

კობრიძე ი.

რადიკალური, ონკოპლასტიკური, ორგანოსშემანარჩუნებელი ქირურგიული მკურნალობის მეთოდი ძუძუს, ცენტრალური და რეტროარეოლური ლოკალიზაციის კიბოს დროს

თსსუ, ონკოლოგიის დეპარტამენტი; პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკა

დღეისათვის, სიმსივნის ლოკალიზაცია - ძუძუს ცენტრალური კვადრანტის დაზიანებით, აღარ წარმოადგენს ორგანოსშემანარჩუნებელი მკურნალობის წინააღმდეგჩვენებას. აღნიშნულის მიზეზს, რუტინულ პრაქტიკაში ისეთი ტიპის ქირურგიული ჩარევების დანერგვა წარმოადგენს, რომლებსაც კრებითად - ონკოპლასტიკურ და, ამავე დროს, რადიკალურ, ორგანოს შემანარჩუნებელ ოპერაციებს ვუწოდებთ (1).

ონკოპლასტიკური ოპერაციები, ქსოვილის გადანაცვლების/ ჩანაცვლების ტექნიკის გამოყენებით, მასტოლოგიის დარგში მოღვაწე პრაქტიკოსი ონკოქირურგის არსენალში ქმედით იარაღს წარმოადგენს და ქალის ინდივიდუალობის, სექსუალობისა და იდენტობის ერთ-ერთი მთავარი სიმბოლოს - სარძევე ჯირკვლის შენარჩუნებას, მათ შორის, სიმსივნის ცენტრალური ლოკალიზაციის შემთხვევაშიც, შესაძლებელს ხდის (2).

ცენტრალური ლოკალიზაციის კიბოს დროს მასტექტომიის, როგორც ქირურგიული მკურნალობის ერთადერთი “დასაშვები” მეთოდის, მომხრეთა მთავარ არგუმენტს - დვრილ-არეოლური კომპლექსის დაზიანების მაღალი ალბათობა და, შესაბამისად, დაავადების ლოკალური რეციდივების განვითარების მოჭარბებული რისკი სახელდება (3).

ამდენად, ამ პოზიციის მქონე ქირურგების აზრით, ძუძუს კიბოს ზემოხსენებული ლოკალიზაციის დროს, მიუღწეველს წარმოადგენს სარძევე ჯირკვლის უმნიშვნელოვანესი შემადგენელის - დვრილარეოლური კომპლექსის შენარჩუნება, რაც, თავის მხრივ, ამ უმნიშვნელოვანესი ანატომიური სტრუქტურის გარეშე არსებული რეზერვების ძუძუ - მისი მწვერვალის გილიოტინის წესით მოკვეთის შემდგომ (წაკვეთილი კონუსის ფორმა, ე.წ. “ვულკანის სიმპტომი” - ჰორიზონტალური/ვერტიკალური ნაწიბურით დვრილ-არეოლური კომპლექსის ნაცვლად), ვერ გაიმეორებს ნორმალური ორგანოს კონტურს, რაც საბოლოოდ მასტექტომიის ჩატარების აუცილებლობას ქმნის (4).

თუმცა აქ, შეიძლება რამდენიმე კითხვა გაჩნდეს:

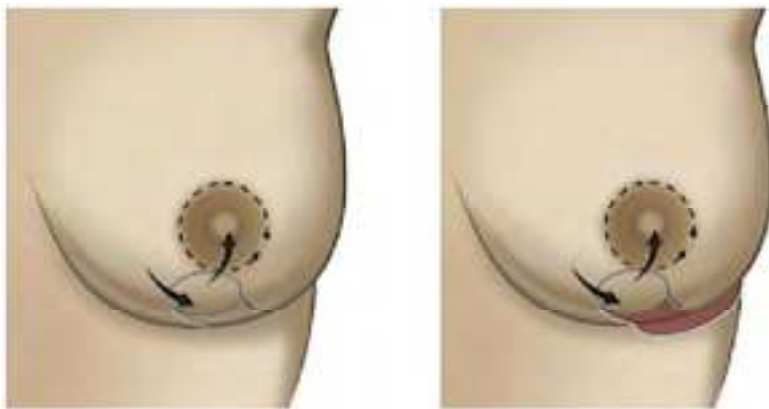
◆ დვრილ-არეოლური კომპლექსის დაზიანების შემთხვევაში რა ფართობზე ვრცელდება დაავადების ინტრაორგანული გავრცელება?

