

· 专家论坛 ·

乳腺癌保乳治疗面临的一些问题

施俊义

乳腺癌手术经历了根治术、超根治术、改良根治术到保乳手术,形式的变化随着学者们对肿瘤治疗概念的改变而改变。至今已没人怀疑保乳手术的可行性^[1,2],但事实上国内同行在认知方面还是有所保留和存在差距的。这从手术的名称上就有所体现。我们现在依然保留着“根治术”这个名词,约定俗成是个原因,但它也确实体现了外科医师的一个愿望,即希望手术能从根本上解决一切问题。愿望是美好的,但乳腺癌保乳治疗确实面临着一些问题。

1 保乳手术根治的可能性

极少数早期乳腺癌病例确实能单独依靠手术而得以根治,但大多数进展期肿瘤或多或少存在着转移的肿瘤细胞簇。手术和放疗等局部治疗手段从理论上来说是无法根治肿瘤的,只达到确诊、分期、减瘤目的。这就是为什么乳腺癌手术后还需要全身辅助治疗。因此,“根治术”这个名词的合理性就有待研究。事实上国外很多学者以及教科书上在多年前就避免使用“根治术”这样的名词,取而代之是用“乳房切除加腋窝清扫”等叙述方式。把乳房手术和腋窝手术分开阐述是不断涌现的新术式所带来的需求。就乳房手术而言,有乳房切除术、保留皮肤乳头的乳腺切除术和保留乳房手术等,腋窝手术有全腋窝清扫术和 I、II 组腋窝淋巴结切除术以及前哨淋巴结活检术等。新技术和设备的应用还会产生更多的手术方式和方法,甚至颠覆传统的手术模式,而这些新的进展用原有的笼统描述性名词就很难体现其特征。此外,对肿瘤原发病灶和转移病灶的不同理解和处理,以及对疾病进程的不同认识,也要求将乳房手术和腋窝手术加以分开描述。相信随着国内医学界对此认识的不断深入和应用需求,“根治术”这样的名词终将会淡出。

另一方面,进展期肿瘤中存在的全身转移性肿瘤细胞簇是否最后能真正全部成为瘤灶还是问题。这些肿瘤细胞簇只有到达一定的数量级才能形成有意义的肿瘤病灶,辅助治疗的目的正是降低这一数量级,使得转移肿瘤细胞数处于极低水平,最终满足机体免疫负荷承载能力,而被机体免疫系统清除,或长期潜伏暂不生长。肿瘤局部被手术切除后少量残留的瘤细胞大致也是这个情形。

既然手术无法达到根治效果,而保乳治疗已经获得等同于传统改良根治相似的生存率^[2],医师希望在达到同等远期疗效的前提下尽可能地减少手术创伤,维持患者的体态,从生理、心理全方位地提高患者的生存质量,因此保乳手术便成为目前的趋势。

2 保乳治疗的最大困扰

实施保乳手术最大困扰是局部再发问题。残存乳房再次出现的恶性肿瘤究竟是肿瘤局部复发,还是再次出现的恶性肿瘤即“残乳再发癌”值得进一步探究,因为体现的疾病实质和对应的治疗措施迥异。

2.1 局部复发

切除乳房和保留乳房手术后的局部复发概念应该是完全不同的。前者出现在局部软组织上,而后者是出现在乳腺上的。进一步讲,经典的乳腺切除手术后,在手术区域内出现的肿瘤应该是乳腺癌局部复发,出现在手术区域外的则是局部软组织转移。保乳手术后,出现在残存乳房上的肿瘤是不是复发呢?保乳手术中要求做到切缘病理阴性,主要是为了降低局部复发,但实际操作往往不可能做到完全病理证实,因为病理医师不可能把所有切面都做切片。因此,保乳手术后理论上讲是可能有极少数肿瘤细胞在局部残留的。在大多数情况下这不是问题,后续的辅助治疗会抑制、消灭这些肿瘤细胞,但在少数多中心病例中,将导致肿瘤残余。事实上在临床实践中,多中心的乳腺癌病例并不少见,更何况现在流行的新辅助治疗使得(医源性)多中心病例进一步增多,手术后肿瘤残留的可能性更大。

2.2 “残乳再发癌”

