

· 经验交流 ·

## Kodama 法改良根治术治疗进展期乳腺癌 60 例分析

赵宏耀 侯志刚 王兆升

目前,乳腺癌改良根治术(Auchincloss 法)还是中国大多数医院治疗进展期乳腺癌的主要手术方式。虽然乳腺癌传统根治术(Halsted 法)腋窝淋巴结清扫彻底,但术后并发症多且胸壁毁损严重,现已少用。Auchincloss 法清扫Ⅲ组淋巴结困难,易使进展期乳腺癌腋窝淋巴结清扫不彻底,导致其病理结果不能真实反映腋窝淋巴结转移的情况,从而影响乳腺癌患者的综合治疗和预后判断。Kodama 法改良根治术不仅能彻底清扫腋窝淋巴结,而且术后胸部外观和患侧上肢功能良好。现将近 5 年来本院采用 Kodama 法改良根治术治疗进展期乳腺癌 60 例总结报告如下。

### 1 资料与方法

#### 1.1 临床资料

本组 60 例为 2002 年 1 月至 2006 年 12 月住院患者,均为女性,年龄 26 ~ 72 岁,平均 48.4 岁。按照 TNM(UICC1997)分期:Ⅱ<sub>A</sub> 26 例,Ⅱ<sub>B</sub> 21 例,Ⅲ<sub>A</sub> 13 例。肿瘤位于左乳 28 例,右乳 32 例,均为单发病灶。术前针吸细胞学检查或术中冰冻诊断乳腺癌 54 例,外院肿瘤切检病理诊断 6 例。术前常规行心电图检查、胸部 X 线检查、腹部 B 超检查、全身骨扫描除外远处转移。

#### 1.2 手术方法

Kodama 法改良根治术最早由日本医师 Kodama Hiroshi 于 1978 年创立并推广<sup>[1]</sup>。其手术适应证为进展期乳腺癌Ⅱ<sub>A</sub>、Ⅱ<sub>B</sub>、Ⅲ<sub>A</sub>期,体检或超声波检查提示腋窝淋巴结肿大未粘连固定、胸大肌未侵犯者。通常选择全身麻醉,体位、皮肤切口(尽可能选择横梭形切口)、皮瓣游离范围同乳腺癌传统根治术。皮瓣游离从胸骨旁开始自内向外,将乳腺连同胸大肌筋膜一起从胸大肌表面剥离。剥离至胸大肌外缘后,将乳腺翻至切口外侧沿胸大肌锁骨部与胸肋部之间的自然间沟,顺肌纤维方向分开胸大肌,向上、下方向分别拉开胸大肌锁骨部与胸肋部,可充分显露胸大、小肌间淋巴组织、锁骨下区域和胸小肌。清扫胸大、小肌间脂肪淋巴组织(Rotter 淋巴结),分离并保护胸尖峰血管的胸肌支及其伴行的胸肌支配神经。分离胸小肌,紧靠喙突止点切断胸小肌(不切

除胸小肌),向前下方牵开胸小肌断端,显露腋血管。自内向外沿腋静脉依次清扫Ⅲ、Ⅱ及Ⅰ组淋巴结,分别用不同缝线作标志,对淋巴结标本进行分组,并将腋窝脂肪淋巴组织连同乳腺、胸大肌筋膜整块切除。胸大肌间沟可缝合或不缝合。

## 2 结果

浸润性导管癌 28 例,浸润性小叶癌 4 例,单纯癌 17 例,硬癌 6 例,髓样癌 3 例,黏液腺癌 2 例。伴腋淋巴结转移 46 例,占 76.66%,其中Ⅰ组腋淋巴结转移 42 例,检出淋巴结 6~14 枚(平均 9.4 枚),Ⅰ、Ⅱ组淋巴结转移 27 例,Ⅱ组检出淋巴结 2~7 枚(平均 4.4 枚),Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ组腋淋巴结均转移 7 例,Ⅲ组检出淋巴结 0~4 枚(平均 2.1 枚),单纯Ⅱ组腋淋巴结转移 3 例,单纯Ⅲ组腋淋巴结转移 1 例。所有患者无气胸、锁骨下静脉损伤等严重并发症,随访 5 年生存率 76.11%,局部复发率 4.64%,胸部外观较满意,无胸大肌萎缩、纤维化等并发症,具备日常生活和工作能力。

