

## • 临床研究 •

## 老年人早期乳腺癌保乳手术的临床研究

丁锦辉 于冰 罗超英 王闽全 宋磊 孙国辉

**【摘要】 目的** 探讨保乳手术在老年人早期乳腺癌治疗中的临床应用。**方法** 回顾性分析2002年1月至2007年12月间在克拉玛依市中心医院和新疆医科大学第二附属医院接受保乳手术的46例老年早期乳腺癌患者的临床资料。手术方式为乳腺部分切除加腋窝淋巴清扫,术后辅助放射治疗、化疗和(或)内分泌治疗。**结果** 46例患者手术成功,术后无严重并发症,标本石蜡病理切片显示各切缘均无癌细胞残留,随访9~68个月,2例局部复发,均无远处转移。**结论** 保乳手术创伤小、术后并发症少,是老年人早期乳腺癌安全有效的治疗方法。掌握适应证及禁忌证,以及规范化和个体化治疗是保乳手术成功的关键。

**【关键词】** 老年人; 乳腺肿瘤; 保乳手术

**【中图分类号】** R737.9

**【文献标识码】** A

**A clinical study of breast conserving surgery for old patients with early breast cancer**

DING Jin-hui, YU Bing, LUO Chao-ying, WANG Min-quan, SONG Lei, SUN Guo-hui. Department of General Surgery, Kelamayi City Center Hospital, Kelamayi 834000, China

**【Abstract】 Objective** To explore breast conserving surgery for early breast cancer in old people. **Methods** From January 2002 to December 2007, the clinical data of 46 female old patients with early primary breast cancer, who underwent breast conserving surgery, were retrospectively analyzed. Breast conserving surgery included partial excision of the breast and axillary lymph node dissection. Adjuvant irradiation, chemotherapy and hormone therapy were given postoperatively. **Results** The breast conserving surgery of the 46 patients was successful and no serious postoperative complications occurred. The breast specimens were pathologically examined and no residual cancer cells in the resection margin was found. All cases were followed up for 9~68 months, which showed local reoccurrence in 2 cases, but no distant metastasis in all cases. **Conclusion** For old patients with early breast cancer, breast conserving surgery is a safe and effective therapy with small trauma, less complications and less reoccurrence. The strict indications and contraindication, standardization and individual treatment are crucial to breast conserving therapy.

**【Key words】** Old people; Breast neoplasms; Breast conserving surgery

随着临床医师对乳腺癌认识的不断提高以及其检测手段的发展,临床发现的早期乳腺癌所占比例不断增多;而越来越多的乳腺癌患者对美学、高生活

质量的追求,使得乳腺癌治疗模式发生根本性转变<sup>[1-2]</sup>。目前保乳手术已成为欧美各国治疗早期乳腺癌的首选手术方式,国内各大医院亦相继开展。据文献统计老龄乳腺癌的比例正逐年增加,乳腺癌这一疾病正愈来愈严重地影响老年人的生活<sup>[3]</sup>。保乳手术并不存在年龄上的限制,相反,年龄越大,保乳手术后局部复发的机会越小<sup>[4]</sup>,而且保乳手术创伤小,术后恢复快,因此,更适合老年患者。笔者对克拉玛依市中心医院和新疆医科大学第二附属医院 2002 年 1 月至 2007 年 12 月收治的 46 例老年早期乳腺癌患者施行了保乳手术,现报告如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 病例纳入标准

(1)年龄大于 60 岁的早期乳腺癌妇女,有保乳的要求并且能坚持后续治疗和长期随访;(2)原发肿瘤最大直径 $\leq 3$  cm,肿瘤边缘离乳头 $\geq 3$  cm,且肿瘤为非多中心发生者以及腋窝淋巴结仅为散在肿大者;(3)以前乳房未接受过放、化疗或现在无影响术后放、化疗的相关疾病患者。

