

## • 经验交流 •

# 小切口并旋切技术治疗乳腺巨纤维腺瘤 (附 11 例报告)

朱婧 朱大江 郭钊轩 陈金桃 宋锦文

乳腺巨纤维腺瘤临床少见,行肿瘤完整切除术可取得良好疗效,但因肿瘤巨大需要较大切口,难以满足现代女性的爱美需求。本科于 2007 年 1 月至 2008 年 12 月,共收治乳腺巨纤维腺瘤患者 11 例,采用小切口旋切手术,顺利完成手术操作,效果良好,现报告如下。

## 1 资料和方法

### 1.1 一般资料及病例选择

本组患者 11 例,均为女性,年龄 14~50 岁,平均 26.7 岁。肿瘤均为单发,外上象限 5 例,内上象限 3 例,中央区 3 例;肿瘤直径 5.0~10.8 cm,平均 6.7 cm。病史 1 个月至 2 年,平均 8.2 个月。病例选择:(1)单发性肿瘤;(2)肿瘤直径 $\geq 5$  cm;(3)术前空芯针穿刺活检病理确诊良性。

### 1.2 手术方法及术后处理

**1.2.1 特殊仪器准备:**DZ-1 型电动子宫切割器;奥林巴斯腹腔镜影像系统。

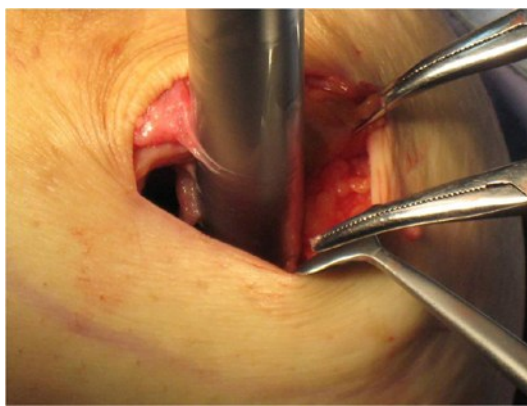
**1.2.2 术前准备:**超声检查明确肿瘤位置、大小、深度及周围血流状况,以记号笔在乳房皮肤表面标记。8 例肿瘤位于外上及内上象限,选择腋窝皮纹切口。3 例肿瘤位于中央区,选择乳晕切口。

**1.2.3 手术方法:**采用静脉全麻,切口长约 3~4 cm。于切口至肿瘤扇形区予以 1/200 000 肾上腺素盐水皮下注射。选腋窝皮纹切口者,分离皮瓣后,推挤肿物接近腋窝。经切口置入 30°腔镜,腹腔深拉钩提起皮瓣形成操作空间,沿肿瘤包膜锐性游离;选乳晕切口者,放射状切开浅层腺体,沿肿瘤包膜锐性游离。肿瘤完全游离后,利用电动子宫切割器,把抓钳插入锯齿刀管内抓住需要旋切的肿瘤组织,向锯齿刀管方向牵引。开动切割器进行旋切,条形切除瘤体的中央部分,并通过刀管取出至切口外。肿瘤向心性缩小后残余部分经小切口取出(图 1~6)。止血后置负压引流,用可吸收线缝合切口各层。

肿瘤难以完全游离时,可先分离浅表部分,术中超声监视下进行肿瘤中心旋切,注意勿超出肿瘤边界,肿瘤向心性体积缩小后再继续分离边缘及底部。



图 1 术前标记肿瘤范围并设计切口



游离肿瘤后以子宫切割器旋切肿瘤中央瘤体。

图 2 旋切肿瘤

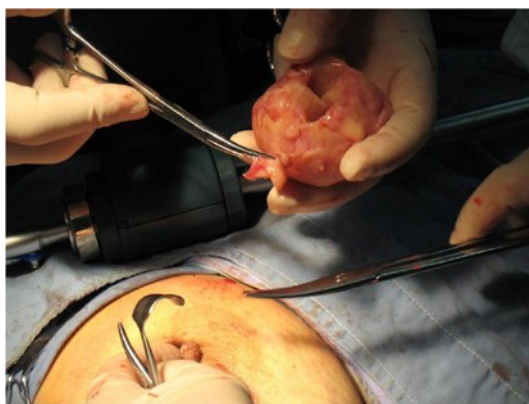


通过刀管内取出的中央条状瘤体。

图 3 中央条状瘤体

## 2 结果

切除的肿瘤经病理检查均确诊为乳腺巨纤维腺瘤。患者术后 3 d 出院, 10 d 切口拆线。所有病例无皮下淤斑、积液、出血等并发症。乳腺外观无变化, 切口 I 期愈合, 随访 3~24 个月, 肿瘤无复发, 疤痕小, 美观, 患者满意。