◆ როგორია, დვრილ-არეოლური კომპლექსის დაზიანების შემთხვევაში, დაავადების გამოჯანმრთელების (საერთო გადარჩენადობა, ურეციდივო სიცოცხლის ხანგრძლივობა, საერთო სიცოცხლის ხანგრძლივობა) მაჩვენებელი და არსებობს თუ არა რაიმე ტიპის კორელაცია დაავადების ტოპიკურ ლოკალიზაციასთან?

◆ როგორია დვრილ-არეოლური კომპლექსის დაზიანების ალბათობა ძუძუს ნებისმიერი ლოკალიზაციის დროს და რა წარმოადგენს მისი ავთვისებიან პროცესში ჩართულობის პროგნოზულ/ პრედიქტულ ფაქტორებს?

ცენტრალური სეგმენტექტომია, დვრილ-არეოლური კომპლექსის ამოკვეთით და გრიზოტის წესით დერმოგლანდულური ნაფლეთის როტაციით - ძუძუს ცენტრალური ლოკალიზაციის სიმსივნეების ქირურგიულ, ორგანოს შემანარჩუნებელ მკურნალობაში, წამყვან მეთოდს 1994 წლიდან წარმოადგენს (5).

ქირურგიული ტექნიკა: გრიზოტის ნაფლეთი წარმოადგენს ძუძუს დერმოგლანდულურ, როტაციულ ნაფლეთს, რომლის შემადგენლობაშია ამოკვეთილი დვრილ-არეოლარული კომპლექსის დიამეტრის კანის კუნძული და რომლის ტრანსპოზიცია დეფექტის ზონაში იძლევა არამარტო ძუძუს პოსტოპერაციული დეფექტის დახურვის, არამედ დვრილ-არეოლური კომპლექსის რეკონსტრუქციის შესაძლებლობას (სურ. №1, 2, 3 და 4).



სურ. №1 და №2 - ამოსაკვეთი ქსოვილის, დერმოგლანდულური ფეხის და ნეო-არეოლის წრეწირის მარკირება; ნაფლეთის როტაციის მიმართულება (სქემატურად)



სურ. №3 და №4 - პოსტრეზექციული დეფექტი და დერმო-გლანდულური ნაფლეთით რეკონსტრუქცია (სქემატურად)

თავდაპირველად, ე.წ. პერმანენტული მარკერით, წარმოებს არეოლის პიგმენტირებული ზონის მონიშვნა. აგრეთვე მონიშნება სუბმამარული ნაოჭი. წრეწირის ეკვატორის 3 და 6 სთ. პროექციაზე არსებული წარმოსახვითი წერტილებიდან, ქვედა მიმართულებით, სუბმამარულ ნაოჭამდე, ტარდება ორი ვერტიკალური ხაზი, რომლებიც მომავალი დერმოგლანდულური ნაფლეთის (ფეხის)

მედიალურ და ლატერალურ საზღვრებს წარმოადგენს. სუბმამარულ ნაოჭთან აღნიშნული ხაზების შეერთება ხდება ისე, რომ საბოლოო სურათი - სასვენ ნიშან მძიმეს წააგავდეს. არსებული დვრილ-არეოლური კომპლექსის უშუალოდ დისტალურად, მედიალურ და ლატერალურ ხაზებს შორის, მონიშნება ნეო-არეოლის კანის კუნძულაკის წრეწირი. მნიშვნელოვანია გვახსოვდეს, რომ ამ წრეწირის კიდეს და დერმო-გლანდულური ნაფლეთის ლატერალურ საზღვარს შორის დარჩეს დაახლოებით 2-4 მმ სიფართის ვიწრო ზონა (სურ. №5).

