

· 经验交流 ·

43 例乳腺癌保乳手术的探讨

郑敏 林海舵 蒋正财 宣力学

乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤,目前发病率逐年增高。随着对乳腺癌生物学特性的不断研究,现在认为:乳腺癌是一种全身性疾病,其预后因素不完全取决于手术范围的大小;乳腺癌根治术对肿瘤的治疗益处不大,且手术并发症却明显增加。随着人们自我保健意识的增强和检查手段的进步,越来越多的早期乳腺癌得以发现。这也是乳腺癌保乳手术得以实施的前提。

乳腺癌的保乳手术在国外已逐步占据了乳腺癌手术的主导地位^[1],但中国保乳手术开展得不多,仍然以 1984 年 Halsted 乳腺癌根治术或改良根治术为主要手术方式。此种手术破坏性大,患者术后生活质量下降。为此,本科于 2002 年 1 月至 2007 年 6 月共实施保乳手术 43 例,现在报告如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

本组 43 例女性患者均有保乳的强烈要求,签署知情同意书,排除手术禁忌症,无胸部放射治疗史,非妊娠期,无胶原血管性疾病^[2]。患者年龄 32 ~ 66 岁,中位年龄 44.1 岁;绝经前患者 35 例,绝经后患者 8 例;I 期 25 例,II 期 18 例。患者术前均做彩超和 X 线乳房钼靶摄片,39 例肿块距乳头乳晕区(NAC)3 cm 以上,4 例位于 NAC 3 cm 以下,均为单发肿块,直径均小于 3 cm。33 例经术前粗针穿刺获得组织学诊断,10 例经术中快速冰冻切片确诊。患者乳房皮肤无桔皮样外观,无乳头溢血、溢液,腋窝未触及肿大淋巴结(表 1)。

1.2 手术方法

患者取平卧位,患肢外展,于皮肤表面标记肿瘤及切除范围。行放射状或弧形切口,或梭形切口切除肿瘤表面皮肤。切开皮肤及皮下组织,保留脂肪厚

作者单位:325027 温州,温州医学院附属二院乳腺外科(郑敏、林海舵、蒋正财);100021 北京,协和医科大学肿瘤医院乳腺外科(宣力学)

表 1 43 例乳腺癌患者的临床病理特征

临床病理特征	患者例数(%)
月经状态	
绝经前	35(81)
绝经后	8(19)
病理类型	
浸润性导管癌	35(81)
导管	5(12)
内癌	
髓样癌	3(7)
雌激素受体	
阴性	17(40)
弱阳性	10(23)
阳性	16(37)
孕激素受体	
阴性	20(47)
弱阳性	8(19)
阳性	15(35)
C-erbB-2	
弱阳性	7(16)
阳性	28(65)
强阳性	8(19)
转移淋巴结	
阴性	34(79)
4 个以下	5(12)
4 个以上	4(9)

度约 0.3 cm,将肿块及周围约 1~2 cm 的正常乳腺组织一并切除,包括肿瘤下方的胸大肌筋膜,缝线标记切缘,送快速冰冻切片检查。若切缘阳性,再次切除该方向约 1 cm 的乳腺组织,再次送冰冻切片检查,以确保切缘阴性。若 2 次切缘阳性,则放弃保乳手术,改行乳腺癌改良根治术。另取腋窝处切口,游离皮瓣后显露背阔肌前缘和胸大肌外侧缘,沿胸大肌外侧缘分离直至暴露出腋静脉,清扫淋巴结至 II 水平。腋窝处放置引流管,缝合皮肤后加压包扎。