残余部分瘤体经小切口取出。

图 4 取出残余瘤体



用可吸收线缝合切口。

图 5 缝合切口



图 6 术后取出的完整标本

### 3 讨论

#### 3.1 病理及诊断

现代观点认为乳腺纤维腺瘤是生理性生长和退化的异常,而不是肿瘤<sup>[1]</sup>。病理检查大体见肿瘤有推压正常腺体形成的假包膜,与周围乳腺组织分界清楚。镜下腺体多异常扩大,间质纤维组织增生活跃,挤压扩大的腺腔,形成较大的裂隙。文献中对巨纤维腺瘤诊断标准并不统一<sup>[2]</sup>。多数学者认为肿瘤直

径 $>5$  cm,病理检查符合纤维腺瘤者均可诊断本病。本病与管周型腺纤维瘤的区别为肿瘤体积大,有明显分叶。与叶状囊肉瘤鉴别为肿瘤有完整的包膜,间质细胞无异型,无核分裂。关键要在肿瘤的不同切面不同部位多处取材多做切片,方能避免误诊<sup>[3]</sup>。

### 3.2 治疗现状

本病为良性肿瘤,手术切除是根本治疗措施。青春发育期女性,术中应注意保护乳头及正常乳腺组织。切口应选择隐蔽部位或乳晕周围,现多选择腋下切口<sup>[4]</sup>,乳房下皱襞切口<sup>[5]</sup>。骆成玉<sup>[6]</sup>和孙宝臣<sup>[7]</sup>等报告用腔镜行乳腺良性肿瘤切除术,切口微小、隐蔽,效果良好。采用腔镜辅助的方法,经乳房后间隙或乳腺浅筋膜层进行乳房良性肿瘤切除,虽然切口较小,但皮瓣剥离面积大,且对体积较大的肿瘤切除困难。

### 3.3 小切口手术可行性

采用腔镜辅助外牵法并选择腋窝切口,乳房皮肤上不留疤痕,可达到良好美容效果。但因切口至肿瘤处需分离一段皮瓣,肿瘤远端的分离很难做到准确。通过向外牵拉肿瘤,保持远端肿瘤与正常腺体交界处组织张力,将摄像头置于切口内,可清楚区分肿瘤与正常组织,达到可视下精确分离、完整切除肿瘤。

完整取出巨大纤维腺瘤,一般需要6~10 cm手术切口。如果切口小,牵拉或钝性扩大切口取出肿瘤,可能出现皮缘缺血甚至坏死。本组病例游离肿瘤后,利用电动子宫切割器,条形切除巨大肿瘤的中央部分,通过刀管内取出至切口外。使肿瘤向心性缩小,残余部分也可经小切口完整取出。该方法无需牵拉、扩大切口,利于切口Ⅰ期愈合。由于旋切的是肿瘤中央部分,切割后的瘤体通过刀管内取出切口外,减少了种植的机会。但肿瘤表面仍有开放性创面,不能完全满足外科无瘤原则,因此术前穿刺确诊良性病变十分重要。

利用腔镜和子宫切割器辅助,在确诊病例中通过旋切缩小肿瘤体积,将巨纤维腺瘤手术简化为一般纤维腺瘤手术。该方法减少对正常乳腺腺体损伤,减少因皮瓣分离而增加手术的创伤,减少皮下淤血、积液甚至皮瓣坏死风险。利用小切口切除巨大纤维腺瘤,切口Ⅰ期愈合后瘢痕小,不影响美观,符合美学要求,易被患者接受。其具有安全、有效、创伤小、美观的特点,对于乳腺巨纤维腺瘤的治疗不失为可选择的方法。

【关键词】 乳腺疾病;乳腺巨纤维腺瘤;外科手术

【中图法分类号】 655.8 【文献标识码】 B

### 参考文献

- [1] 许良中. 乳腺病理学. 上海:上海医科大学出版社,1999:77-78,243-245.
- [2] West KW, Rescorla FJ, Scherer LR 3rd, et al. Diagnosis and treatment of symptomatic breast

masses in the pediatric population. J Pediatr Surg, 1995, 30:182-186.

- [3] 李树玲. 乳腺肿瘤学. 北京: 科学技术文献出版社, 2000: 68-71.
- [4] 汤宁文. 外牵法腔镜辅助右乳巨纤维腺瘤切除术 1 例. 中华乳腺病杂志: 电子版, 2008, 2: 367-368.
- [5] 吴伟军, 郑瑾滢. 乳腺巨纤维腺瘤诊治(附 15 例). 山西医科大学学报, 2001, 32: 161-162.
- [6] 骆成玉, 薛镭, 林华, 等. 乳腔镜微小隐蔽切口切除乳腺良性肿瘤的临床观察. 中华医学杂志, 2003, 83: 1233-1235.
- [7] 孙宝臣, 葛述科, 郭文斌, 等. 乳腔镜治疗良性乳腺肿瘤的体会. 中华乳腺病杂志: 电子版, 2008, 2: 485-486.

(收稿日期: 2009-03-10)

(本文编辑: 罗承丽)

朱婧, 朱大江, 郭钊轩, 等. 小切口并旋切技术治疗乳腺巨纤维腺瘤(附 11 例报告)[J/CD]. 中华乳腺病杂志: 电子版, 2010, 4(2): 218-222.