### 1.2 一般资料

全部患者均为女性,乳房丰满或相对丰满。年龄最小 60 岁,最大 78 岁,平均 67 岁。病灶位于左乳者 26 例,右乳 20 例。25 例肿瘤位于乳房外侧区,8 例位于乳房中间区,13 例位于内侧区。原发肿瘤 1~3 cm 不等,中位直径 2 cm。术前患侧腋窝触诊,18 例扪及肿大淋巴结,28 例未扪及肿大淋巴结,内乳区及锁骨上下区均未及肿大淋巴结。术前均进行了双侧乳腺彩超和钼靶摄片以及全身体检,对患者的全身和局部病情进行了综合评估。按 1997 年国际抗癌联合会(UICC)制定的临床分期,I 期 18 例,II 期 28 例。

### 1.3 手术方法

患者取平卧位,在乳房表面皮肤标记乳腺肿瘤的位置后,距肿瘤边缘 2~3 cm 外围用龙胆紫划线标记,先切取部分肿瘤组织送快速冰冻病理检查,确诊乳腺癌后再按划线标记的范围作肿瘤的局部扩大切除;对部分乳腺癌可能性大者则直接一次性行局部扩大切除。切除范围包括肿瘤对应的皮肤和胸大肌筋膜。笔者根据肿瘤所在的部位和乳腺的大体形态具体决定手术切口设计,本组采用单一切口设计 15 例(图 1),双切口设计 31 例(图 2)。

**1.3.1 乳腺的切口设计及手术原则:**以原发肿瘤为中心,以乳头与肿块中心连线为轴,在距肿瘤边缘 2~3 cm 外周作梭形切口,切面尽量垂直,不作皮下潜行游离,基底部连同胸肌筋膜一并切除,整块移除标本。切缘距瘤缘至少 $\geq 2$  cm,乳腺组织扩大切除后在标本的上、下、内、外切缘以及基底面处分别用缝线标记,尽快送冰冻病理检查,无癌残留后行常规石蜡病理检查。术后根据创

腔大小,适当整形缝合,以防乳房外观扭曲,严密止血,创腔内放置橡皮片或硅胶管引流,不做负压引流。

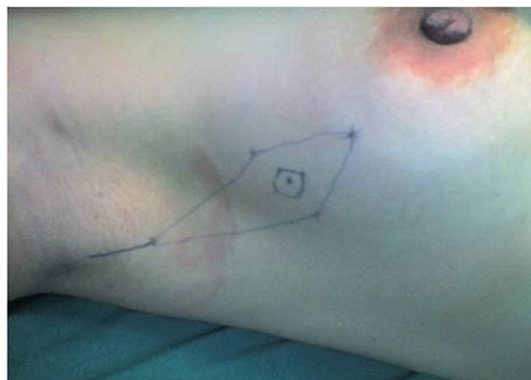


图 1 单一切口设计

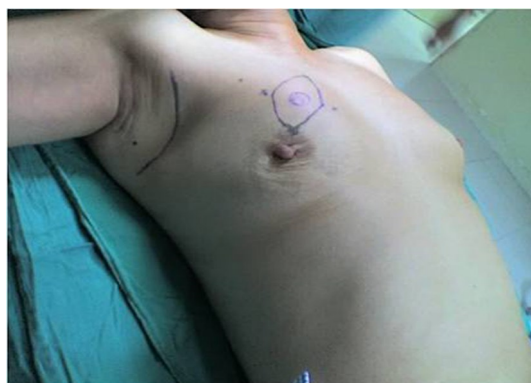


图 2 双切口设计

**1.3.2 腋窝的切口设计及手术原则:**采用沿腋窝下皱襞的弧形切口,向前不超过胸大肌边缘,向后不超过背阔肌边缘。适当保留皮下脂肪,常规清除Ⅰ、Ⅱ级腋窝淋巴结,未作Ⅲ级腋窝淋巴结清除。保留胸长、胸背神经和血管,尽可能的保留肋间壁神经,术后腋窝放置负压引流。

