

## Αναφορά περιστατικού: Η πρώτη ενδοσκοπική χειρουργική επέμβαση Μαστού στην Ελλάδα

ΓΙΑΝΝΗΣ Π. ΦΥΣΣΑΣ, Χειρουργός  
Διευθυντής Κλινικής Μαστού - Ιατρικό Αθηνών Κλινική Π. Φαλήρου

### Ασθενής - Μέθοδος

Πρόκειται για μια ασθενή 20 ετών με ένα ωοειδές ινοαδένωμα μεγίστης διαμέτρου 3,5 εκατοστών στη 12η ώρα της ζώνης C του αριστερού μαστού. Υπό γενική αναισθησία και μέσω τομής 2,5 εκατοστών στην αριστερά μέση μασχαλιαία γραμμή, έγινε υποδόρια διήθηση με αραιωμένο διάλυμα ξυλοκαΐνης-αδρεναλίνης, σε ευθεία γραμμή, έως το προς αφαίρεση ογκίδιο και εισήχθη υποδορίως το ειδικό τροκάρ-άγκιστρο με ενδοσκόπιο 5 χιλιοστών των 30° και προσαρμοσμένο σωλήνα αναρροφήσεως.

Με τη βοήθεια ειδικού ενδοσκοπικού διπολικού ψαλιδιού, που ταυτόχρονα κόβει και κάνει αιμόσταση, έγινε παρασκευή, αποκόλληση και αφαίρεση του ογκιδίου από την τομή της μασχάλης. Η σύγκληση του δέρματος έγινε με ενδοδερμική ραφή. Η επέμβαση διήρκεσε μία ώρα και η ασθενής επέστρεψε στο σπίτι της το μεσημέρι.

### Συζήτηση

Είναι βέβαιο ότι οι ενδοσκοπικές επεμβάσεις του μαστού, θα προστεθούν σιγά-σιγά στη φαρέτρα των χειρουργών μαστού, που έχουν γνώση και εμπειρία λαπαροσκοπικής Χειρουργικής. Οι επεμβάσεις αυτές δεν πρέπει όμως να αποτελούν αυτοσκοπό.

Πρέπει να εκτελούνται με σύνεση και σιγουριά. Όχι ρισκάροντας τα ελεύθερα νόσου χειρουργικά όρια εκτομής. Όχι εκεί που για λόγους ριζικότητας πρέπει να γίνει και συναφαίρεση δέρματος. Μπορεί δηλαδή να γίνει υποδόρια μαστεκτομή και άμεση ανακατασκευή μαστού με ένθεμα, αλλά όχι και ριζική μαστεκτομή.



**Εικόνα 1.** Ενδοσκοπική ογκεκτομή με μετεχειρητική ουλή στη μασχάλη.

**Είναι βέβαιο ότι οι ενδοσκοπικές επεμβάσεις του μαστού, θα προστεθούν σιγά-σιγά στη φαρέτρα των χειρουργών μαστού, που έχουν γνώση και εμπειρία λαπαροσκοπικής Χειρουργικής. Οι επεμβάσεις αυτές δεν πρέπει όμως να αποτελούν αυτοσκοπό**

Συνεπώς δεν μπορούν να αντικαταστήσουν εντελώς την κλασσική Χειρουργική του μαστού. Έκτοτε έχουμε πραγματοποιήσει αρκετές ακόμα παρόμοιες επεμβάσεις για την αφαίρεση μεγάλων περιφερικών καλοήθων μορφωμάτων του μαστού και συνεχίζουμε επιτυχώς. Δεν παρουσιάστηκε καμία επιπλοκή, ούτε μετατροπή της ενδοσκοπικής σε ανοιχτή επέμβαση, θα πρέπει όμως να τονίσουμε ότι η επέμ-



**Εικόνα 2.** Αναπαράσταση της ενδοσκοπικής ογκεκτομής.



**Εικόνα 3.** Προεχειρητική προετοιμασία-σημάδι για τομή στη μασχάλη.

βαση γίνεται σε επιλεγμένα περιστατικά. Το επόμενο σχέδιό μας είναι η ενδοσκοπική άνω-έξω τεταρτεκτομή για μικρό διηθητικό ή in situ καρκίνωμα που δε βρίσκεται κοντά στο δέρμα.

Επίσης στα σχέδιά μας είναι η ενδοσκο-

⇒ πική υποδόρια μαστεκτομή και ανακατασκευή μαστού, που όμως απαιτεί τη συνεργασία με πλαστικό χειρουργό ειδικευμένο στην ενδοσκοπική-διαμασχαλιαία τοποθέτηση ενθέματος σιλικόνης, τον οποίο και αναζητούμε.

