

## · 短篇报道 ·

## 巨大复发性乳腺分叶状肿瘤的手术治疗 1 例

李席如 杨运功 王建东 马冰 晋援朝 李荣

乳腺分叶状肿瘤(叶状囊肉瘤)是一种罕见的乳腺占位性病变,在女性乳腺肿块中占 0.3% ~ 0.5%。其生物学特性在不同个体中相差很大,恶性程度从近似纤维腺瘤到典型的肉瘤表现均可以出现,具有局部易复发的特性,很少出现远处转移<sup>[1]</sup>。其治疗的核心原则是,无论肿瘤是良性还是恶性均需行扩大切除,以保证切缘阴性。乳房切除后的胸壁复发,手术的缺损往往需要用组织皮瓣来修补。对于巨大的手术缺损,一期修复十分困难。现报告 1 例采用背阔肌-侧胸-腹直肌联合皮瓣一期修复胸壁巨大手术缺损的方法。

## 1 临床资料

## 1.1 一般资料

患者女性,29 岁,2001 年 5 月发现右乳肿物,在当地医院行肿块切除,病理检查结果为“纤维腺瘤”。2002 年 5 月肿块复发,手术切除后病理检查结果仍为“纤维腺瘤”。2003 年 10 月肿块复发,手术切除后病理检查结果仍为“纤维腺瘤”。2004 年右乳肿物再次复发,生长缓慢,未予治疗。2005 年 6 月怀孕后,肿物生长较快,并有胀痛,因妊娠未行手术。2006 年 3 月产下一女,生产后短期内自觉肿块有所缩小。2006 年 9 月第 4 次手术,行“右侧乳房单纯切除”,术后病理检查结果经会诊为“乳腺分叶状肿瘤恶性变”。术后 3 周发现右胸壁肿物复发,生长较快。2006 年 11 月、12 月在北京某医院化疗 4 次(异环磷酰胺 + 阿霉素),每次化疗肿瘤均有所缩小,但化疗间歇期肿物生长迅速,并出现右胸壁疼痛,肿瘤溃烂。于 2007 年 1 月 6 日转入本院治疗。

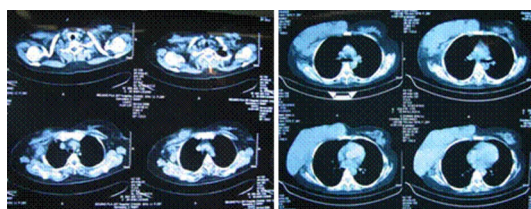
入院查体:体温 38.5℃,脉搏 90 次/分,呼吸 20 次/分,血压 16.0/10.0 kPa (120/75 mm Hg)。患者发育正常,营养中等。右胸壁巨大肿瘤 36 cm × 28 cm,上至锁骨,下至肋弓缘,左至胸骨左侧缘,右至腋后线,表面皮肤红肿,张力大,部分溃烂(图 1)。

辅助检查:WBC  $10.28 \times 10^9 L^{-1}$ , N 0.9, Hb 105 /Lg,肝肾功能正常。胸片、心电图、肝胆胰脾肾超声正常。胸部 CT:右胸壁巨大肿瘤,未突入胸腔(图 2)。



乳腺分叶状肿瘤术后,胸壁复发巨大肿瘤 36 cm × 28 cm,表面皮肤红肿,张力大,部分溃烂。  
气管插管静脉复合全身麻醉,半侧卧位。切缘距离肿瘤边缘 2 cm 以上,保证切缘阴性。

图 1 手术体位及切除范围



CT 显示右胸壁巨大肿瘤,上至锁骨,下至肋弓缘,左至胸骨左侧缘,右至腋后线。肿瘤未突入胸腔。

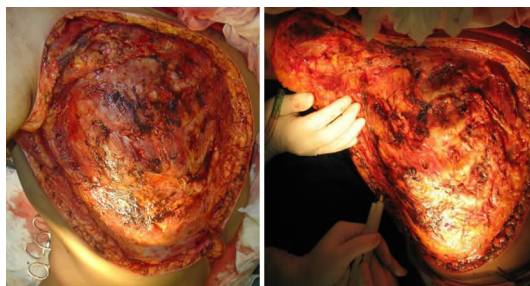
图 2 术前 CT 检查结果

## 1.2 手术方法及操作步骤

**1.2.1 麻醉方法和体位:**行气管插管静脉复合全身麻醉;患者取半侧卧位,患侧向上(图 1)。根据术中具体情况,可随时调整在背部、胸部、腹部手术时的体位。

**1.2.2 肿瘤切除范围及皮瓣设计:**根据肿瘤大小决定切除范围,切缘距离肿瘤边缘 2 cm 以上,保证切缘阴性(图 1)。上至锁骨,下至肋弓缘,左至胸骨左侧缘,右至背阔肌前缘。作皮肤至肋骨的全层切除。皮瓣设计:近端以胸背血管为蒂,远端以腹壁下血管为蒂,以两血管起始部间的连线为皮瓣的轴线,包括侧胸在内,约 70 cm × 30 cm。