## 3 讨论

腋窝淋巴结是乳腺癌区域淋巴结转移的第一站。在乳腺癌的各种预后因素中腋窝淋巴结的转移情况通常是最重要的,在各种乳腺癌根治性手术中,腋窝淋巴结清扫是不可或缺的组成部分,其意义不仅在于切除局部转移病灶,更在于获得腋窝淋巴结转移的信息,为乳腺癌患者综合治疗和预后判断提供依据,故对进展期乳腺癌多主张行全腋窝淋巴结清扫。在临床上腋窝淋巴结通常以胸小肌上下缘为界分为Ⅰ组(Ⅰ区)、Ⅱ组(Ⅱ区)和Ⅲ组(Ⅲ区)。使用该方法腋窝淋巴结分组简单明确,临床应用方便。根据资料统计乳腺癌仅有Ⅰ组(Ⅰ区)淋巴结转移时,5 年生存率为 62%;有Ⅱ组(Ⅱ区)淋巴结转移时,5 年生存率仅为 47%;有Ⅲ组(Ⅲ区)淋巴结转移时,5 年生存率仅为 31%,即转移淋巴结位置越高,预后越差<sup>[2]</sup>。全腋窝淋巴结清扫需要清晰的术野显露,而标准的 Auchincloss 法在清扫Ⅲ组淋巴结时是将胸大肌外缘向内侧拉开以显露腋顶区,但由于距离较远,往往不能完全暴露术野。从而对该组淋巴结清扫造成困难或不能清扫,影响腋窝淋巴结的准确病理分期。只有包括Ⅲ组淋巴结在内的全腋窝淋巴结清扫才能准确评价腋窝淋巴结的转移情况,有利于乳腺癌的准确病理分期。Kodama 改良根治术不仅能完全显露腋窝各组淋巴结,清扫淋巴结彻底,而且不损伤胸大肌支配神经,避免术后胸大肌萎缩或纤维化。其既能达到乳腺癌传统根治术(Halsted 法)的治疗效果,又能保持患侧上肢的良好功能,减轻术后胸部毁损程度。

根据乳腺癌区域淋巴结转移规律,Ⅲ组淋巴结(Ⅲ区)是乳腺癌细胞从淋巴道进入血道并发生远处转移的最后一道屏障。其作为腋淋巴群最后的过滤

站,如果Ⅲ组淋巴结受累,提示锁骨上淋巴转移的可能性很大,也提示可能有血行转移。有资料显示:Ⅲ组淋巴结阳性的病例其 5 年复发率和远处转移率均明显高于Ⅲ组淋巴结阴性者;5 年生存率也明显低于Ⅲ组淋巴结阴性者;Ⅲ组淋巴结阳性提示预后较差<sup>[3]</sup>。因此彻底清扫Ⅲ组淋巴结对于控制局部转移灶、准确病理分期,明确乳腺癌的预后极具价值。

包括Ⅲ组淋巴结在内的全腋窝淋巴结清扫,能获得腋窝淋巴结的准确病理分期,有利于术后综合治疗方案的制定。通常腋窝淋巴结转移 4 枚以上、Ⅱ或Ⅲ组淋巴结阳性是术后放疗的指征之一。本组中 8 例Ⅲ组淋巴结阳性的患者不行全腋窝淋巴结清扫,就很可能失去术后放疗的机会,而放疗是降低术后局部复发率的有效手段。同样腋窝淋巴结阳性也是乳腺癌患者术后化疗的指征。本组中 1 例仅有Ⅲ组淋巴结转移,不行全腋窝淋巴结清扫,则会失去术后化疗的机会,而化疗属全身性治疗,能有效控制术后远处转移,提高远期生存率。

对本组病例分析后,总结出 Kodama 改良根治术具有以下优点:(1)清扫淋巴结时从胸大肌锁骨部与胸肋部之间的自然间沟进入,对胸大肌的损伤小。清扫完毕后无须缝合,以利于术后胸部外观和患侧上肢功能的改善,同时能扩大术野,清晰显露胸肌神经各主要分支(胸内、外侧神经)和锁骨下区域。(2)只切断胸小肌止点而不切除该肌,可使胸大肌饱满,同时也减少损伤胸大肌支配神经的机会。(3)操作简单,能充分显露腋窝术野,有利于彻底清扫Ⅱ、Ⅲ组淋巴结,从而达到全腋窝淋巴结清扫的要求。其效果等同于 Halsted 乳腺癌传统根治术。Halsted 乳腺癌传统根治术因手术创伤大,术后并发症多,且远期疗效与改良根治术无明显差异,故目前很少采用<sup>[4]</sup>。掌握手术适应证,熟悉局部解剖关系,规范操作保护胸大肌支配神经,彻底清扫全腋窝淋巴结,术后加强综合治疗是 Kodama 改良根治术提高进展期乳腺癌疗效的关键。

【关键词】 Kodama 法改良根治术;进展期;乳腺癌

【中图法分类号】 R737.9 【文献标识码】 B

#### 参考文献

- [1] 马榕. 乳腺癌改良根治术中清扫腋窝Ⅲ组淋巴结的经验与技巧. 中国实用外科杂志, 2006, 26: 298 - 299.
- [2] 李树玲. 乳腺肿瘤学. 北京: 科学技术文献出版社, 2000: 18 - 21.
- [3] 陈侃, 季巧金, 周冠年. 乳癌Ⅲ区淋巴结清扫的临床意义. 中国普通外科杂志, 2006, 21: 747 - 748.
- [4] 张耀刚, 李丽. 乳腺癌手术术式的选择. 肿瘤研究与临床, 2006, 18: 353 - 355.

(收稿日期: 2007 - 02 - 13)

(本文编辑: 周艳)