Το βασικότερο εργαλείο, χωρίς το οποίο θα ήταν αδύνατη η πραγματοποίηση της επεμβάσεως, είναι το ειδικό αγγειοενδοσκοπικό τροκάρ-άγκιστρο. Είναι εργαλείο που χωρίς την εμφύσηση CO<sub>2</sub>, δημιουργεί και διατηρεί μηχανικά ένα μικρό κενό μπροστά στην κάμερα, μέσα στο οποίο εργάζεται ο χειρουργός, περικυκλώνοντας το ογκίδιο που θέλει να αφαιρέσει. Ουσιαστικά πρόκειται για ένα συνδυασμό τροκάρ και ενδοσκοπικού αγκίστρου, μέσα στο οποίο εισάγεται μια κάμερα πηλαγίας οράσεως 30°. Όλα αυτά γίνονται μέσω μικρής τομής μήκους 2,5 εκατοστών στη σύστοιχη μασχάλη. Σε όλες τις επεμβάσεις υπάρχει μια μικρή ορατή εκχύμωση κατά μήκος της υποδορίου πορείας του τροκάρ από τη μασχάλη προς το ογκίδιο-στόχο, η οποία εξαφανίζεται σε λίγες ημέρες.

Ανάλογα με την περίπτωση, μπορεί να απαιτηθεί και μικρή τομή 2 χιλιοστών στα όρια της θηλαίας άλω, για την εισαγωγή ενός κοινού υποβοηθητικού εργαλείου ανοιχτής Χειρουργικής για πηλαγία έλξη του ογκιδίου, π.χ. μιας μικρής αιμοστατικής λαβίδας χωρίς τροκάρ. Λίγο καιρό μετά, οι τομές είναι σχεδόν αόρατες, και οι ασθενείς ιδιαίτερα ενθουσιασμένες. Στις υποδόριες μαστεκτομές, η τομή στα όρια της θηλαίας άλω είναι ίδια με την τομή της μασχάλης, διότι το τροκάρ-άγκιστρο εισάγεται και από εκεί.

Όσον αφορά τα υπόλοιπα εργαλεία, θα μπορούσαν αναλλοίωτα να χρησιμοποιηθούν αντί του διπολικού ψαλιδιού πολλοπλών χρήσεων διάφορα ψαλίδια υπερήχων με ανταλλακτικά μιας χρήσεως, αυτό όμως θα αύξανε αδικαιολόγητα το κόστος της επεμβάσεως, κάτι που στις μέρες μας πρέπει να είναι βασικός παράγων αυτοελέγχου των χειρουργών.

Η μέθοδος έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα στην Ιαπωνία και την Κορέα, όπου ο καρκίνος του μαστού είναι και πιο σπάνιος και λιγότερο επιθετικός σε σχέση με την Ευρώπη και την Αμερική.

### Συμπεράσματα

Η ενδοσκοπική Χειρουργική του μα-

## Τα τελευταία χρόνια κερδίζουν έδαφος διάφορες ενδοσκοπικές ή ενδοσκοπικά υποβοηθούμενες τεχνικές, έναντι των κλασσικών ανοιχτών χειρουργικών επεμβάσεων

στού είναι μια νέα μέθοδος στην Ελλάδα, που θα μπορούσε να αντικαταστήσει προοδευτικά την κλασσική Χειρουργική του μαστού, σε όσες περιπτώσεις απαιτείται περιφερική ογκεκτομή ή υποδόρια μαστεκτομή. Οι επεμβάσεις γίνονται με τομή από τη μασχάλη. Πλεονεκτήει σημαντικά από αισθητική άποψη, γιατί δεν υπάρχουν ουλές στο μαστό. Οι ασθενείς φεύγουν από το νοσοκομείο την ίδια μέρα. Είναι χρήσιμη ιδιαίτερα σε νέες γυναίκες (20-80 ετών) όπου το αισθητικό αποτέλεσμα είναι σημαντικό. Δεν μπορεί όμως να εφαρμοσθεί σε όλες τις περιπτώσεις και ιδιαίτερα εκεί που απαιτείται ριζική μαστεκτομή.

