



rynek estetyczny

Cena 13,50 zł (8% VAT)

www.rynekestetyczny.pl

3/VII-IX/2022 ISSN 2353-8279

Medycyna estetyczna: co przed nami?

MEDYCYNĄ ANTI-AGING

Od czego zależą
efekty zabiegów

CHIRURGIA PLASTYCZNA

Odmłodzenie
szyi i twarzy

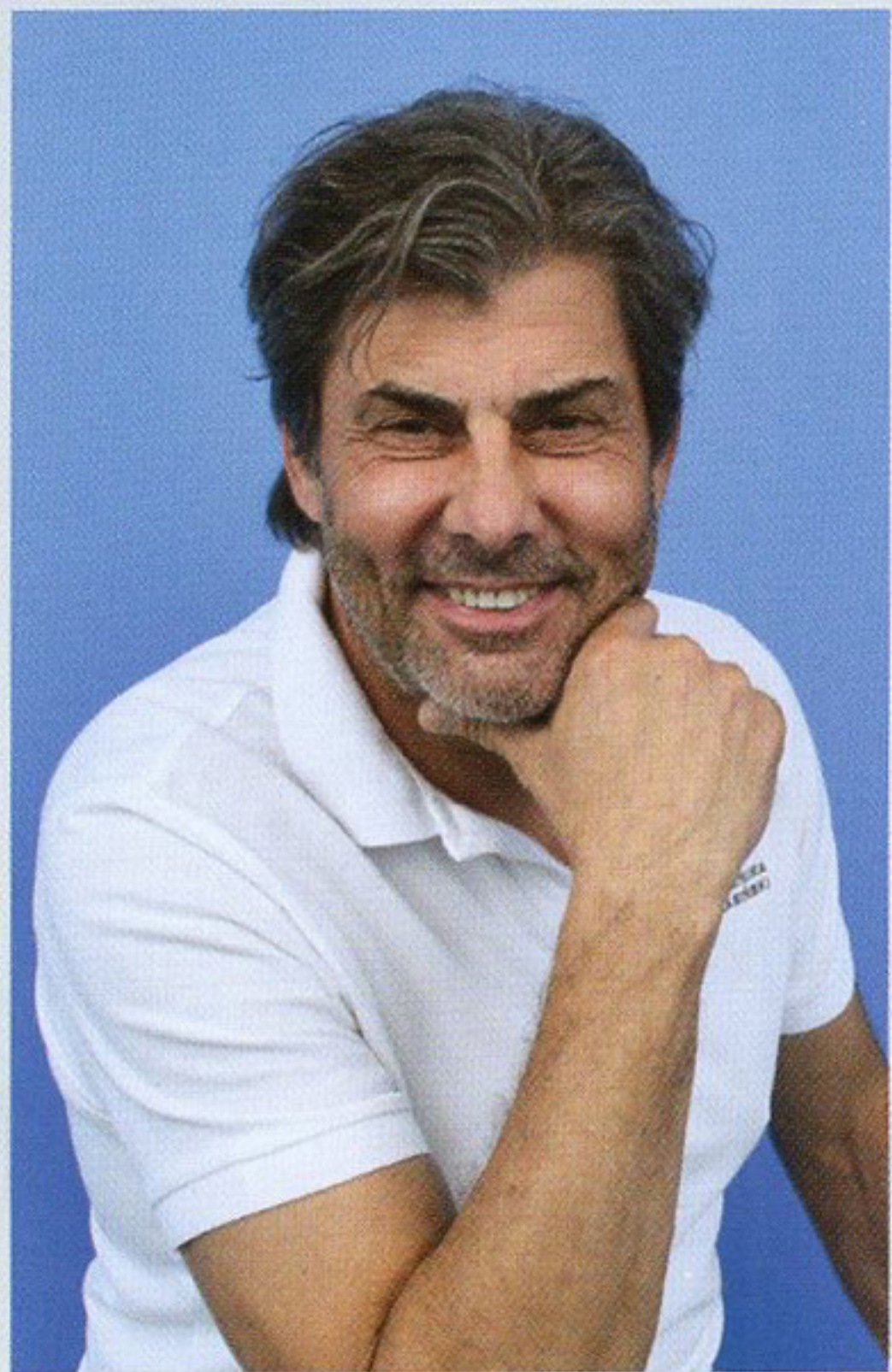
PRAWO

Sejmowa
Komisja: lekarze
i kosmetolodzy

WYWIAD

Kolasiński,
Sosnowski,
Winkel, Zegarska





Światowa Organizacja Zdrowia stosunkowo niedawno, bo w 2016 r., oficjalnie zarejestrowała BIA-ALCL, czyli chłoniaka powiązanego z implantami piersi. O problemie rozmawiamy z uznanym chirurgiem plastycznym, prowadzącym praktykę koło Poznania Jerzym Kolasińskim. Przygotowuje on na ten temat publikację naukową, która może odbić się szerokim echem w medycznym świecie

Jak wygląda aktualna wiedza na temat ryzyka zachorowania na BIA-ALCL?

Ciągle oficjalnie definiuje się tego chłoniaka jako chorobę

Chirurg plastyczny o ryzyku chłoniaka i implantach piersi

rzadką. Natomiast osoby takie jak ja, które się tym tematem głębiej zajmują, uważają, że częstotliwość jego występowania jest niedoszacowana. Wynika to z niedostatecznej świadomości tej choroby, także wśród lekarzy. Pewne objawy być może są lekceważone. Chodzi np. o gromadzenie się płynu wokół implantu, co traktuje się niejednokrotnie jako rzadkie, ale typowe powikłanie przy powiększaniu piersi. Z materiału badawczego, zebranego w mojej klinice wynika, że BIA-ALCL występuje częściej, niż się sądzi. Jednak, żeby nie wywoływać niepotrzebnego strachu wśród pacjen-

