 400;
6. Crile G. jr.: Amer. Surg. (1975), 1, 26;
7. Hoxley J. H. și colab.: IAMA (1980), 244, 797;
8. Krisida E.: Orvosi Hetilap (1988), 129, 52, 2787;
9. Madden J. L. și colab.: Ann. Surg. (1972), 175, 624;
10. Otto R. V.: Schw. med. Wschr. (1979), 109, 752;
11. Varga L. și colab.: Orvosi Hetilap (1984), 125, 39, 2365;
12. Urban J. A. IAMA (1980), 244, 800.