

Krūts rekonstrukcija ar rotētu *m.latissimus dorsi* (LTD) miokutānu 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 rekonstrukciju veic pacientēm pēc krūts radikālas mastektomijas, diagnožu grupa C50, N60, Z90.1 pēc SSK-10 klasifikācijas.

Par krūšu rekonstrukcijas iespējām pacienti informējami pirms mastektomijas operācijas veikšanas;

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

Rekonstrukcija veicama pacientēm pēc vienas vai abu krūšu mastektomijas.

Rekonstrukciju veicama:

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

Pacienšu atlase:

- Pacientes ar nedaudz pazeminātu vai normālu $\text{KMI} < 30$;
- Pacientēm pēc radikālas mastektomijas ar mīksto audu deficītu, kurām nav iespējams veikt ekspandera/implanta rekonstrukciju, nevēlas un nav iespējams veikt krūts rekonstrukciju ar TRAM vai DIEP lēveri;
- Anamnēzē abdominālas operācijas(tai skaitā arī abdominoplastika);
- Priekšroka tiek dota rētai uz muguras;
- Anamnēzē neizdevusies krūts rekonstrukcija ar ekspanderu/implantu metodi vai TRAM lēveri;
- Paciente nākotnē plāno grūtniecību;
- Pacientēm ar Poland sindromu.

Papildus faktori, kuri ietekmē rekonstrukcijas metodes izvēli:

- Pacientes vispārējais veselības stāvoklis;
- Blakussaslimšanas, spēja panest ilgstošu vispārējo anestēziju;
- Veselās/otras krūts izmērs un forma;
- Mastektomijas plašums, rētas novietojums;
- Pacientes vēlmes.

Kontrindikācijas:

- Anamnēzē veikta mugurējā torakotomija, veikta axillāro limfmezglu ekscīzija;
- Paciente nevēlas rekonstrukciju, kurā tiktu izmantots implantu;
- Dažādas/smagas kardioloģiskas saslimšanas;
- Dažādas/smagas pulmonālas saslimšanas.

Izmeklēšana:

- Anamnēzes ievākšana;
- Analīzes(pilna asins aina, bioķīmija, urīna analīzes);
- *M.latissimus dorsi* kontraktilitātes tests- pacients saliek abas rokas sānos un pieliecas nedaudz uz priekšu un leju. Palpē muskuļa laterālo malu, kura topogrāfiski iet no mugurējās axillārās līnijas līdz *crista iliaca*;
- Krūškurvja RTG;
- EKG;
- Onkologa slēdziens.

Preoperatīva plānošanu uzsāk pacientei atrodoties nodaļas palātā. Veic operācijas lauku marķējumus, izvēloties piemērotāko ādas saliņas platumu un garumu, virzienu.

Intraoperatīvi veic mastektomijas rētas ekscīziju, *m.latissimus dorsi* miokutāna lēvera izdalīšanu un rotēšanu caur speciāli izveidotu zemādas kanālu uz krūškurvja priekšējo sienu. Nepieciešamības gadījumā zem lēvera var pozicionēt ekspanderu vai implantu.

Postoperatīvā taktika

Pirmo diennakti pēc krūts rekonstrukcijas operācijas pirmā etapa paciente pavada intensīvās terapijas nodaļā. Vidējais stacionārā pavadīto dienu skaits pēc pirmā krūts rekonstrukcijas etapa ir 3-4 dienas

Areolas-zirnīša kompleksa rekonstrukcija ir krūšu rekonstrukcijas noslēdzošais etaps.

Areolas-zirnīša rekonstrukcijai izmanto rekonstruētās krūts audus.

Biežāk pielietotie lokāli ādas-zemādas lēveri zirnīša rekonstrukcijai:

- *Bill Little* lēveris;
- *Scott Spear* lēveris;
- trīslapu lēveris;

- C-V lēveris;
- kompozīts kontralaterālās krūts zirnīša grafts.

Pēc areolas-zirnīša rekonstrukcijas etapa paciente stacionārā uzturas 1 diennakti.

Komplikācijas:

- Seromas uzkrāšanās lēvera donora vietā;
- Kapsulās kontraktūra;
- Ādas saliņas nekroze, lēvera nekroze;
- Implanta ruptūra;
- Hematoma;
- Hipertrofisku rētu veidošanās donora vietā.

Rezultāti un prognozes:

- Augsts pacientu apmierinātības līmenis ar rezultātu;
- Akceptējama simetrija ar otru/veselo krūti, neveicot tās papildus korekciju;
- Labs estētiskais rezultāts;
- Rekonstrukcijai nav saistība ar sasilšanas recidīva veidošanos.

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

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

Vadlīniju 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.

Vadlīnijas izstrādāja plastiskais ķirurgs Dr.A.Gaile

Vadlīnijas apstiprina Biedrība „Latvijas plastisko ķirurgu asociācija”