#### 1.4 术后综合治疗

46 例患者均于术后 1 个月左右接受综合治疗,其中 8 例先放射治疗后化疗,26 例先化疗后放射治疗,另有 10 例行化疗、放射治疗后再化疗方案,还有 2 例患者年龄大于 70 岁,并有较明显的合并症,且雌激素受体阳性,因此仅行内分泌治疗,未行放、化疗。化疗方案:其中 30 例为环磷酰胺、甲氨喋呤、5-氟尿嘧啶方案(CMF);14 例为环磷酰胺、表阿霉素、5-氟尿嘧啶方案(CEF)。化疗周期:36 例为 6 个疗程,8 例为 4 个疗程。放射治疗部位包括原发灶和患侧全乳、腋窝、锁骨上下区及内乳区。腋淋巴结阴性患者只照射乳腺及胸壁;对腋淋巴结癌转移阳性者加锁骨上淋巴结区和腋淋巴结区,肿瘤位于内侧者加内乳淋巴结区。雌激素受体阳性者服用芳香化酶抑制剂或三苯氧胺(TAM)行内分泌治疗。

## 1.5 保乳手术的美容效果

美容效果标准参照文献[5]的标准。乳房美观程度评价包括患者自身评价及查体比较双侧乳腺皮肤颜色、乳房大小、对称性,乳头有无下陷,乳房软硬度。

## 2 结果

### 2.1 手术结果

术后 6 个月左右行乳腺美容效果评价:优 30 例,良 12 例,优良率 91.3%,表现为患侧乳腺外形较好,双乳基本对称,双乳头水平差距 $<2$  cm,无明显瘢痕牵拉所致乳房变形(图 3,4)。另 4 例因乳房变形明显,评价为较差。44 例患者完成术后放射治疗,其中 4 例早期出现乳房轻度纤维化、局部疼痛,经对症处理后症状缓解。所有患者术后均未发生严重的近期并发症。



图 3 保乳术后美容效果正位图



图 4 保乳术后美容效果侧位图

### 2.2 术后病理及免疫组织化学检测结果

浸润性导管癌 41 例,浸润性小叶癌 2 例,髓样癌 2 例,乳腺导管内癌 1 例。清扫淋巴结最少者 9 枚,最多者 23 枚,平均 15 枚,有腋窝淋巴结转移 22 例。术后病理分期 I 期 20 例,II<sub>A</sub> 期 23 例,II<sub>B</sub> 期 3 例。免疫组化 ER、PR 双阳性者 30 例,ER 阳

性者 39 例, PR 阳性者 36 例。标本上、下、左、右、基底各切缘石蜡病理切片均为阴性。

### 2.3 随访结果

对本组 46 例均进行了定期随访, 随访时间 9~68 个月不等, 中位随访时间 32 个月。其中 2 例分别于术后 36 个月和 42 个月发生局部复发, 均为刚开展保乳手术时的患者, 分别为 II<sub>A</sub> 期 1 例, II<sub>B</sub> 期 1 例, 后经全乳切除, 预后良好。所有患者随访至 2008 年 9 月, 局部复发率为 4.3%, 均未出现远处转移, 无死亡病例。

## 3 讨论

“保乳手术”即为切除乳腺癌原发肿瘤及腋窝淋巴结清扫, 保留患侧乳腺, 术后辅助化、放射治疗等综合治疗的方法。传统的乳腺癌根治性手术, 使女性身体和精神方面承受巨大压力, 特别是年老体弱的患者; 而保乳手术既切除了病灶, 又保留了乳房的形体美, 可大大提高女性早期乳腺癌患者术后的生活质量, 若能正确应用, 可取得根治疾病和提高患者生活质量的双重效果。国外多中心随机研究资料显示, 保乳手术与传统乳腺癌根治性手术相比, 无论是无复发生存率还是总生存率差异均无统计学意义; 但保乳手术具有痛苦小、整形效果好、术后功能完整等优点<sup>[6]</sup>。本组 46 例老年早期乳腺癌保乳手术的疗效观察, 也充分证实了上述观点。就全球保乳治疗的趋势看, 其适应证正在逐渐扩大, 目前保乳手术不存在年龄上的限制, 老年人的乳腺多由脂肪组织填充, 多数较丰满, 且老年人多有不同程度的合并症, 耐受大手术差, 因此, 更适合行保乳手术。术前对肿瘤的范围界定和是否为多发病灶, 笔者多数通过乳腺钼靶摄片来确定, 少数应用 MRI。此外, 所有保乳术后的患者均进行钼靶摄片随访, 发现复发的补救措施是全乳切除。本组局部复发率为 4.3%, 稍高于国内有关文献<sup>[7]</sup>, 患者经再次全乳切除预后良好。2 例局部复发病例均为刚开展保乳手术时的患者, 且均为 II 期病例, 可能与刚开展保乳手术时设计和操作不规范有关。

