

**ANNALES
ACADEMIAE MEDICAE
GEDANENSIS
TOM XLI
2 0 1 1
SUPPLEMENT 7**

GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY

Jerzy Jankau

**OBIEKTYWIZACJA OCENY ODLEGŁYCH
WYNIKÓW REKONSTRUKCYJNYCH U PACJENTEK
PO AMPUTACJI PIERSI:
PORÓWNANIE DWÓCH METOD CHIRURGICZNYCH
OPARTYCH NA ZASTOSOWANIU TKANEK
WŁASNYCH LUB IMPLANTÓW ZE SZCZEGÓLNYM
UWZGLĘDNIENIEM JAKOŚCI ŻYCIA**

*Better objectivity of the assessment of long-term
reconstruction results in post-mastectomy patients:
a comparison of two surgical methods involving autologous
tissues or implants, with particular focus on the quality of life*

Klinika Chirurgii Plastycznej
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
Kierownik: dr hab. n. med. Alicja Renkielska

Gdańsk 2011

Wydano za zgodą
Senackiej Komisji Wydawnictw Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

REDAKTOR NACZELNY

EDITOR-IN-CHIEF

Marek Grzybiak

HONOROWY REDAKTOR NACZELNY

HONORARY EDITOR-IN-CHIEF

Stefan Raszeja

KOMITET REDAKCYJNY

EDITORIAL BOARD

z-ca redaktora naczelnego – Adam Szarszewski

sekretarz redakcji – Włodzimierz Kuta

redaktor techniczny – Tadeusz Skowrya

Tomasz Bączek, Zdzisław Bereznowski, Anna Grygorowicz, Andrzej Hellmann,
Jerzy Kuczkowski, Józefa de Laval, Krzysztof Narkiewicz, Michał Obuchowski,
Zbigniew Kmieć, Julian Świerczyński, Aleksandra Żurowska

ADRES REDAKCJI

ADDRESS OF EDITORIAL OFFICE

Annales Academiae Medicae Gedanensis

Zakład Anatomii Klinicznej

Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

ul. Dębinki 1, 80-210 Gdańsk, Poland

e-mail: annales@gumed.edu.pl

Artykuły opublikowane w Annales Academiae Medicae Gedanensis
są zamieszczane w bazie EMBASE

Articles published In Annales Academiae Medicae Gedanensis
are covered by the Excerpta Medica database (EMBASE)

PL ISSN 0303-4135

Gdański Uniwersytet Medyczny

Składam serdeczne podziękowania:

Paniom:

*Lek. med. Aleksandrze Ankiewicz,
Mgr Magdalenie Trus-Urbańskiej,
Mgr Małgorzacie Gorczewskiej,
Mgr Dominice Babińskiej.*

Za współpracę i wszechstronną pomoc we wstępnym opracowaniu materiału,
Panu prof. dr hab n. med. Januszowi Jaśkiewiczowi,
byłemu kierownikowi Kliniki Chirurgii Plastycznej za impuls, życzliwość
i umożliwienie rozpoczęcia realizacji pracy.

Pani dr hab. n. med. Alicji Renkielskiej,
kierownikowi Kliniki Chirurgii Plastycznej za cenne uwagi
oraz

wszystkim Koleżankom i Kolegom z Kliniki za życzliwość i stworzenie sprzyjających
warunków do przygotowania rozprawy.

Wszystkim Osobom niewymienionym z Imienia i Nazwiska,
których wiedza i życzliwa pomoc przyczyniła się do powstania pracy.

Dziękuję też mojej *Rodzinie* za cierpliwość,
wrozumiałość i słowa otuchy w czasie pisania pracy.