განაკვეთები ტარდება მონიშნულ ხაზებზე. ამოიკვეთება ძუძუს დვრილ-არეოლური კომპლექსი სიმსივნური კვანძის შემადგენელ ქვეშემდებარე ცენტრალურ კვადრანტთან (სეგმენტთან) ერთად მკერდის დიდი კუნთის მფარავ ფასციამდე. დეეპითელიზაცია უმჯობესია დაწყებულ იქნეს დეფექტის ზონიდან - ნაფლეთის მედიალური და ლატერალური საზღვრების ფარგლებში. მახვილი წესით ქსოვილთა პრეპარირება ნეო-არეოლის წრეწირის კიდეების მახლობლად განსაკუთრებული სიფრთხილით წარმოებს, რათა არ მოხდეს მისი აშრევა ქვეშემდებარე დერმო-გლანდულური ყლორტიდან. შემდგომ ეტაპს წარმოადგენს ამ უკანასკნელის ფორმირება მკაცრად საგიტალური მიმართულებით, ტრანსპარენქიმულად, დეფექტიდან - კაუდალურად, სუბმამარულ ნაოჭამდე. მიზანშეწონილია ხილული, წვრილი სისხლძარღვების მთლიანობის მაქსიმალურად შენარჩუნება ნაფლეთის იშემიის პრევენციისათვის. შემდგომში ხორციელდება ნაფლეთის პრეპეკტორული დისექცია, რომელიც იძლევა საშუალებას განხორციელდეს მისი ტრანსპოზიცია ამოკვეთილი დვრილ-არეოლური კომპლექსის მიდამოში.



სურ. №5. დერმო-გლანდულური ნაფლეთის დეეპითელიზაციის ზონა და კანის კუნძულიდან ლატერალურ საზღვრამდე არსებული ე.წ. “თავისუფალი” მანძილი (აღნიშნულის შენარჩუნება მნიშვნელოვანია ნაფლეთის მობილობის გაზრდისათვის)

დამატებითი განაკვეთიდან ხორციელდება ილლიის ლიმფადენექტომია. ჭრილობების ჰემოსტაზი ხორციელდება ელექტროკაუტერიზაციით ან/და სისხლძარღვების ლიგირებით. ორივე ჭრილობა დრენირდება სადრენაჟო მილებით. დერმო-გლანდულური ტრანსპლანტანტის მედიალური და ლატერალური კიდეების პარენქიმული შრეების დაახლოება ხდება 3-4 ტრანსპარენქიმული, სიტუაციური ნაკერით. ჭრილობები იკვრება შრეობრივად - კვანძოვანი ინტრადერმული და უწყვეტი სუბკუტიკულური ნაკერებით.

წარმოგიდგენთ ჩვენი კლინიკის შემთხვევას: პაციენტი - მ. ნ. 38 წლის, გაუთხოვარი, უშვილო. თანდაყოლილი, ქრონიკული ფსიქიკური მოშლილობით.

სიმსივნური კვანძი მარჯვენა ძუძუში აღმოაჩინა 3 თვის წინ. სპეციფიკური მკურნალობა არ ჩატარებია.

კლინიკური გასინჯვით - სარძევე ჯირკვლები A cup ზომის, სიმეტრიული, I ხარისხის პტოზით, კანის საფარველის გამოხატული თმინობით. პალპაციით მარჯვენა ძუძუს არეოლასთან, გარეთა, უპირატესად ქვედა კვადრანტთან, საზღვარზე ისინჯება მკვრივი, უსწორო ზედაპირის, შეზღუდული მოძრაობის უნარის მქონე, უმტკივნეულო სიმსივნური კვანძი, ზომით 15X10მმ. მარცხენა ძუძუ და რეგიონული ზონები ორმხრივი პალპაციით პათოლოგიის გარეშე.