目前对于保乳手术的乳腺部分切除范围尚无统一标准, 本组术中采用多数学者所主张的切除肿瘤周围正常腺体至少 2 cm, 术中尽量做切缘冰冻病理检查, 但由于本组老年患者的乳房多数为脂肪型乳腺, 故多数未能做切缘冰冻病理检查, 但术后石蜡切片病理检查均为阴性。有文献报道, 年龄小于 50 岁是乳癌保乳手术切缘阳性的高危因素, 因此对于相对年轻的患者在行保乳术时必须取得阴性切缘以保证手术成功<sup>[8]</sup>。通过对本组资料的总结发现, 老年患者的乳房较丰满, 可适当增加切缘距肿瘤边缘的距离(本组多数达到 3 cm), 既能满足切缘冰冻病理检查的需要, 又不会明显影响乳腺的外形。国

外学者曾比较肿瘤切缘距瘤缘 2~3 cm 与 1 cm 两组的预后,结果显示局部复发率分别为 2.2% 和 7.0%,前者明显优于后者,并提出保乳术后病灶残留是局部复发的重要原因,同时也是影响预后的重要因素,所以保乳术应在保证切缘阴性的前提下,根据肿瘤的位置确定切除范围<sup>[9]</sup>。保乳手术切口的设计既要方便手术操作,又要获得术后满意的形体美容效果,目前多主张用乳腺和腋下双切口<sup>[10]</sup>。笔者的体会是近腋尾部的肿瘤采用单切口更为合适。对于采用双切口的保乳手术,其腋下切口不宜过高,否则不利于皮瓣粘合,易形成皮下积液,导致切口感染。

腋窝淋巴结清扫目的除了切除转移的淋巴结,还为了确定分期,估计预后,决定综合治疗方案<sup>[11]</sup>。腋窝淋巴结清扫也是保乳手术的重要组成部分。即使早期乳腺癌也有部分发生区域淋巴结转移,所以为了尽可能取得根治性的效果,并且提供腋窝分期的准确信息,对于浸润性乳腺癌,临床腋窝淋巴结触诊阳性的患者都主张进行腋窝清扫,但目前不主张常规清扫尖群(Ⅲ级)淋巴结<sup>[12]</sup>。本组患者术中淋巴结清扫至腋窝淋巴结Ⅰ、Ⅱ级水平。第Ⅲ水平淋巴结未做清扫,因为Ⅰ和(或)Ⅱ水平淋巴结未转移,而第Ⅲ水平淋巴结出现跳跃式转移的概率极少;且切除第Ⅲ水平淋巴结手术并发症高,并不能提高老年患者的生存率。一般清扫的数目要求平均在 10 枚以上,因为这样才能准确反映腋窝淋巴结状况。Axelsson 等<sup>[13]</sup>比较了腋窝淋巴结均无转移的两组预后(切除淋巴结数目 $\geq 10$ 枚组与 $< 10$ 枚组),结果显示无论局部复发率还是远期生存率,前组均优于后组。本组 46 例,平均每例清扫腋窝淋巴结 15 枚。

早期乳腺癌保乳手术后加放、化疗,无论在局部和区域控制率方面,还是在长期生存率方面均与根治术和改良根治术相同<sup>[14]</sup>。术后辅助放、化疗和内分泌治疗是行保乳手术的乳腺癌综合治疗的重要组成部分。术后化疗能提高无瘤生存率、降低复发率,减少病死率。对腋窝淋巴结有转移者都应接受化疗;无转移者分为低危和中、高危组,中、高危组给予化疗。化疗的一线方案一般为 CMF、CEF。对腋窝淋巴结转移阳性者多数采用 CEF 方案化疗,阴性者多数采用 CMF 方案化疗,化疗周期一般为 6 个疗程。对于年龄较大或合并症多的老年保乳患者是否化疗,应视具体情况而定,目前也无统一的年龄标准。术后放射治疗是防止乳腺癌保乳手术后局部复发的重要治疗步骤,也是保乳治疗中不可缺少的治疗手段,否则将会影响局部控制率和远期生存率。术后放射治疗的范围包括乳腺区及区域淋巴结。腋窝淋巴结无转移的患者不照射淋巴引流区,只照射乳腺及胸壁。本组有 2 例 70 多岁的老年患者有较多合并症,考虑到放、化疗并不能给其带来益处,仅行内分泌治疗。内分泌治疗是乳腺癌的主要辅助治疗之一,保乳手术后应在化、放射治疗后序贯使用内分泌药物,以提高保乳疗效。TAM 连服 5 年能使受体(ER、PR)阳性乳腺癌患

