

· 短篇报道 ·

乳腺尾叶癌行保乳手术 1 例

李瑞华 何慧君

乳腺尾叶发生癌变的几率较小,且临床表现易与副乳癌相混淆,但预后较副乳癌好。本院于 2007 年 11 月收治 1 例乳腺尾叶癌患者,经保乳手术后预后较好,现报道如下。

1 病例资料

患者,女,53 岁,2005 年 11 月于近右腋窝上缘出现一个约 2 cm × 2 cm 的肿物,无痛。当时曾到医院检查,但未作处理。1 年后肿物逐渐增大,近 2 月肿物向体表外生长,患者因肿物红肿、疼痛于 2007 年 11 月 16 日入本院行手术治疗。术前彩色 B 超检查提示肿物血管丰富,不排除恶性肿瘤。体检未扪及腋窝淋巴结,故未再做钼靶检查。次日在局麻下取出部分组织送冰冻切片检查,结果为乳腺髓样癌(图 1)。在气管插管全身麻醉下常规消毒铺巾,距肿物 3 cm 外行梭形横切口完整切除肿瘤及其皮肤,取四周切缘组织送冰冻切片检查。报告为四周切缘阴性后,继续作腋窝外围组织游离,然后将脂肪溶解液 400 ml 注射在腋窝腔隙内,待 10 min 后用吸管吸出腋窝腔隙内的液体及脂肪。此时可显露腋窝腔内的网状结构:腋动静脉向下的分支、肋间臂神经、胸长神经、胸背神经、腋静脉附近的淋巴管,以及悬吊其间的淋巴结。遂用薄剪单纯清除淋巴结,用温生理盐水冲洗创口,再用生理盐水 150 ml + 5-FU 750 mg 浸泡创口 15 ~ 30 min。放置引流管后关闭切口(图 2),结束手术。

2 结果

患者术后切口愈合佳,未发生皮肤坏死及皮下积液。7 d 后拔除引流管,术后 11 d 出院。石蜡切片证实四周切缘阴性及腋窝淋巴结无转移(0/10),镜下见有导管内癌成分、乳腺小叶结构或大导管,并与主体腺体相连接。免疫组织化学染色结果提示:ER(++)、PR(++)及 HER-2(-)(图 3)。13 d 后重新入院拆线。化疗方案为:表阿霉素 120 mg,环磷酰胺 800 mg,5-FU 750 mg,

21 d为 1 个周期,用 6 个周期。目前患者已化疗 4 个周期,情况良好(图 4)。



图 1 乳腺尾叶髓样癌



图 2 肿瘤切除后行保乳手术

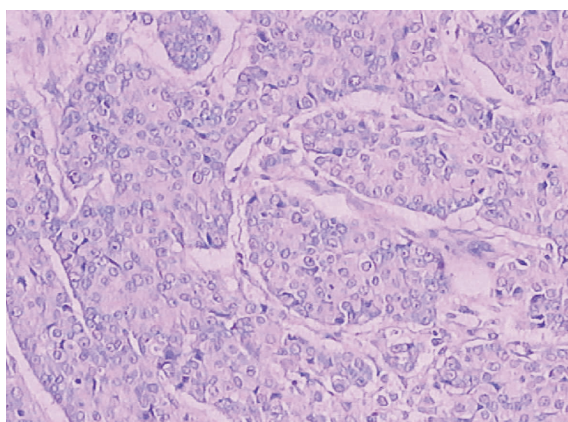


图 3 乳腺尾叶癌的免疫组织化学染色(HE ×100)



图 4 患者术后 4 个月的正位照片

3 讨论

3.1 乳腺的正常解剖

成年女性乳腺一般起于第 2~6 肋骨之间,内侧 2/3 位于胸大肌之前,外侧 1/3 超过胸大肌下缘,位于前锯肌表面,内界为胸骨缘,外界达腋前线,少部分可延伸到腹直肌鞘的浅面。95% 乳腺有一狭长的部分延伸向腋窝(称为 Spence 氏腋尾部),并和胸肌淋巴结相近,易被误认为淋巴结。由于尾部丰满,当此部位发生癌肿时,常被误认为是腋窝部副乳腺癌。一般而言,腋尾部乳腺癌的腺体与主体的乳腺有联系,且腺体丰富,而副乳腺癌则通常与主体乳腺无联系,其腺体组织不完整。

3.2 乳腺尾叶癌与副乳腺癌的鉴别

副乳腺癌的发病年龄及临床表现均与乳腺尾叶癌相似。肿瘤多位于腋窝表浅部位,突出于皮肤表面并可与皮肤黏连、肿块基底较为宽广,质地较硬。但两者可通过病理切片明确诊断:(1)连续病理切片检查显示,乳腺尾叶癌与正常乳腺之间的腺体组织相连接,而副乳腺癌与乳腺组织不连接;(2)腋下肿块检查显示,乳腺尾叶癌镜下有管内癌成分、乳腺小叶结构或大导管;而副乳腺癌无正常的乳腺组织结构。本例肿瘤位于腋窝上缘,查体未发现周围淋巴结肿大,术前曾考虑副乳腺癌,故手术切除整个肿瘤及周围 3 cm 的皮下脂肪组织,同时清除胸大肌筋膜、肌间筋膜及腋下脂肪组织、淋巴结。术后病理证实为乳腺尾叶癌,肿瘤四周切缘阴性及腋淋巴结无转移。

3.3 乳腺尾叶癌保乳术的条件

乳腺尾叶癌的保乳手术条件与其他性质的乳腺癌相同,即术前腋窝淋巴结未扪及,肿瘤小于 3 cm,腋窝淋巴结无转移及肿瘤四周切缘均阴性。尽管

该患者入院时外突的肿瘤已红肿,但由于术前腋窝淋巴结未扪及,而且肿瘤位置与乳房较远,故术前本科做好了保乳手术的准备。术中肿瘤切除范围要足够。本例在肿瘤周围正常组织外 3 cm 作一梭形横切口,完整切除包括皮肤在内的肿瘤后,再取四周切缘组织送冰冻切片检查,未做皮肤边缘送检。当冰冻切片结果提示四周切缘阴性时完成保乳术。乳腺尾叶癌的化疗、放疗和内分泌的治疗原则与其他乳腺癌保乳手术的病例相同。

【关键词】乳腺尾叶;乳腺癌;保乳手术

【中图法分类号】 R737.9 **【文献标识码】** B

(收稿日期:2007-12-24)

(本文编辑:罗承丽)

李瑞华,何慧君. 乳腺尾叶癌行保乳手术 1 例[J/CD]. 中华乳腺病杂志:电子版,2008,2(2):220-223.