ექიმამოგრაფიით - მარჯვენა ძუძუს არეოლის კიდესთან, ციფერბლატის 8 საათზე, ისახება არამკაფიოკონტურების მქონე, არაერთგვაროვანი სტრუქტურის, ჰიპოექოგენური კვანძი, ზომით 12X10 მმ. მარცხენა ძუძუ და რეგიონული ზონები ორმხრივ პათოლოგიის გარეშე.

პუნქციური ბიოფსიით მიღებულ მასალაში ციტოლოგიური კვლევით ნანახია უჯრედშორის სუბსტანცია, სისხლისა და ფიბროზული ქსოვილის ელემენტები, ცხიმი, ჯირკვლოვანი ეპითელიუმის უჯრედები პროლიფერაციით, ალავ მძიმე დისპლაზიური ცვლილებებით.

რენტგენამოგრაფიით: BIRADs 5 mammaedextra.

კლინიკური დიაგნოზი: Suspitio Cr. mammaedextra

კლინიკურ-ინსტრუმენტული სხვა გამოკვლევების შედეგები - მნიშვნელოვანი ცვლილებების გარეშე.

ოპერაციამდელი მარკირება, ამოსაკვეთი ქსოვილის მოცულობა და დერმო-გლანდულური ნაფლეთის საზღვრები მოცემულია სურათებზე №6 და №7.



სურ. №6 და №7 - მარკირება

პირველ ეტაპზე პერიარეოლური განაკვეთით განხორციელდა სიმსივნის და არეოლის კიდის რეზექცია. ამოკვეთილი პრეპარატი მარკირებულ იქნა და მასალა გაიგზავნა სასწრაფო მორფოლოგიურ კვლევაზე, რომლითაც დადგინდა არეოლის კიდეში სიმსივნის მიკროფოკუსის არსებობა (სურ. №8 და №9). გადაწყდა დვრილ-არეოლური კომპლექსის ამოკვეთა და გრიზოტის მეთოდით ძუძუს რეკონსტრუქცია (სურ. №10 და №11).



სურ. №8 და №9 - ორი ნახევარკალოვანი განაკვეთით შემოირკალა ძირითადი სიმსივნური კვანძი, განხორციელებულია სუბარეოლური დისსექცია და რეტროარეოლური სეგმენტექტომია. მაკროპრეპარატი მარკირებულია ძაფებით



სურ. №10 და №11 - დვრილ-არეოლური კომპლექსის ექსციზია და დეფექტის საბოლოო სახე: კანის კუნძულაკის ირგვლივ ჩატარებულია მომავალი პარენქიმული ყლორტის დეპიტილიზაცია. ქვედა ნახევარკალოვანი განაკვეთი ლოცირებულია უშუალოდ სუბმამარულ ნაოჭზე

დერმო-გლანდულური ყლორტის ტრანსპოზიციის შემდეგ სიტუაციური ნაკერებით განხორციელდა ძუძუს რემოდელირება; დამატებითი განაკვეთიდან - ილღის ლიმფადენექტომია (სურ. №12 და №13).



სურ.№12 და №13 - რემოდელირებული ძუძუ და მდგომარეობა ტოტალური, აქსილარული ლიმფადენექტომიის შემდგომ

ილღის ფოსო დრენირებულ იქნა კონტრაპერტურიდან, ჭრილობები დამუშავდა ანტისეპტიკური ხსნარით და გაიკერა სუბდერმული და სუბკუტიკულური ნაკერებით. ოპერაციის შედეგები წარმოდგენილია ქვემოთ (სურ. №14 - №17).



სურ.№ 14 სურ.



№15 სურ.