者的术后 10 年复发率和死亡率降低,具有提高无瘤生存率的作用,并降低对侧乳腺癌的发生率。由于本组 46 例老年患者均已绝经,因此多数受体阳性患者使用了芳香化酶抑制剂,部分患者服用 TAM。

传统的乳腺癌根治术严重影响老年妇女的生理、心理和生活质量,因此笔者提倡建立规范的乳腺癌治疗模式。对老年早期乳腺癌推行保乳手术,结合术后辅助治疗,具有对老年人机体创伤小、组织器官破坏少等优点,术后有利于老年患者的康复与生活质量的提高。笔者认为,只要把握好适应证、禁忌证,并不降低生存率。规范化的手术是老年人保乳治疗的关键。

#### 参考文献

- [1] Morrow M. Breast conserving therapy: who and why. *J Surg Oncol*, 2003, 84:55—56.
- [2] Jatoi I, Proschan M A. Randomised trials of breast-conserving therapy versus mastectomy for primary breast cancer: a pooled analysis of updated results. *Am Clin Oncol*, 2005, 28:289—294.
- [3] 梁燕. 老年乳腺癌的临床流行病学. *中华乳腺病杂志:电子版*, 2008, 2: 493—495.
- [4] 林本耀, 李金锋, 欧阳涛, 等. 乳腺癌保乳治疗学. 北京:清华大学出版社, 2004:179—180.
- [5] 程琳, 乔新民, 杨德启, 等. 乳腺癌保乳手术治疗 148 例分析. *中国微创外科杂志*, 2004, 4:276—278.
- [6] Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, *et al.* Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. *N Engl J Med*, 2002, 347: 1227—1232.
- [7] 郑敏, 林海舵, 蒋正财, 等. 43 例乳腺癌保乳手术的探讨. *中华乳腺病杂志:电子版*, 2008, 2: 214—219.
- [8] 贾卫娟, 龚畅, 贾海霞, 等. 影响乳腺癌患者保乳手术边缘阳性因素的临床研究. *岭南现代临床外科*, 2006, 6: 7—9.
- [9] Petit J Y, Garusi C, Greusa M, *et al.* One hundred and eleven cases of breast conservation treatment with simultaneous reconstruction at the European Institute of Oncology (Milan). *Tumori*, 2002, 88:41—47.
- [10] 王先明, 何劲松, 郭良峰, 等. 人性化美容切口在乳房手术中的应用. *中国现代手术学杂志*, 2003, 7: 409—412.
- [11] 王成峰. 早期乳腺癌的保守性手术治疗. *中华外科杂志*, 1996, 34: 662—664.
- [12] 沈镇宙, 李鹤成. 谈乳腺癌外科治疗中的热点问题. *外科理论与实践*, 2004, 9: 89—91.
- [13] Axelsson C K, Monridsen H T, Zedeler K. Axillary dissection of level I and II lymph nodes is important in breast cancer classification. The Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG). *Eur J Cancer*, 1992, 28A: 1415—1418.
- [14] 张保宁. 乳腺癌外科 100 年. *中华肿瘤杂志*, 2003, 25: 618—621.

(收稿日期:2008-11-03)

(本文编辑:罗承丽)

丁锦辉, 于冰, 罗超英, 等. 老年人早期乳腺癌保乳手术的临床研究[J/CD]. *中华乳腺病杂志:电子版*, 2009, 3(5):510—516.