1.3 术后综合治疗及随访和评估

化疗、内分泌治疗和随访同乳腺癌改良根治术的处理原则。化疗结束后进行放射治疗,全乳照射 50 Gy,瘤床追加 15 Gy。术后半年进行满意度评估。

2 结果

2.1 患者生存率和局部复发率

51 例患者完成保乳手术 43 例,手术成功率为 84.3%。随访 6 ~ 57 个月,平均随访 22 个月,1 例患者 12 个月后同侧乳房肿瘤复发,局部复发率为 2.3%,行患侧乳房单纯切除。1 例术后 25 个月发生远处转移,术后 42 个月死亡。复发的病例为 37 岁患者,肿瘤直径 3 cm,手术各切缘均为阴性,但乳腺增生明显。术后病理报告为浸润性导管癌,腋窝淋巴结 1/30,ER(-),PR(-),C-erbB-2(+),CK67(+). 1 例转移的患者为 32 岁,肿瘤直径 1.5 cm,术后病理报告为乳腺浸润性导管癌,腋窝淋巴结 7/40,ER(-),PR(-),C-erbB-2(+++). 此 2 例复发、转移的患者本身属于高危人群,即使行根治性手术,复发、转移的风险也比较大。

2.2 患者满意率

术后半年按沈镇宙介绍的方法进行满意度评估^[3]。乳房的美容效果主要从乳房皮肤、形状、对称性、手感、乳房顺应性差值(患者站立位与仰卧位时,正面观乳头与乳房下皱襞距离的差值)等方面来综合评价。优:患乳皮肤正常或有微小变化,形状与健侧乳房相似,直径 > 1.5 cm,手感好,有弹性,和对侧基本相同者;良:患乳皮肤有轻度的变化或缺损,形状与健侧乳房有细小差别,乳房顺应性差值为 0.8 ~ 1.5 cm,手感较差,有其中一项即评为良;差:患乳皮肤外形变化明显或者缺损,乳房顺应性差值 < 0.8 cm,手感很差无弹性者。本组优者 19 例,良者 22 例,差者 2 例。患者满意率 93%(图 1,2);不满意者 3 例,1 例为乳头偏移,其余 2 例为乳房放射治疗后纤维化变硬。



图 1 保乳术前正面照



图 2 保乳术后正面照

3 讨论

自从 20 世纪 70 年代, Fisher 提出了“乳腺癌为全身性疾病, 早期即可以发生全身转移”这一理论以来, 保乳手术在全世界范围内逐渐动摇了根治手术的地位。学者们意识到早期乳腺癌的手术切除范围对患者预后的影响有限。保乳手术适用于临床 0 期、I 期和 II 期乳腺癌^[4]。国内外大量的临床资料显示, 保乳手术加放射治疗与根治性手术相比, 无病生存率(DFS)和总生存率(OS)无明显差异^[5]。保乳手术争论的焦点在局部复发的问题。有文献报道, 保乳手术的局部复发率在 3% ~ 20% 之间, 仅 5% 为远处转移。局部复发危险因素与原发癌直径、腋窝淋巴结转移、切缘阳性、广泛导管内癌成分(EIC)或多源灶及术后未做放射治疗有关^[6-7]。一些研究发现, 随着肿瘤的增大, 手术边缘更难达到阴性^[8-9]。

确保切缘阴性和术后放射治疗是降低复发的关键因素^[6,10]。因为东方女性乳房普遍较小, 肿瘤及周围腺体大范围的切除会引起乳房明显变形, 失去了保乳手术的意义, 所以本组患者多数采取肿瘤及周围 1 cm 乳腺组织切除。如果术前钼靶发现钙化广泛或明显的毛刺状影像, 则适当扩大切除范围。本组患者首次切缘阴性达到 87.8%, 若第 2 次切缘冰冻切片检查仍为阳性, 可能肿瘤病变范围广泛或有多灶性病变, 则放弃保乳手术, 改行改良根治术。手术后放射治疗对于降低术后复发率至关重要, 与单纯手术组相比, 手术后放射治疗, 不仅能减少局部复发率, 而且能减少同侧再发癌。美国外科乳腺癌及肠癌辅助治疗计划 B-06^[11]对保乳治疗患者随访 20 年的资料显示, 保乳手术不辅