7. STRESZCZENIE

Rekonstrukcja piersi po zabiegu amputacji jest działaniem nie tylko naprawiającym ciało, lecz także przywracającym kobiecie równowagę psychiczną. Po amputacji piersi, a często jeszcze po leczeniu dodatkowym z użyciem chemio- i radioterapii, kobieta doświadcza braku ważnego elementu jej cielesności. Początkowo myśl o pozbyciu się choroby jest dominująca. z czasem świadomość własnej ułomności oraz konieczność uczestnictwa w życiu codziennym znacząco wpływają na psychikę pacjentek, powodując często pogłębienie depresji związanej z przebyta chorobą. Choroba, jak i utrata piersi, powodują zamykanie się w sobie i generowanie problemów związanych z zaistniałą sytuacją. Znaczej długości blizna na klatce piersiowej i konieczność wypełniania biustonosza sztucznymi wkładkami są nieobojętnymi powodami dla decyzji rekonstrukcji piersi. Wraz z postępem informacyjnym, jak i społecznym, ciało kobiety wynoszone jest na piedestał, a poszczególne jego części, w tym głównie piersi, stanowią ważny element sygnału dla otoczenia. Dołączające się z czasem problemy psychologiczne wskazują na potrzebę wykonywania tego typu zabiegów. Wielośrodkowe badania potwierdzają zalety zabiegów rekonstrukcyjnych i znaczący ich wpływ na poprawę nie tylko jakości życia, ale i ogólnego dobrostanu kobiet po rekonstrukcji piersi. Obecne możliwości chirurgii rekonstrukcyjnej pozwalają na dostosowanie odpowiedniej metody rekonstrukcyjnej do pacjentki, tak aby po zabiegu była ona jak najbardziej zadowolona. Utraconą pierś można zrekonstruować przy pomocy jej tkanek własnych lub przy pomocy silikonowych implantów, jak również łącząc obie metody. Przed każdym zabiegiem jednak konieczne jest dokładne poinformowanie pacjentki o możliwych do zastosowania w jej przypadku metodach rekonstrukcyjnych. Ostateczną decyzję musi zawsze podjąć należyście poinformowana pacjentka.

Pierwszy zabieg rekonstrukcji piersi w Klinice Chirurgii Plastycznej GUMed z zastosowaniem tkanek własnych wykonano w drugiej połowie lat dziewięćdziesiątych. Na stałe zabiegi te wykonywane są od 2000 roku.

Celem pracy była analiza odległych wyników estetycznych rekonstrukcji piersi dwoma metodami, z zastosowaniem tkanek własnych – głównie płata TRAM oraz implantów silikonowych, a także ich wpływu na zmianę jakości życia po zabiegach oraz w oparciu o uzyskane wyniki próba określenia algorytmu postępowania rekonstrukcyjnego u kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi lub po mastektomii.

Ocenie poddano zabiegi rekonstrukcyjne przeprowadzone przez autora pracy oraz zespół lekarzy jednego ośrodka, w latach 2000 – 2008 w Klinice Chirurgii Plastycznej, Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Oddziale Chirurgii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu oraz w Katedrze Chirurgii Ogólnej i Klinice Chirurgii Gastroenterologicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Liczba wszystkich zabiegów w wymienionych ośrodkach wyniosła 370, a do badania zakwalifikowano 294, które spełniały kryteria włączenia. Głównym powodem wyłączenia były nieściśności w danych adresowych pacjentek oraz niezgłoszenie się na badanie kontrolne. Materiał badawczy stanowiły 124 pacjentki.

U 63 z nich rekonstrukcje piersi wykonano, wykorzystując tkanki własne. U pozostałych 61 zastosowano implant silikonowy. Analizy dokonano na podstawie ankiet przesłanych pacjentkom pocztą tradycyjną oraz podczas badania kontrolnego. Jedna z ankiet dotyczyła zmiany jakości życia w sferze psychicznej, fizycznej i społecznej po zabiegu rekonstrukcji piersi. Druga dotyczyła oceny efektu estetycznego odtworzonej piersi, ocenianego przez samą pacjentkę, jak i niezależnie przez dwóch lekarzy, kobietę i mężczyznę, podczas badania kontrolnego.