№14 და № 15 - ოპერაციიდან III დღეს



სურ.№16 სურ.№17

სურ. №16 და №17 - ოპერაციიდან XII დღეს

ამოკვეთილი პრეპარატის ჰისტო და იმუნომორფოლოგიური კვლევით: ძირითადი სიმსივნური კვანძი წარმოადგენს ინვაზიურ-სადინაროვან კარცინომას 1 დიფერენციაციით. სიმსივნის დიამეტრი - 0.6სმია. რეზექციის ხაზები მარკირებულ უბანში, რომელიც შეესაბამება არეოლის კიდეს, ვლინდება ინვაზიური სადინაროვანი კიბოს მიკროფოკუსი. დანარჩენი კიდეები თავისუფალია სიმსივნური უჯრედებისაგან; ვენური და ლიმფანგიონევაზია არ ვლინდება. გამოკვლეული ლიმფური კვანძების რაოდენობა - 15; მათგან - მიკრო/მაკრო მეტასტაზური ლიმფური კვანძების რაოდენობა-0. სხვა პათოლოგიური პროცესები, ავთვისებიანი დაზიანების სურათი, ამოკვეთილ დვრილ-არეოლურ კომპლექსში არ ვლინდება, პარენქიმის ნაწილში - ატიპიური ლობულური ჰიპერპლაზია;

დიაგნოზი: Cr. mammaedextra pT1bpN0M0

სიმსივნის იმუნომორფოლოგიური პროფილია: Oestrogen Receptor – positive;Progesterone Receptor – positive;HER2/neu – negative;Ki67 – 40%.

მიზანშეწონილად ჩაითვალა ჩატარებულიყო დისტანციური სხივური თერაპია შენარჩუნებულ ძუძუზე, შემდგომი ენდოკრინული თერაპიით (ესტროგენ რეცეპტორთა სელექტიური მოდულატორებით) - 5 წლის განმავლობაში.

დისკუსია: ნებისმიერი ქალისათვის სარძევე ჯირკვალის წარმოადგენს არამარტო ჩვილის გამოკვების ბუნებრივ წყაროს, არამედ ქალური იდენტობის სიმბოლოსაც. ძუძუ, ქალის არსებით და განუყოფელ, მისი სხეულის შინაგანი აღქმის ჩამოყალიბებულ და, გნებავთ, თავის იგივეობის განცდის ერთ-ერთ გამოხატულ და მნიშვნელოვან მორფო-ფუნქციურ ნიშანს წარმოადგენს. ამდენად, ნებისმიერი “მოვლენა”, რომელიც შესაძლოა ცვლიდეს აღნიშნულ განცდას, მძიმედ აისახება ქალის ფსიქიკაზე.

უკანასკნელი 20 წლის განმავლობაში, ძუძუს კიბოს მკურნალობის შესახებ წარმოდგენები მნიშვნელოვნად შეიცვალა: ქირურგების არსენალში ფართოდ დაიმკვიდრა ადგილი ორგანოსშემანარჩუნებელმა ოპერაციებმა, რომლებიც უნდა

პასუხობდეს ორ მთავარ მოთხოვნას: ოპერაცია ჩატარდეს ონკოლოგიურად ადეკვატურად და ჩატარებული ოპერაცია, კოსმეტიკური გამოსავალით, იყოს პაციენტისთვის მისაღები. მიუხედავად იმისა, რომ სკრინინგული პროგრამების რეალიზებით, სულ უფრო გახშირდა დაავადების აღმოჩენა პრეკლინიკურ ან/და ადრეულ სტადიებზე. ერთის მხრივ, კვლავაც მაღალია ადგილობრივ-გავრცელებული შემთხვევების სიხშირე, ხოლო მეორეს მხრივ, არსებობს კლინიკური სიტუაციები, მსგავსად აღწერილისა, როდესაც სპეციალური ქირურგიული ტექნიკის გამოყენების გარეშე შეუძლებელია ძუძუს შენარჩუნება (6).