tek trzeba powiedzieć, że o ile rak piersi jest chorobą gruczołu piersiowego, to chłoniak występuje dookoła implantu na granicy między nim a torebką włóknistą, albo w samej torebce. Tylko w bardzo zaawansowanym stadium nowotwór ten może dać przerzuty do węzłów chłonnych. Dlatego tak ważna jest czujność diagnostyczna.

WHO stwierdziło, że chłoniak ten jest jednoznacznie powiązany z implantami piersi...

Z definicji choroby wynika, że czynnikiem wyzwalającym zaburzenia układu

chłonnego, prowadzącym do nowotworu jest obecność elementu drażniącego, jakim jest implant. Jednak obecność tego elementu musi się nałożyć na pewne predyspozycje pacjentki do rozwoju takiej choroby nowotworowej. Z badań wynika, że większe ryzyko powstania BIA-ALCL wiąże się z implantami o powłoce teksturowanej. Statystyki pokazują, że im bardziej powłoka implantu jest chropowata, tym mocniejszy jest proces drażnienia otoczenia. Zjawisko to w połączeniu ze wspomnianymi już indywidualnymi predyspozycjami pacjentki prowadzi do rozwoju choroby.

Można zbadać kobietę pod kątem ryzyka zachorowania na BIA-ALCL?

Niestety medycyna nie dysponuje obecnie narzędziem, dzięki któremu można by było przetestować kobietę przed decyzją o włożeniu implantu i to sprawdzić. Natomiast wiadomo, że kolejnym czynnikiem prowadzącym do powstawania nowotworu jest kolonizacja bakteriami, która w jakimś stopniu wiąże się z teksturą implantu. Chropowatą powierzchnię łatwiej jest bak-

teriom skolonizować, niż gładką. Potwierdza się to w badaniach i w moim materiale badawczym. Potwierdza się też teza, że w przypadku gładkiej powierzchni implantu, zachorowalność jest niższa.

Przygotowuje doktor publikację na temat BIA-ALCL?