Uzyskane wyniki pokazują zasadniczą poprawę jakości życia we wszystkich jego trzech sferach, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy komfortu życia.

Zastosowana metoda oceny przez samą pacjentkę oraz dwoje lekarzy, mimo iż niedoskonała, pozwoliła na uzyskanie wyników porównywalnych z piśmiennictwem światowym. Wyniki statystyczne odległej oceny estetycznej przeprowadzonego zabiegu rekonstrukcyjnego, szczególnie w opinii pacjentek, wskazują metodę rekonstrukcji piersi z zastosowaniem implantów jako przynoszącą lepsze efekty. Natomiast w ocenie jakościowej wskazują na metodę rekonstrukcji piersi przy pomocy tkanek własnych jako przynoszącą lepsze odległe efekty kosmetyczne. W ogólnej ocenie zabieg rekonstrukcji piersi znacząco wpływa, w opinii pacjentek, na zmianę jakości życia, szczególnie jego komfortu. Zastosowana metoda oceny przez pacjentkę, lekarza mężczyznę oraz lekarza kobietę pokazuje większy krytycyzm mężczyzny co do odległego efektu estetycznego zabiegu w porównaniu do oceny kobiecej. Zarówno pacjentka, jak i lekarka lepiej oceniły efekt kosmetyczny zabiegu bez wskazania na metodę. Metody rekonstrukcji piersi w połączeniu z chemioterapią i/lub radioterapią umożliwiają poprawę jakości życia pacjentek i wymagają uwzględnienia ich we współczesnym, zaproponowanym w pracy, algorytmie postępowania u chorej z nowotworem piersi.

Przeprowadzone badanie pokazało, mimo znaczącej poprawy jakości życia, wyraźną niechęć pacjentek do poddania się ostatniemu etapowi rekonstrukcji – odtworzenia kompleksu brodawka/otoczek sutkowa.

Analiza zebranego materiału pozwoliła na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Opracowane ankiety, wypełniane przez pacjentki, okazały się być użytecznym narzędziem oceny wyniku rekonstrukcji piersi. Włączenie pacjentek do oceny zabiegu pozwala na obiektywizację oceny.
2. Odległe wyniki estetyczne osiągnięte przy pomocy rekonstrukcji piersi za pomocą tkanek własnych pacjentki oraz przy pomocy implantu są zbliżone.
3. Najważniejszą zmianą w jakości życia po zabiegu rekonstrukcji piersi jest w opinii pacjentek wzrost poczucia komfortu w sferach fizycznej, psychicznej i społecznej.
4. W oparciu o wyniki badań wydaje się celowe wprowadzenie algorytmu leczenia uwzględniającego rekonstrukcję piersi oraz opracowanie krótkiego i zwięzłego informatora omawiającego poszczególne etapy leczenia.

8. SUMMARY

Breast reconstruction after amputation not only repairs the body, it also helps a woman regain her mental balance. Following a breast amputation, frequently combined with adjuvant chemotherapy or radiation therapy, a woman may experience the feeling that her body is lacking an important element. Initially the thought of eliminating the disease predominates. With time the awareness of the deficiency and the necessity to participate in everyday life become significant influences on patients' mentality, and frequently aggravate the disease-related depression. The disease and loss of breast make patient withdraw and, in fact, generate problems related to the situation. A prominent scar on the chest and the need to fill bra cups with artificial pads are also factors in the decision to undergo breast reconstruction. In the era of informational and social development a woman's body is on a pedestal, and its particular features, especially breasts, are a vital signal for the environment. Psychological problems that occur at some point indicate that this kind of procedures is necessary. Multicentre studies confirm the advantages of reconstruction procedures and their significant effects on the improvement of the quality of life, but also patients' post-breast reconstruction well-being. Contemporary possibilities of reconstructive surgery enable selecting an appropriate reconstructive method for a patient to ensure patient's maximum satisfaction after the procedure. The lost breast may be reconstructed with the use of autologous tissues or silicone implants, or with a combination of those two methods. Before each procedure it is, however, necessary to adequately inform a patient of the reconstructive methods which can be used in her case. The final decision must always be made by a duly informed patient.