სწორედ ზემოთქმული, დაედო საფუძვლად ტერმინს “ონკოპლასტიკური ქირურგია”, ანუ ძუძუს ერთმომენტიანი რეკონსტრუქცია, რომელიც ტარდება ონკოლოგიური ოპერაციის ჩატარებისას, ერთმომენტად - როგორც მასტექტომიის, ისე პარციალური მასტექტომიის შემდგომი დეფექტების აღდგენის მიზნით, ქსოვილთა გადანაცვლების, ან ქსოვილთა ჩანაცვლების ტექნიკის გამოყენებით.

ამდენად, ონკოპლასტიკური ოპერაციის მიზანს წარმოადგენს ძუძუს ფორმის, მოცულობის და, ზოგიერთ შემთხვევაში, კონტრალატერალურ სარძევე ჯირკვალთან მიმართებაში - სიმეტრიის აღდგენა (7).

გრიზოტის ნაფლეთი (როტაციული, დერმო-გლანდულური ნაფლეთი კანის კუნძულაკით) ცენტრალური ლოკალიზაციის კიბოს დროს, სათანადოდ შერჩეული პაციენტებისათვის, მასტექტომიის ალტერნატივას წარმოადგენს (6,7). ოპერაციის შედეგად შესაძლებელი ხდება თავიდან იქნეს აცილებულ ისეთი დეფორმაცია, რასაც ჩვენ “ვულკანის სიმპტომს” ანუ ძუძუს გილიოტინისებრ დეფორმაციას ვუწოდებთ, და გადავადებულ ეტაპზე განხორციელდეს დვრილ-არეოლური კომპლექსის სრული რეკონსტრუქცია. აღნიშნული ოპერაციის კანდიდატებს წარმოადგენენ ცენტრალური/რეტროარეოლური ლოკალიზაციის ძუძუს I-II სტადიის კიბოს მქონე პაციენტები, მსუბუქად გამოხატული მასტოპტოზით. ოპერაცია ტექნიკურად მარტივი შესასრულებელია და იძლევა არამარტო სიმსივნის ფართე ამოკვეთის, არამედ ძუძუს და დვრილ-არეოლური კომპლექსის ერთმომენტიანი რეკონსტრუქციის შესაძლებლობას. ოპერაციის ონკოპლასტიკურად დასრულების ერთერთ მთავარ უკუჩვენებას წარმოადგენს დერმოგლანდულური ყლორტის პროქსიმული ნაწილის სიმსივნური ინფილტრაციის ვერიფიცირება სასწრაფო მორფოლოგიური კვლევით; სხვა შემთხვევაში, რეზექციის ხაზების პოზიტიურობის გამოვლენისას შესაძლოა, “სუფთა კიდეების” მიღწევამდე, რე-რეზექციის ჩატარება. ლიმფადენექტომია, ან მოსაზღვრესასიგნალო ლიმფური კვანძის ბიოფსია, როგორც წესი, ტარდება დამატებითი განაკვეთიდან. პოსტოპერაციული პერიოდი არ განსხვავდება ძუძუზე ჩატარებული სხვა რეზექციების შემდგომი მდგომარეობისგან. საყურადღებო ზონას წარმოადგენს გადანაცვლებული ყლორტის ლატერალური და მედიალური კიდეებისა და სუბმამარული ნაოჭის შეერთების ადგილი. სადრენაჟო მილები უნდა იქნეს ამოღებული მაშინ, როდესაც ლიმფის გამონაჟონი დღე-ღამეში შემცირდება 50 მლმდე. ნაკერების ახსნა ხდება 10-12-14 დღეს. ადიუვანტური მკურნალობა იგეგმება მულტიდისციპლინურ განხილვაზე, თანამედროვე გაიდლაინებისა და რეკომენდაციების გათვალისწინებით.