保乳手术后,出现在原切口和瘤床上的肿瘤显然是局部复发,但出现在残存乳房其他部位或原手术部位旁的肿瘤是不是复发难以确定。原手术部位旁的肿瘤很可能由多灶性导管原位癌(DCIS)进展而成,占 20% 左右;位于不同象限或远离原发病灶的,完全可以是第二原发肿瘤,达 10% 左右^[3,4],并随着随访时间的延长而增高。有报道表明这种情况在随访 15 年后可占同侧再发肿瘤的半数。理论上讲手术并没有去除乳腺癌发生的原因,因此乳腺癌行乳腺切除后,对侧乳腺癌的发病率高于正常人群。保乳情形下乳腺癌的靶器官和好发部位都未去除,高乳腺癌发生率是可以想像的,而且随着时间的延长其可能性有增无减,除非乳腺癌致癌因素消除。故此我们宁可把保乳手术后同侧乳房不同象限或远离原发病灶的肿瘤称为“残乳再发癌”,以区别局部复发概念。这不仅是因为两者的预后截然不同,而且也便于对首发肿瘤治疗结果的统计。复发肿瘤意味着首次治疗失败,无论是肿瘤治疗意义上的还是美容意义上的,而再发肿瘤意味着新一轮肿瘤治疗的开始,原肿瘤治疗是成功的。

3 保乳实施中有无误区

现今保乳实施中一个重大误区是:保乳无禁忌。保乳手术经历了从怀疑到盲

目的阶段,一度各种报道几乎打破了保乳的所有禁忌,现在该回归到理性的阶段。医务人员必须在美容和肿瘤治疗原则中找到平衡。乳腺癌的多中心性更要求手术医师对手术范围作全面的考虑,也就是要对不同的病例作出甄别。

4 保乳手术中腋窝的处理

保乳手术中腋窝的处理亦是一个值得思考的问题。由于保乳手术的开展,残存乳再次手术的同时腋窝手术方式的选择,目前还没有远期资料提供循证依据。显然在初次保乳手术中前哨淋巴结活检术或 I、II 组腋窝淋巴结切除术,即能达到肿瘤治疗目的,又可“创伤最小化”,保持良好的美容效果。残存乳再发肿瘤行补救性乳房切除手术时,既然再次保乳在一定程度上是可行的,再次前哨淋巴结活检也有理由考虑,但仅限于初次腋窝手术为前哨淋巴结活检者,并且要求在示踪剂辅助下进行,否则建议行全腋窝清扫。有文献报道,再次前哨淋巴结活检时,前哨淋巴结发现率达 75%^[5]。腋窝手术史会降低前哨淋巴结活检的成功率,若初次清扫淋巴结数少于 10 枚,前哨淋巴结活检成功几率会更高。目前还没有资料评价复发后再次前哨淋巴结活检的远期效果,但它仍不失为一种很好的腋窝处理模式,可明确腋淋巴结状态以指导手术和术后治疗。但首次保乳手术时如果做了近乎全腋窝淋巴结清扫,再次补救性手术时是否还值得清扫腋窝尚不清楚。

5 结语

乳腺癌的治疗正由单纯提高生存率向不减少生存时间为前提的提高生活质量转变。恰当乳腺癌病例的保乳治疗能在保证疗效的基础上从生理、心理方面给患者以新生。随着对乳腺癌研究的进一步深入,各方面技术的发展,保乳治疗中逐步显现的问题将最终得以破解。

【关键词】 乳腺癌;保乳治疗;局部复发;残乳再发癌

【中图法分类号】 R737.9 【文献标识码】 A

参考文献

- [1] Kurtz J M, Amalric R, Brandone H, *et al.* Local recurrence after breast - conserving surgery and radiotherapy. Frequency, time course, and prognosis. *Cancer* 1989, 63: 1912 - 1917.
- [2] Fisher B, Anderson S, Bryant J, *et al.* Twenty - year follow - up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med*, 2002, 347:1233 - 1241.
- [3] Macdonald H R, Silverstein M J, Lee L A, *et al.* Margin width as the sole determinant of local recurrence after breast conservation in patients with ductal carcinoma in situ of the breast. *Am J Surg*, 2006, 192:420 - 422.
- [4] Osborne M P, Simmons R M. Salvage surgery for recurrence after breast- conservation. *RFD J Surg*, 1994, 18:93 - 97.
- [5] Port ER, Fey J, Gemignani ML, *et al.* Reoperative sentinel lymph node biopsy: a new option for patients with primary or locally recurrent breast carcinoma. *J Am Coll Surg*, 2002, 195:167 - 172.

(收稿日期:2007-04-16)

(本文编辑:范林军)