

Prezentare de caz

Neoplasmul mamar

- **Am examinat** pacienta A.V. in varsta de 59 ani, de sex feminin, pensionara, din mediul urban care s-a prezentat in serviciul de policlinica pentru: prezenta unei formatiuni tumorale la nivelul glandei mamare stangi.
- Din antecedentele personale fiziologice retinem menarha precoce (la 12 ani), menopauza tardiva (la 52 ani).
- Antecedente personale patologice: colecistectomie in urma cu 10 ani.

- Din **istoricul bolii** reținem ca simptomatologia a debutat în urmă cu o lună, când pacienta a sesizat prin autopalpăre prezența formațiunii tumorale la nivelul glandei mamare stângi, fără a fi însoțită de durere sau alte acuze. Pacienta a efectuat un examen mamografic în urmă cu 2 săptămâni care a relevat o opacitate omogenă, intensă, cu contur regulat, localizată la nivelul cadranelor infero-externe ale glandei mamare stângi.

- **Examenul obiectiv** pe aparate si sisteme ne releva o pacienta cu obezitate, abdomen marit de volum pe seama tesutului adipos in exces, cu cicatrice postoperatorie mediana xifo-ombilicala; la nivelul acesteia se palpeaza o formatiune pseudotumorală de circa 6 cm diametru, de consistenta moale, bine delimitata, nedureroasa, reductibila spontan in clinostatism, cu expansiune in ortostatism si impulsione la efortul de tuse.
- **Examenul local** ne releva la nivelul glandei mamare stangi, in cadranul infero-extern o formatiune tumorală ovalară de 3/2 cm, ferma, aparent bine delimitata, nedureroasa, mobila fata de planurile superficiale si relativ mobila fata de cele profunde. Tegumentele mamare au aspect normal, de asemenea areola si mamelonul, din care nu se exteriorizeaza secretii la exprimare. Nu se palpeaza adenopatii axilare. Glanda mamara dreapta, axila dreapta si regiunile supra si subclaviculare drepte fara modificari.

- Din anamneza si datele furnizate de examenul obiectiv ne orientam catre o suferinta a glandei mamare, cu un **diagnostic de etapa** de:
 - Tumora mamara stanga in cadranul infero-extern
 - Eventratie mediana supraombilicala postoperatorie
 - Obezitate
- Pentru acest diagnostic pledeaza prezenta formatiunii tumorale mamare stangi (anamnestic, confirmata clinic si mamografic), antecedentele chirurgicale abdominale ale pacientei, prezenta formatiunii pseudotumorale la nivelul cicatricii postlaparotomie.

- **Diagnostic diferential:**

- Tumorile mamare benigne:

- Fibroadenomul mamar – apare de regula la paciente tinere, prezinta modificari de volum si sensibilitate in raport cu menstruatia
 - Tomora phyllodes – tumora mamara benigna cu crestere rapida, bine delimitata, care comprima tesutul supraiacent fara sa-l invadeze; adenopatia axilara este absenta de regula
 - Mastopatia fibrochistica – aspect de tumora mamara insa de consistenta neomogena
 - Chistele mamare simple – aspect transsonic la ecografie
 - Lipoamele, fibroamele cutanate – superficiale, bine delimitate, mobile
 - Galactocelul – se asociaza cu secretii exteriorizate prin mamelon;

- Pentru stabilirea diagnosticului am considerat necesara o explorare complementara tintita, constand in:
 - **Explorari de laborator:** hemoleucograma, grup sanguin, Rh, coagulograma, VSH, sumar de urina, glicemie, uree, creatinina, proteinemie, colesterolemie, bilirubina totala, transaminaze, fosfataza alcalina;
 - **Explorari radiologice:** mamografia bilaterala: sani cu structura fibro-adipoasa, fara distorsiuni arhitecturale, fara microcalcifieri suspecte; la nivelul glandei mamare stangi se constata o densitate nodulara de circa 3 cm, cu contur bine delimitat; radiosopia toracica nu a evidentiat elemente patologice;
 - **Explorari imagistice**
 - Alte explorari

- **Mamografia bilaterală și axilară bilaterală:** infero-extern stâng, la nivelul leziunii palpabile, formațiune parenchimatoasă de 3,2/3,3/2,8 cm, inhomogenă, cu câteva zone transonice în interior; la baza axilei stângi apar două adenopatii de 1 și 0,8 cm rotunde, omogene, hipoecogene.
- **Biopsie prin punctie aspirativă cu ac fin** care evidențiază un aspect de carcinom ductal.
- Datele clinice și paraclinice ne permit precizarea unui **diagnostic pozitiv** de:
 - Neoplasm mamar stâng al cadranelor infero-extern (carcinom ductal) stadiul IIIB; Eventrație mediană postoperatorie supraombilicală; Obezitate grad II.

- In absenta tratamentului, **evolutia bolii** ar fi spre:
 - Extensie din aproape in aproape, de-a lungul traveelor conjunctive si a ductelor galactofore, cu invazia tesutului adipos premamar, a tegumentului cu aparitia semnelor sugestive: eritem, edem, aspectul de coaja de portocala, ulceratie cu suprainfectie si hemoragie; extensia de-a lungul vaselor limfatice dermice si capilarelor ar duce la aparitia nodulilor de permeatie tegumentari; extinderea din aproape in aproape s-ar putea realiza si catre planurile profunde cu invazia tesutului adipos retromamar, a fasciei pectorale, a muschiului pectoral si a peretelui toracic;
 - Extensie pe cale limfatica cu aparitia de metastaze ganglionare la nivelul ganglionilor axilari, mamari interni, dar posibil si la nivel supraclavicular sau mediastinal;
 - Diseminarea hematogena a bolii cu aparitia de metastaze pulmonare, osoase, cerebrale, suprarenale, hepatice, tegumentare, etc.