დასკვნები:

1. ონკოპლასტიკური ოპერაციები, ქსოვილის გადანაცვლების/ ჩანაცვლების ტექნიკის გამოყენებით, მასტოლოგიის დარგში მოღვაწე პრაქტიკოსი ონკოქირურგის არსენალში ქმედით იარაღს წარმოადგენს და ქალის ინდივიდუალობის ერთ-ერთი მთავარი სიმბოლოს - სარძევე ჯირკვლის შენარჩუნებას, მათ შორის სიმსივნის ცენტრალური ლოკალიზაციის შემთხვევაში, შესაძლებელს ხდის; 2. გრიზოტის ნაფლეთი (როტაციული, დერმოგლანდულური ნაფლეთი კანის კუნძულაკით) ცენტრალური ლოკალიზაციის კიბოს დროს, სათანადოდ შერჩეული პაციენტებისათვის, მასტექტომიის ალტერნატივას წარმოადგენს.

3. ძუძუს I-II A სტადიის ცენტრალურად ლოკალიზებული კიბოს მქონე პაციენტებში, რეგიონული ლიმფადენექტომიის ნაცვლად, მოსაზღვრე-სასიგნალო (“გუშაგი”, “დარაჯი”) ლიმფური კვანძის/კვანძების ვიზუალიზაცია და ბიოფსია, იძლევა დაავადების ლოკო-რეგიონული კონტროლის ადეკვატურ შესაძლებლობას.

ლიტერატურა:

1. ი. კობრეიძე. ძუძუს კიბოს ონკოპლასტიკური ქირურგია - კლინიკური ონკოლოგია, N4, 2016;

2. Исмагилов А.Х., Ванесян А.С., Хамитов А.Р., Камалетдинов И.Ф. Онкопластическая хирургия молочной железы: основы, классификация, алгоритм выполнения - Опухоли Женской Репродуктивной системы 4, 2014..

3. Galimberti V., Zurrada S., Zanini V., Callegari M., Veronesi P., Catania S., Luini A., Greco M., Grisotti M. Central small size breast cancer: how to overcome the problem of nipple and areola involvement. *EJ Cancer*. 1993;29:1093– 1096. doi: 10.1016/S0959-8049(05)80294-1.

4. A. Grisotti - Immediate reconstruction after partial mastectomy. *Operative Techniques in Plastic and Reconstructive Surgery* Vol. 1, Issue 1, May 1994, Pages 1-12

5. QuercidellaRovere G., Pillarisetti RR., Benson J. Oncoplastic surgery for retro areolar breast cancer – a technical modification of the Grisotti flap. *Ind. J. Surg.* (August 2007) 69:160-162.

6. Wilson A.R.M., Marotti L., Bianchi S., et all. The requirements of a specialist Breast Centre. *EJC* (2013), 49, 3579- 3587.

7. Pardo R, Menendez P., Gil-Olarte MA, et all. Grisotti Flap as Treatment for Central Tumors of the Breast *International Journal of Medical and Health Sciences* Vol:10, No:2, 2016

Kokhreidze I.

RADICAL, ONCOPLASTIC ORGANSPARING METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF CENTRALLY AND RETROAREOLARLY LOCALISED BREAST CANCER

TSMU, ONCOLOGY DEPARTMENT OF TSMU; FIRST UNIVERSITY CLINIC OF TSMU

Within oncoplastic breast techniques there is increased interest in immediate partial breast reconstruction. Central tumours of the breast have classically been treated with a mastectomy with regard to oncological safety and cosmetic secondary effects after wide central resection of the nipple and breast tissue beneath. Oncological results for central quadrantectomy have a recurrence level, disease-free period and survival identical to mastectomy.

Grissoti flap is an oncoplastic surgical technique that allows the surgeon to perform a safe central quadrantectomy with excellent cosmetic results. Conservative surgery for retroareolar central tumors of the breast results in good local control of the disease with free surgical borders, including resection of the nipple areola complex. Reconstructive surgery with the inferior Grissoti flap adequately fills the defect after central quadrantectomy with creation of a new cutaneous disc where a new nipple areola complex is reconstructed.

Sentinel Node biopsy can be performed without added morbidity. When feasible, the Grissoti flap will avoid skinsparing mastectomy for central breast tumors that will require the use of other, expensive materials and techniques. Key Words: Breast Cancer, Grisotti technique.