The first breast reconstruction procedure with the use of autologous tissues was performed in Klinika Chirurgii Plastycznej GUMed [*Plastic Surgery Division of Gdańsk Medical University*] in the late nineties. The procedure has been regularly performed since 2000.

The aim of this paper is the analysis of long-term esthetic results of breast reconstruction with the use of two methods, autologous tissues – mainly TRAM flap and silicone implants, as well as their influence on change in the quality of life after the procedure. The objectives also include an attempt at determining an algorithm for reconstruction management in women treated for breast cancer or after mastectomy, based on the collected data.

The analysis involved an evaluation of reconstruction procedures performed by the author of the paper and a team of medical professionals employed with the site, between 2000 and 2008 in Klinika Chirurgii Plastycznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego [*Plastic Surgery Division of Gdańsk Medical University*], Oddział Chirurgii Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego [*Oncological Surgery Faculty of Regional Polyclinical Hospital*] in Elbląg and in i Katedra Chirurgii Ogólnej [*First General Surgery Department*] and Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego [*Gastroenterologic Surgery Department of Jagiellonian University Collegium Medicum*] in Cracow. The total number of procedures performed in the above mentioned sites was 370, 294 of them qualified for the study as they met inclusion criteria. The main reasons for exclusion were discrepancies in patients' address details and/or a failure to attend the follow-up visit. The study population consisted of 124

patients. 63 patients underwent breast reconstruction with autologous tissues. 61 patients underwent reconstruction with silicone implant. The analysis was based on questionnaires sent to patients by via standard postal service and given during follow-up visits. One of the questionnaires concerned a change in the quality of life following breast reconstruction in terms of psychological, physical, and social area. The second questionnaire concerned the evaluation of the esthetic effect of the reconstructed breast, as assessed by the patient, and independently by two physicians: a man and a woman during a follow-up visit.

The obtained results show considerable improvement in the quality of life in all three areas, particularly including the improvement in life comfort.

Although it may seem imperfect, the method of evaluation which included assessments performed by the patient and two physicians enabled obtaining results comparable with research papers published worldwide. The statistical results of the long-term esthetic evaluation of the reconstruction procedure outcome indicate that breast reconstruction with implants presents better effects, especially in the case of patients' opinions. In quality assessment, the results indicate that breast reconstruction with autologous tissues provides better cosmetic effects. In overall assessment breast reconstruction is a significant contributor to changing the quality of life, especially the comfort, especially in the patients' opinion. The method of evaluation which included assessments performed by the patient and two physicians: a man and a woman indicated that male physicians were more critical about the long-term esthetic effect in comparison to a woman's assessment. Both a patient and the female physician assessed the procedure outcome more favourably with no indication to a specific method. Breast reconstruction methods combined with chemotherapy and/or radiation therapy contribute to improvement in patients' quality of life and need to be taken into consideration in the modern algorithm for management of breast cancer patients proposed in this paper.

The conducted study shows that, despite significant improvement in the quality of life, patients are clearly reluctant to undergo the final reconstruction stage – reconstruction of nipple-areola complex.

On the grounds of the analysis of the collected material the following conclusions could be drawn:

1. The questionnaires developed and completed by patients proves to be a useful tool in breast reconstruction outcome assessment. What is more, including patients in the assessment process contributes to its objectivity.
2. Long-term esthetic results obtained in both surgical methods, breast reconstruction with autologous tissues and implants, are similar.
3. The most important quality of life change which occurs in patients after breast reconstruction is, in patients' opinion, improved life comfort in terms of psychological, physical, and social area.
4. Taking the study results into consideration, it seems suitable to introduce management algorithm which includes breast reconstruction and developing a short and concise information brochure on subsequent treatment stages.