### Ιστορική Εξέλιξη της μεθόδου

*Τα τελευταία χρόνια κερδίζουν έδαφος διάφορες ενδοσκοπικές ή ενδοσκοπικά υποβοηθούμενες τεχνικές, έναντι των κλασσικών ανοιχτών χειρουργικών επεμβάσεων.*

*Η πρόοδος της τεχνολογίας επιτρέπει την κατασκευή εργαλείων νέων δυνατοτήτων, ρομποτί με αρθρωτούς βραχίονες, συνδυαζόμενων από οπτικές ίνες και φακούς υψηλής ανάλυσης. Είναι αλήθεια πως σε κάθε επιπλοκή ή δυσκολία, η ανοιχτή Χειρουργική θα δώσει τη λύση. Όμως ο κόσμος είναι αναμφισβήτητα υπέρ των μικρών τομών και των λιγότερο αιματηρών μεθόδων και συνεπώς η πρόοδος δεν μπορεί να σταματήσει. Κλασσική και ενδοσκοπική Χειρουργική θα πορεύονται για πάντα μαζί. Η δεύτερη θα κερδίζει συνεχώς έδαφος έναντι της πρώτης. Η πρώτη όμως θα μπορεί να φέρει σε πέρας όλα τα δύσκολα περιστατικά και τις επιπλοκές της δεύτερης. Ο καλός χειρουργός θα πρέπει να κινείται με σύνεση στη μέση οδό, επιλέγοντας μεταξύ ενδοσκοπικών και ανοιχτών επεμβάσεων ανάλογα με την περίπτωση, με γνώμονα την ασφάλεια των ασθενών. Οι ενδοσκοπικές τεχνικές είναι ένα ακόμα όπλο στο οπλοστάσιο των χειρουργών και*

*δεν αποτελούν αυτοσκοπό. Όποιος τις επιχειρεί, πρέπει εκ των προτέρων να είναι σε θέση να εκτελέσει με άνεση τις ίδιες επεμβάσεις και με την κλασσική ανοιχτή χειρουργική μέθοδο.*

*Έτσι λοιπόν, η Χειρουργική του μαστού δε θα μπορούσε να λείπει από τη γκάμα των ενδοσκοπικών τεχνικών. Η απλούστερη επέμβαση αυτής της κατηγορίας είναι η αφαίρεση ενός ογκιδίου του μαστού.*

*Το 2002 πραγματοποιήθηκε από έναν Ινδό χειρουργό, το Dr. B. Agarwal, η πρώτη στο κόσμο επιτυχής αφαίρεση ινοαδενώματος του μαστού μέσω μικρής τομής στη μασχάλη, προχωρώντας αρχικά στη δημιουργία περιορισμένου υποδορίου εμφυσήματος μέσα στο μαστό, ούτως ώστε να σχηματισθεί κενός χώρος για να μπορεί να εργασθεί με τα συνήθη λαπαροσκοπικά εργαλεία. Όμως η ιατρογενής πρόκληση υποδορίου εμφυσήματος, μόνο και μόνο για να αποφευχθεί μια ουλή στο μαστό, ήταν το φρένο που δεν επέτρεψε την επικράτηση της μεθόδου στην Ευρώπη και την Αμερική. Αρκετοί Ιάπωνες χειρουργοί, πραγματοποίησαν στη συνέχεια επιτυχώς με τη μέθοδο αυτή μεγάλο αριθμό επεμβάσεων στο μαστό και στη μασχάλη, προκαλώντας όμως πάντα, ελεγχόμενο υποδόριο εμφύσημα.*

*Το 2006 Ιάπωνες και Κορεάτες χειρουργοί, σκέφτηκαν να χρησιμοποιήσουν στο μαστό, ειδικά εργαλεία που κατασκευάστηκαν στην Αμερική για την ενδοσκοπική λήψη αγγειακών μοσχευμάτων. Προχώρησαν έτσι στην εκτέλεση επεμβάσεων στο μαστό μέσω μασχαλιαίων τομών και χωρίς τη δημιουργία υποδορίου εμφυσήματος. Το 2008, ο Dr. Mo Keshgtzar πραγματοποίησε στο Λονδίνο την πρώτη στην Ευρώπη ενδοσκοπική επέμβαση μαστού. Στις 7/5/2009 πραγματοποιήθηκε από τον Γ. Φύσσα με επιτυχία η πρώτη ενδοσκοπική αφαίρεση ογκιδίου του μαστού στην Ελλάδα, εγκαινιάζοντας τη νέα εποχή και στη Χειρουργική του μαστού.*

### Βιβλιογραφία

1. Fukuma E. Endoscopic breast surgery for breast cancer. Nippon Geka Gakkai Zashi 2006; 107(2):64-68.
2. Tamaki Y, Tsukamoto F, Miyoshi Y, Tanji Y, Tagushi T, Nogushi S. Overview: video-assisted breast surgery. Biomed Pharmacother 2002; 56(1):187-191.
3. Tajima T. Endoscopic surgery for breast diseases: the present state of art and outlook for the future. Nippon geka Gakkai Zashi 2002; 103(10):713-6.
4. Sawai K, Nakajima H, Mizuta N, Sakaguchi K, Hachimine T. Minimally invasive surgery for breast cancer. Gan O Agako Yuho 2001; 28(8):1063-70.