**1.2.3 肿瘤切除:**按预定切除线切开皮肤、皮下组织,切断肱骨头上胸大肌止点,分离锁骨和胸肋部的肌肉附着,切断胸小肌在喙突的止点,注意保护腋静脉,锁骨下静脉,结扎所有向肿瘤的血管,切断部分靠近肿瘤的背阔肌和前锯肌,注意勿损伤胸背血管,将肿瘤翻向内下,在肋骨前将肿瘤连同胸肌及周围部分正常组织整块切除。注意无瘤手术原则。手术缺损约 40 cm × 36 cm(图 3、4)。



肿瘤切除后,手术缺损 40 cm × 36 cm,左图为平卧位,右图为侧卧位。

图 3 胸壁缺损

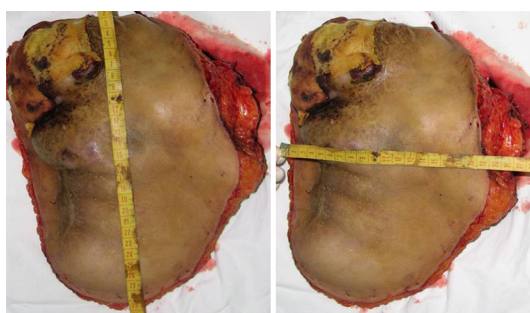


图 4 手术切除的标本

**1.2.4 皮瓣转移:**皮瓣切取,沿设计线先切开皮瓣的近端及后缘,自背阔肌深面掀开皮瓣(图 5)。找到胸背血管主干。随后继续将皮瓣向下向前分离,结扎其间遇到的穿支血管,如侧胸动脉皮支、肋间动脉皮支等。至下腹壁,切开腹直肌前鞘,于腹直肌深面外下缘找到腹壁下动脉,向上锐性分离腹壁下动脉至脐旁,显露胸脐支。在分离腹壁下血管并将皮瓣游离后,完全掀起皮瓣(图 6、7)。用减张线将手术创面缩小(图 8)。切断部分背阔肌肌腱,同时切断腹直肌远端,以增加皮瓣活动度。将皮瓣向内上滑行移动覆盖创面,分层缝合,放置引流(图 9、10)。皮瓣移位后,背部供区缺损约 30 cm × 15 cm,取大腿中厚皮片植皮(图 11)。



皮瓣切取沿设计线切开皮瓣的近端及后缘,自背阔肌深面掀开皮瓣。

图 5 游离皮瓣 - A



皮瓣腹侧游离至耻骨上缘。

图 6 游离皮瓣 - B



分离腹壁下血管并将皮瓣游离后,完全掀起皮瓣。

图 7 游离皮瓣 - C



用减张线将手术创面缩小,将皮瓣向内上滑行移动覆盖创面。

图 8 皮瓣转移 - A



皮瓣覆盖创面后,分层缝合,放置引流。

图 9 皮瓣转移 - B





皮瓣移位后,背部供区缺损约 30 cm × 15 cm。

图 10 供区缺损



取大腿中厚皮片植皮。

图 11 供区植皮

## 2 结果

术后应用抗感染、抗凝等治疗,皮瓣血运良好,大部分切口一期愈合,皮瓣近端部分皮缘坏死。手术后 3 周出院(图 12)。术后病理检查结果为恶性分叶状肿瘤。



皮瓣边缘皮肤部分坏死。

图 12 手术后 3 周时皮瓣存活情况

## 3 讨论

乳腺分叶状肿瘤是一种少见的纤维上皮性肿瘤,由良性的上皮成分和富

含细胞的间质成分组成。由于分叶状肿瘤的发病率极低,同时其临床表现、影像学和组织学特征均与纤维腺瘤相似,因此,术前甚至术后作出分叶状肿瘤的诊断非常困难。临床上大多数分叶状肿瘤在明确诊断之前已行手术切除。这常导致手术切缘切除不充分,增加了局部复发的风险。本例是在第 4 次局部复发手术后才获得正确诊断。

近年来的基因克隆研究证实,分叶状肿瘤可能起源于先前存在的纤维腺瘤,但是否所有的分叶状肿瘤与先前存在的纤维腺瘤有关,目前还有争议<sup>[2-3]</sup>。分叶状肿瘤的病理组织学特征与生物学行为并不完全一致,组织学表现为良性的叶状肿瘤也可出现复发、转移。相反,组织学表现为恶性的叶状肿瘤有时临床预后良好。所以,分叶状肿瘤治疗的核心原则是,无论肿瘤是良性还是恶性均需行扩大切除,以保证切缘阴性。目前公认的标准是切缘距肿瘤 1 cm 以上,以达到局部控制。阴性切缘是提高无病生存期和降低肿瘤局部复发率的独立预后因素。与肿瘤大小及组织分级无关<sup>[4-5]</sup>。对于肿瘤复发发生在部分乳房切除后的患者,必须进行大范围的再次切除,甚至全乳腺切除。乳房切除后的胸壁复发,需作从皮肤到肋骨的全层切除,手术的缺损需要用组织皮瓣来修补。分叶状肿瘤腋窝淋巴结阳性率仅为 1%~2%,除非发现有明确的腋窝淋巴结受累,一般不用行淋巴清扫<sup>[6]</sup>。