Aktualnie przygotowujemy poważną publikację naukową, opartą na dosyć unikalnym materiale z naszej kliniki. Myślę, że będzie to artykuł, który odbije się

echem w światowym środowisku chirurgicznym. Praca oparta jest na przeglądzie przypadków z okresu 10 lat, kiedy stosowaliśmy implanty teksturowane, które były w powszechnym użyciu na całym świecie. W 2016 r. zakończyliśmy ich wykorzystywanie. Tak się składa, że w przypadku chłoniaka trzeba badać grupę pacjentek co najmniej w okresie sześciu lat od zabiegu. Choroba ta rozwija się najczęściej w okresie 8-10 lat od wszczepienia implantu. Ja przyjąłem, że przebadamy

grupę pacjentek zoperowanych w latach 2006 - 2016. W tej grupie wykryliśmy 5 przypadków chłoniaka. Co ciekawe na 640 pacjentek z implantami teksturowanymi typu Biocell chłoniaka wykryliśmy u czterech, czyli nie u jednej na 100 tys., ale u jednej na 160. To jest najwyższy udokumentowany wskaźnik zachorowalności na świecie.

Na jakie objawy, związane z BIA-ALCL, powinna zwrócić uwagę zarówno kobieta, jak i lekarz?



Podstawowym kluczem do wykrywalności chłoniaka jest stała, regularna kontrola piersi. Jest to też bardzo ważne w odniesieniu do ryzyka zachorowania na raka piersi. Kobieta, która ma wszczepione implanty powinna co roku robić badanie USG i co roku pokazać się u lekarza. Najczęściej BIA-ALCL występuje w postaci wysiękowej. Charakteryzuje się płynem wokół implantu. Nie mówimy tu o małej ilości, ale o nagłym powiększeniu się piersi z tego powodu. Tego objawu pacjentka nie może nie zauważyć. Tutaj kluczowy staje się regularny kontakt z lekarzem. Chodzi o to, żeby pacjentka nie lekceważyła dolegliwości, nie traciła czasu na poszukiwanie pomocy w różnych miejscach. Powinna szybko zgłosić się do chirurga plastycznego, który ją operował. Obowiązkiem lekarza jest wówczas diagnostyka w celu potwierdzenia lub wykluczenia chłoniaka.

Jeżeli już mówimy o objawach, trzeba powiedzieć też o postaci guzowej BIA-ALCL. W takim przypadku nie będzie płynu. Choroba rozwija się w ukryciu a jej objawem namacalnym dla pacjentki będzie mocne stwardnienie piersi. Wytwarza się gruba torebka włókniasta, w której są elementy chłoniaka. Jeśli pacjentka będzie się regularnie co roku pojawiać u swojego lekarza, to on takie zgrubienie torebki wyczuje. Jednak najlepiej jeśli wizyta kontrolna jest poprzedzona badaniem USG.

Ważna jest świadomość pacjentek, ale także lekarzy...

Lekarz musi wiedzieć w przypadku postaci wysiękowej chłoniaka, jak płyn z piersi pobrać, jak go zabezpieczyć i gdzie wysłać. Powinien być przygotowany na taką ewentualność. Lekarz, który zajmuje się implantami piersiowymi, powinien zawczasu dowiedzieć się, jak przygotować materiał do analizy oraz nawiązać współpracę z odpowiednim laboratorium, które będzie mogło wykluczyć, bądź potwierdzić obecność nowotworu w próbce. Trzeba być przygotowanym na to, że do gabinetu może przyjść pacjentka o której trzeba będzie myśleć, że ma chłoniaka. Bez takiego nastawienia będzie trudno o szybkie rozpoznanie.

Kobiety mogą się czuć zagubione, kiedy odkrywają objawy. Jest to nowa choroba.