助放射治疗者术后局部复发率为 39.2%, 而辅助放射治疗者仅为 14.3%。本组患者术后均行规范放射治疗, 局部复发率为 2.3%。

以往的观点是肿瘤距离 NAC > 3 cm 方可行保乳手术, 但有文献报道^[12], 肿瘤距离 NAC ≤ 2 cm 的患者行保乳手术, 与距离 NAC > 2 cm 的患者相比, 实际生存率和无病生存率无明显差异。本组 4 例患者肿瘤距离在 3 cm 以内, 分别随访 8、12、29、33 个月未见复发与转移。NAC 周围的乳腺癌保乳手术尚需更多的病例进行疗效观察。

本组 1 例转移的患者为 32 岁绝经前女性, 肿瘤直径 1.5 cm, 术后病理报告为乳腺浸润性导管癌, 腋窝淋巴结 7/40, ER(-), PR(-), C-erbB-2(+++)。该患者属于高危人群, 即使行根治性手术, 复发、转移的风险也比较大, 因经济原因未应用赫赛汀治疗。考虑中国乳腺癌的发病年龄趋于年轻化, 而年轻患者本身要求保乳手术的愿望更加强烈, 且目前尚无证据证实低龄乳腺癌患者保乳手术预后比根治术差^[13], 因此本科为其做了保乳手术。本组患者的随访结果显示近期效果良好, 远期效果尚需长期随访。

【关键词】 乳腺肿瘤; 保乳手术

【中图法分类号】 R737.9 【文献标识码】 B

参考文献

- [1] Staradub V L, Hsieh Y C, Clauson J, *et al.* Factors that influence surgical choices in women with breast carcinoma. *Cancer*, 2002, 95: 1185 - 1190.
- [2] 武正炎. 乳腺癌临床实践指南(2006 版)简介. *实用临床医药杂志*, 2006, 10: 34 - 35.
- [3] 沈镇宙, 邵志敏. 现代乳腺肿瘤学进展. 上海: 上海科学技术文献出版社, 2004: 138 - 139.
- [4] 林本耀, 李金锋, 王天凤. 乳腺癌. 北京: 北京中国医药科技出版社, 2007: 214 - 219.
- [5] Chow L W, Loo W T. Partial-breast treatment for early breast cancer emergence of a new paradigm. *Nat Clin Pract Oncol*, 2005, 2: 40 - 47.
- [6] Taghian A, Mohiuddin M, Jagsi R, *et al.* Current perceptions regarding surgical margin status after breast-conserving therapy: results of a survey. *Ann Surg*, 2005, 241: 620 - 639.
- [7] 邵志敏, 余科达. 乳腺外科的发展趋势. *中国普外基础与临床杂志*, 2007, 12: 252 - 254.
- [8] Anees B C, Robert C G, Lee J H, *et al.* Lumpectomy margins are affected by tumor size and histologic subtype but not by biopsy technique. *Am J Surg*, 2004, 188: 399 - 402.
- [9] Flemng F J, Hill A D, Mc Dermott E W, *et al.* Intraoperative margin assessment and re-excision rate in breast conserving surgery. *Eur J Surg Oncol*, 2004, 30: 233 - 237.

- [10] 黄欧,沈坤伟. 综合保乳治疗浸润性乳腺癌. 中国实用外科杂志,2006,26:262.
- [11] 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.
- [12] 李金锋,欧阳涛,王天峰,等. 95 例乳腺癌保乳治疗近期观察. 中华外科杂志,2004,42:282 – 284
- [13] Zhou P,Recht A. Young age and outcome for women with early-stage invasive breast carcinoma. Cancer,2004,101:1264 – 1274.

(收稿日期:2007-10-22)

(本文编辑:罗承丽)

郑敏,林海舵,蒋正财,等.43 例乳腺癌保乳手术的探讨[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版,2008,2(2):214 – 219.