对于复发性乳腺肿瘤等切除术后的胸壁缺损,常用的修复方法有:背阔肌皮瓣转移和腹直肌皮瓣转移<sup>[7-8]</sup>。对于较大的手术缺损,背阔肌-侧胸联合皮瓣转移、肩甲-背阔肌联合皮瓣转移、肩甲-背阔肌-侧胸联合皮瓣转移等均有过报道<sup>[9-10]</sup>。对于胸壁巨大的手术缺损,如本例患者手术缺损达 40 cm×36 cm,采用上述方法均无法一期修复。笔者设计并采用背阔肌-侧胸-腹直肌联合皮瓣一期修复胸壁巨大手术缺损,获得成功。本皮瓣的设计综合了背阔肌皮瓣和腹直肌皮瓣的特点,近端以胸背血管为蒂,远端以腹壁下血管为蒂,设计制作成宽大超长的皮瓣,无需吻合血管。背阔肌皮瓣是以胸背动脉为主要供血,其外侧支与侧胸的动脉存在着丰富的吻合。切取面积可达整块背阔肌,外侧缘达腋后线,内侧可达背部中线,上界可到肩甲骨中部,下界抵髂嵴。腹直肌皮瓣的血供主要来源于腹壁上动脉和腹壁下动脉。本皮瓣主要利用了腹壁下动脉的胸脐支,胸脐支与下腹壁浅动脉及侧胸血管存在丰富的吻合,其走行自脐部水平发出后即斜向外侧,有利于皮瓣向内上转移。

本手术较为复杂,手术时间长,皮瓣两端的皮肤和肌肉应在皮瓣成形后方可切断,以免术中拉伤血管蒂。如能仔细完成手术,可获得满意的疗效。

【关键词】 分叶状肿瘤; 背阔肌-侧胸-腹直肌联合皮瓣; 外科手术

【中图分类号】 R737.9 【文献标识码】 B

## 参考文献

- [1] Fou A, Schnabel F R, Hamele-Bena D, *et al.* Long-term outcomes of malignant phyllodes tumors patients: an institutional

- experience. Am J Surg, 2006, 192: 492 – 495.
- [2] Roa J C, Tapia O, Carrasco P, *et al.* Prognostic factors of phyllodes tumor of the breast. Pathol Int, 2006, 56: 309 – 314 .
- [3] Asoglu O, Ugurlu M M, Blanchard K, *et al.* Risk factors for recurrence and death after primary surgical treatment of malignant phyllodes tumors. Ann Surg Oncol, 2004, 11: 1011 – 1017.
- [4] Kuijper A, Buerger H, Simon R, *et al.* Analysis of the progression of fibroepithelial tumours of the breast by PCR based clonality assay. J Pathol, 2002, 197: 575 – 581.
- [5] Wang Z C, Buraimoh A, Iglehart J D, *et al.* Genome-wide analysis for loss of heterozygosity in primary and recurrent phyllodes tumor and fibroadenoma of breast using single nucleotide polymorphism arrays. Breast Cancer Res Treat, 2006, 97: 301 – 309.
- [6] Ben Hassouna J, Damak T, Gamoudi A, *et al.* Phyllodes tumors of the breast: a case series of 106 patients. Am J Surg, 2006, 192: 141 – 147.
- [7] 李叶扬, 梁岷, 汪锦伦, 等. 乳癌放疗后放射性溃疡的治疗. 中华整形外科杂志, 2004, 20: 13 – 16.
- [8] 徐军, 穆兰花, 刘元波, 等. 腹壁下动脉穿支皮瓣在乳房再造和胸壁溃疡修复中的应用. 中华外科杂志, 2001, 39: 302 – 304.
- [9] 杨兴华, 黄晓元, 龙剑虹, 等. 乳腺癌根治术后放射性溃疡的皮瓣修复. 中华外科杂志, 2006, 44: 471 – 472
- [10] 程国良. 严重巨大缺损的组织瓣修复选用原则. 中华显微外科杂志, 1999, 22: 165 – 167.

(收稿日期: 2008-01-29)

(本文编辑: 张毅)

李席如, 杨运功, 王建东, 等. 巨大复发性乳腺分叶状肿瘤的手术治疗 1 例[J/CD]. 中华乳腺病杂志: 电子版, 2008, 2(6): 697 – 703.