Patrząc na moje pacjentki oceniałbym, że 80-90 proc. z nich rozsądnie poddaje się zaleceniom i przychodzi regularnie na kontrole. Jednak są też osoby, które wszczepiają implanty i uważają, że nic nie trzeba robić, że ma się je na całe życie. Tego typu bez troskie przekonania pogłębiają przekazy krążące szczególnie w mediach społecznościowych. Nie pomaga też to, że firmy udzielają tzw. dożywotniej gwarancji, jednak niczego od kobiet nie wymagają w zamian. Zapominają o edukacji, o potrzebie regularnych kontroli, które mogą uratować zdrowie. Nic by się nie stało, gdyby firmy udzielały gwarancji pod warunkiem corocznych kontroli lekarskich. Niestety nie słuchają tych sug-

stii chirurgów. Wracając do pytania o sytuację kobiet: jeżeli pacjentka zgłasza się regularnie na kontrole, to nie będzie zagubiona. Lekarz ją poprowadzi. Na stres i zagubienie narażone są najbardziej te panie, które nie widzą potrzeby sprawdzania swojego zdrowia i objawy je zaskakują. Wówczas, jak już mówiłem, zalecam wizytę u chirurga, który je operował. Ma on obowiązek podjąć procedury wyjaśniające sytuację. Pacjentka nie powinna wpadać w panikę, jednak zmiany w piersiach warto traktować poważnie. Poza tym trzeba mieć świadomość, że decyzja o implantach, wiąże się z koniecznością dbałości o piersi. Zresztą co ciekawe kobiety z implantami bardziej dbają o profilaktykę zdrowotną piersi, niż kobiety bez implantów.

Co grozi kobietom z chłoniakiem, jakie są rokowania?

Do tej pory stwierdzono około 1300 przypadków na całym świecie, co w zestawieniu z 30-45 milionami kobiet z implantami stanowi bardzo małą liczbę. Wprawdzie zachorowalność jest niedoszacowana, jednak nie jest to częsta choroba. Nieleczony chłoniak może doprowadzić do przerzutów i do śmierci. Natomiast rokowania przy podjętej terapii są dobre a nawet bardzo dobre. Z pewnością są znacznie lepsze, niż w przypadku raka piersi, którego wykrywa się w Polsce u 20 tys. kobiet rocznie. Podstawowym leczeniem BIA-ALCL po rozpoznaniu jest operacja chirurgiczna. Polega na cał-

kowitym usunięciu implantu i torebki dookoła implantu z pewnym marginesem. Tę torebkę trzeba dokładnie oznaczyć, żeby umożliwić precyzyjną diagnostykę onkologiczną. Najczęściej na tym się leczenie kończy. Zalecana jest tylko dalsza obserwacja i diagnostyka. Zdania są podzielone na temat tego, czy po usunięciu implantu włożyć kolejny – gładki. Moim zdaniem z punktu widzenia praktycznego lepiej jest włożyć nowy implant. Sprawia on, że przestrzeń nie zarasta, więc np. po otrzymaniu informacji z laboratorium, że trzeba poszerzyć zakres zabiegu, łatwiej jest lekarzowi takie miejsce znaleźć. Zastrzegam, że jest to moje osobiste zdanie. Wielokrotnie pacjentki same o tym decydują. U części pacjentek, kiedy dowiadują się, że mają chłoniaka, ochota na implanty w ogóle przechodzi. Oczywiście zanim przystąpimy do operacji, robimy pełne badania takie jak rezonans magnetyczny oraz PET, czyli badanie skanujące całe ciało, sprawdzające, czy nie ma gdzieś innych ognisk. Po minimum trzech miesiącach od operacji wykonywane jest kolejne profilaktyczne badanie PET. Po operacji pacjentka przekazywana jest do specjalisty hematologa, ewentualnie onkologa. Jeżeli pojawiają się jakieś ogniska w badaniu PET, wówczas hematolog zaleca dalszą terapię. Na ogół jest to radioterapia. Bardzo rzadko sięga się po chemioterapię. Najczęściej jednak postępowanie sprowadza się już tylko do obserwacji.

Dziękuję za rozmowę