- In situatia de fata consideram ca pacienta trebuie sa beneficieze de tratament complex adaptat stadiului de boala. Astfel consideram obligatoriu initial un **tratament chimioterapic neoadjuvant** care sa realizeze o conversie stadiala a bolii, urmat sau nu si de **radioterapie neoadjuvanta** (in functie de raspunsul la chimioterapie obiectivat clinic si imagistic) pentru ca ulterior radiochimioterapiei sa se efectueze interventie chirurgicala.
- **Indicatia tratamentului chirurgical** este dependenta de raspunsul bolii la tratamentul neoadjuvant. Ea poate avea caracter curativ in cazul in care in urma reevaluarii post-terapie neoadjuvanta tumora s-a redus in dimensiuni si nu se obiectiveaza adenopatii axilare sau poate avea caracter paliativ, de curatire, in situatie unei leziuni care a ramas stationara sau a evoluat sub acest tratament, determinand invazia tegumentara sau a planurilor profunde.

- **Scopul tratamentului chirurgical cu viza de radicalitate** este reprezentat de extirparea glandei mamare in totalitate, impreuna cu fascia marelui pectoral si teritoriul de drenaj limfatic axilar, iar in cazul tratamentului chirurgical cu viza paliativa de indepartare exclusiva a glandei mamare cu leziune tumorală (mastectomie de toaleta).
- Interventii chirurgicale:
 - Mastectomia radicala Halsted – extirparea ambilor muschi pectorali, are dezavantajul unei interventii de amploare cu sechele pe termen lung;
 - Mastectomii radicale modificate:
 - Pattey – extirparea dintre muschii pectorali doar a micului pectoral, cu mai putine sechele postoperatorii;
 - **Madden** – conservarea ambilor pectorali (interventia chirurgicala preferata in aceasta situatie).

- **Pregatirea preoperatorie** consta in pregatirea psihologica, pregatirea generala (corectarea eventualelor dezechilibre metabolice) precum si pregatirea locala (toaleta regiunii mamare si axilare stangi).
- **Anestezie generala** cu intubatie oro-traheala.
- **Pozitia pacientei:** decubit dorsal cu membrul superior stang in pozitie verticala, cu antebratul flectat la 90 grade, fixat pe un suport situat la nivelul capului pacientei, in timp ce membrul superior contralateral va fi in abductie pe suport pentru tensiometru si perfuzii.
- Interventia consta in extirparea glandei mamare impreuna cu fascia marelui pectoral, ganglionii interpectoral Rotter si tesutul celulo-limfoganglionar axilar, hemostaza, drenajul si sutura pielii.

- **Incidente si accidente intraoperatorii:**

- Lezarea venei axilare in momentul sectionarii micului pectoral sau al limfadenectomie axilare, impune hemostaza prin sutura venoasa sau ligatura;
- Lezarea arterei axilare – necesita sutura vasculara;
- Deschiderea pleurei – in cursul disectiei de la varful axilei, impune sutura etansa;
- Hemoragia intraoperatorie – din vasele perforante, impune identificarea sursei si hemostaza definitiva;
- Lezarea nervilor toracic lung sau toracodorsal.

- **Complicatii:**

- **Locale:**

- Hematomul subcutanat sau acumularile sero-limfatice din aria de disectie ganglionara – clinic aspect de tumefactie locala, ecografic colectie subtegumentara; impun evacuare adesea repetitiva prin punctie;
 - Supuieratia plagii;
 - Necroza lambourilor tegumentare – impune eliminarea unor fire de sutura, excizia necrozei si sutura secundara;

- **Generale:**

- Tromboza venoasa profunda;
 - Complicatii pulmonare sau pleurale.

- Tratamentele complementarii postoperatorii vor fi stabilite in functie de rezultatul histopatologic al piesei de rezectie, de factorii de prognostic asociati (gradul de diferentiere al tumorii, numarul de ganglioni interesati, invazia limfatica, venoasa, perineurala, infiltratul inflamator peritumoral limfocitar, prezenta receptorilor pentru estrogeni si progesteron). Aceste tratamente vor fi reprezentate de chimioterapie sau hormonoterapie.

- In cazul unei evolutii favorabile, consideram ca pacienta ar putea fi externata dupa 7-10 zile postoperator si se va recomanda evitarea eforturilor fizice intense tinand cont de patologia parietala asociata, scadere ponderala si prezentarea la contralele postoperatorii programate.
- Controale postoperatorii la 3 luni in primul an, la 6 luni in urmatorii 2 ani, ulterior anual. Vor cuprinde examen clinic, examinari de laborator, radiografie toracica, ecografie sau tomografie computerizata, completata eventual cu scintigrafie osoasa sau CT de craniu in caz de simptomatologie sugestiva pentru determinari secundare osoase sau cerebrale.
- Prognosticul cazului pe termen lung este rezervat, dat fiind stadiul avansat de boala.