

Krūšu rekonstrukcija ar mikrovaskulāru *a.epigastrica inferior* perforatoru lēveri

Kopsavilkums

Vadlīniju mērķis ir sniegt sievietēm pēc vienas vai abu krūšu dažādu apjomu mastektomijām optimāli kvalificētāko un pilnvērtīgāko aprūpi, piemeklējot katrai piemērotāko krūšu rekonstrukcijas veidu, apjomu.

Mērķi iespējams īstenot, radot atsevišķu veselības aprūpes budžeta sadaļu, kas atvēlēta pacienšu izglītošanai un krūšu rekonstrukcijai pēc mastektomijām, atgriežot pacientes sociāli aktīvo indivīdu rindās. Šādas sievietes sniedz gan vērtīgu pozitīvu ieguldījumu sabiedriskajā dzīvē, gan attīstot individuālo saimniecisko darbību vai iekļaujoties valsts struktūrās dod ekonomisko ieguvumu. Sievietes, kurām nav veikta krūšu rekonstrukcija, ievērojami grūtāk spēj integrēties sabiedrībā un pilnvērtīgi atgriezties darba tirgū.

Krūšu rekonstrukcija veicama pacientēm, kuras iekļaujas C50, N60, Z90.0 grupās pēc SSK-10 klasifikācijas.

Par krūšu rekonstrukcijas iespējām pacienti informē pirms mastektomijas operācijas.

Rekonstrukcija veicama pēc rūpīgas pacienšu atlases, izvērtējot metodes piemērotību tieši šai pacientei, ņemot vērā objektīvos un subjektīvos aspektus.

Rekonstrukcija veicama pacientēm pēc vienas vai abu krūšu radikālas mastektomijas.

Rekonstrukcija veicama:

- Vienlaicīgi ar mastektomijas operāciju;
- Vēlīnā periodā – kā minimums gadu pēc mastektomijas un/vai staru un ķīmijas terapijas.

Krūts rekonstrukcija tiek veikta, izmantojot vēdera priekšējās sienas ādas-zemādas lēveri, kura mikrocirkulāciju nodrošina *a.epigastrica inferior* perforatoru zari. Lēvera asinsapgādi nodrošina viens, divi vai trīs perforatoru zari. Pacientu atlases kritēriji līdzvērtīgi tiem, kuri uzskaitāmi arī pie *m.rectus abdominis* miokutāna (TRAM) lēvera.

Metodes priekšrocība:

- netiek traumēts *m.rectus abdominis*;
- nerodas *m.rectus abdominis* funkcionālie traucējumi;
- neattīstās postoperatīva vēdera priekšējās sienas trūce;
- paciente izjūt mazākas postoperatīvas sāpes,

Trūkumi:

- tā ir plaša, gara ķirurģiska operācija;
- papildus rēta vēdera priekšējā sienā.

Pacientu atlasīšana:

- Motivēta, psiholoģiski stabila paciente;
- Veikta radikāla mastektomija ar plašu mīksto audu deficītu;
- Nav datu par lokālām vai distantām krūts vēža metastāzēm;
- Anamnēzē veikta staru terapija krūškurvja rajonā;
- Liela izmēra veselā/otra krūts;
- Maza izmēra veselā/otra krūts;
- Neveiksmīga krūts rekonstrukcija ar ekspandera/implanta metodi;
- Pietiekami daudz mīksto audu vēdera lejasdaļā, paciente piekrīt abdominoplastikai.

Rekonstrukcijas metode kontraindicēta:

- Rekonstruktīvās krūšu operācijas neveic pacientēm, kurām diagnosticētas krūts vēža metastāzes;
- Kardiālas saslimšanas(piem., miokarda infarkts, iedzimtas sirdskaites);
- Plaušu slimības(piem., emfizēma, HOPS);
- Anamnēzē plaušu embolija, dziļo vēnu tromboze;
- Vaskulīti (piem., lupus, sklerodermija, poliarterīts);
- Psihiska saslimšana;
- Ķermeņa masas indekss (ĶMI) ≥ 30 ;
- Pacienti vecāki par 60 gadiem;
- Smēķētāja (paciente nevēlas atstāt smēķēšanu);
- Anamnēstiski abdominālas operācijas, traumas, kuru laikā varētu būt bojāta lēvera barojošie asinsvadi;
- Hroniskas saslimšanas(piem., diabēts);
- Paciente plāno grūtniecību.

Izmeklēšana:

- Anamnēzes ievākšana;
- Asins analīzes (pilna asinsaina, bioķīmija);
- Asins grupa, Rezus faktors;
- Urīna analīzes;
- EKG;
- Krūškurvja RTG;
- Onkologa slēdziens.

Preoperatīva plānošanā ietilpst asinsreci ietekmējošu medikamentu lietošanas pārtraukšana, smēķēšanas atmešana vismaz 6-8 nedēļas pirms operācijas. Tieši pirms operācijas veic nepieciešamos mērījumus un marķējumus.

Intraoperatīvi:

Paralēli darbojas divas operējošo ķirurgu komandas. Viena no komandām veic mastektomijas rētas ekscīziju un mikrovaskulārā lēvera recipienta asinsvadu (artērijas un to pavadošo vēnu) izpreparēšanu, lēvera ložas izveidi. Otra ķirurgu komanda paņem a.epigastrica inferior perforatoru lēveri no vēdera priekšējās sienas. Nākošais operācijas etaps saistīts ar lēvera anastomožu veidošanu mikroķirurģiskā tehnikā, lēvera donora vietas slēgšanu.

Pirmās 24h pēc krūts rekonstruktīvās operācijas pacienti stacionārā novērošanai intensīvās terapijas nodaļā.

Stacionārā pacients pavada vidēji 4 dienas.

Optimāli noritē pēcooperācijas perioda gadījumā, 3-4 mēnešus pēc krūts rekonstruktīvās operācijas pirmā etapa, pacients atgriežas stacionārā, lai veiktu nelielas lēvera formas korekcijas(ja tādas nepieciešamas) un/vai areolas-zirnīša kompleksa rekonstrukciju.

Areolas-zirnīša kompleksa rekonstrukcija ir krūšu rekonstrukcijas noslēdzošais etaps.

Komplikācijas:

- lēvera totāla nekroze;
- lēvera daļēja nekroze;
- asinsvadu anastomožu revīzija;
- seroma;
- tauku nekroze;
- infekcija;
- trūce.

Vadlīniju izstrādē izmantoti materiāli, kuri atbilst pierādījumu līmenim „D”.

Vadlīniju izstrādes procesā izmantotas elektroniskās medicīniskās datu bāzes PubMed, CME, eMedicine, Drugs, MEDLINE. Raksti tika atlasīti atbilstoši vadlīniju struktūrai.

Vadlīņu izstrādāšanai tika izmantota drukātā literatūra:

-) John Bostwick III, M.D, Joseph B. Whitehead „ Plastic and Reconstructive Breast Surgery” Quality Medical Publishing, INC St.Louis , Missouri, 1990 ;

-) Scott L. Spear, Shawna C. Willey, Geoffrey L. Robb, Dennis C. Hammond, Maurice Y. Nahabedian , „Surgery of The Breast, Principles and Art”second edition Lippincott Williams&Wilkins 2006,

Vadlīņas izstrādāja plastiskais ķirurgs Dr.A.Gaile

Vadlīņas apstiprina Biedrība „Latvijas plastisko ķirurgu asociācija”