

· 经验交流 ·

乳管镜下置入定位针在乳管内病变切除中的应用

石国建 邓玉江 荣鸣 顾蓓 纪福

乳管镜检查可直接观察乳腺导管系统内病变,是诊断病理性乳头溢液的理想方法之一^[1]。对于有占位性病变的导管需手术切除病变导管及所属区段乳腺组织,传统的手术定位采用体表定位结合溢液乳管内注射亚甲蓝的方法^[2],但是定位往往不准确,导致手术切除范围过大。近年来,有报道经乳管镜在病变乳管内置定位针的方法,有助于术中准确地找到病灶^[3]。笔者通过两种定位方式的对照,评估乳管镜下置入定位针在乳管内肿瘤手术中的临床应用价值,现将结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本院 2004 年 7 月至 2010 年 12 月期间,经乳管镜诊断为乳管内肿瘤的患者共 132 例。均为女性,临床未触及肿块,年龄 25 ~ 71 岁,平均 45.6 岁,淡黄色溢液 98 例,血性溢液 16 例,清水样溢液 5 例,咖啡色溢液 13 例。溢液时间 1 周至 5 年不等。按自愿原则分组,亚甲蓝组 40 例,置入定位针组 92 例。两组的手术前乳管镜诊断分布,差异无统计学意义($\chi^2 = 4.369, P = 0.113$)。由同一组医师手术,保证手术技巧无明显差异。

1.2 仪器设备

使用日本 FV-2000E 超细光导纤维乳管内视镜,主要组成由主机、冷光源、光导纤维及 0.7 mm 内镜辅助设备(Bowmand 眼科泪道探针,计算机及软件系统)。穿刺针为德国宝雅公司生产的 20 G×70 mm 穿刺定位针。

1.3 手术方法

亚甲蓝组:患者乳管镜检查后于体表光点最明显处进行体表定位。患者皮肤消毒后,在溢液乳管内注射亚甲蓝,取乳晕旁半弧形切口,向体表定位方向分离皮下,在乳头后方找到病变乳管,沿蓝染组织向远端解剖病变乳管,直到将乳管所属乳腺组织区段切除。术中放射状切开标本,对可疑肿瘤部位进行标记。

置入定位针组:手术前在乳管镜下置定位针,镜鞘为 0.7 mm,长度为 80 mm。患者平卧位,常规消毒铺巾,以 4 号平针头插入溢液乳管口,注入 2%

利多卡因行局部麻醉,用探针逐步扩张,乳管镜下找到病灶,从镜鞘中退出内镜,置乳腺定位针到达病灶,确定定位针锚定后,退出镜鞘,定位针尾丝沿病变乳管留置于乳头外。取乳晕旁半弧形切口,切开皮肤及皮下,游离皮肤至乳腺腺体边缘,根据定位针确定的位置,放射状切开腺体,在近乳头下方分离暴露定位乳管,尽量保护周围乳管,沿定位针向远端解剖病变乳管,切除病变导管区段。

1.4 统计学分析

应用 SPSS 13.0 统计软件,计数资料采用卡方检验, $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

将乳管镜诊断结果与术后病理诊断结果比较:132 例在本院受手术治疗,其中单发乳管内乳头状瘤 111 例,乳管内乳头状瘤病 19 例,乳管癌 2 例。92 例在乳管镜检查后置入定位针后再行乳腺导管区段切除手术,40 例乳管镜检查后体表定位再行选择性区段切除,两组患者病理结果见表 1。乳管镜定位下置入定位针组检出率为 95.7% (88/92),亚甲蓝定位组检出率为 80.0% (32/40)。置入定位针手术组检出率明显高于亚甲蓝定位组 ($\chi^2 = 6.479, P = 0.011$)。

表 1 两组患者的术前乳管镜诊断与术后病理诊断的符合情况

组别	例数	术前乳管镜诊断(例)			术后病理诊断(例)				检出率(%)
		乳头状瘤	乳头状瘤病	乳腺癌	乳头状瘤	乳头状瘤病	乳腺癌	其他乳腺疾病	
定位针组	92	74	17	1	73	14	1	4	95.7
亚甲蓝组	40	37	2	1	30	1	1	8	80.0

3 讨论

病理性乳头溢液常表现为非哺乳期的、单一导管溢液,一般为咖啡色、淡黄色或血性液体。乳管镜检查能直接观察发现其他检查难以检出的微小病灶,明确乳头溢液的病因,对于乳腺导管扩张症、乳腺导管炎症和乳腺增生症患者可免于手术,而一旦发现乳管内肿瘤,常常为乳头状瘤、乳头状瘤病或乳腺癌(包括导管内癌),需要手术切除活检。

由于乳管内病变病灶大多较小,临床体检、钼靶 X 线和彩色超声往往也难以发现,因此给手术定位带来较大困难。传统的亚甲蓝定位往往是将溢液导管及相应蓝染的乳腺导管区段一并切除,手术切除组织量较大。而且因导管内病变病灶较小,质地较脆,容易脱落,病理检查也很难发现,注入亚甲蓝定位,因亚甲蓝染色影响,也不利于术中及病理检查寻找病灶,而造成漏诊。个

别报告漏诊率可达 9%^[4]。注射染料的剂量、力度都影响乳房组织染色的范围,从而对手术范围的确定带来不便。这样的方式手术损伤大,也不利于患者其他乳管病变的早期发现。本研究亚甲蓝定位组诊断符合率为 80.0%。有学者报道乳管镜检查对病变乳管术中定位有指导作用,易于准确切除病灶,并能减小组织损伤^[5]。笔者发现乳管镜检查虽然能提示病变乳腺导管的走行方向、肿瘤距乳管口的距离和体表投影的位置,对手术定位有一定的帮助,但仍不能解决精确定位的问题。而如果手术前在乳管镜下将定位针置于病变乳管,术中沿着定位针寻找病变乳管,手术精确性会明显提高。同时术中在肿瘤部位缝线作标记,以便病理检查,避免漏诊,缩小手术范围,减少乳腺创伤,从而达到较好的美容效果。置入定位针也避免了亚甲蓝染色对病理标本取检干扰,提高了检出率^[3]。本研究置入定位针组检出率为 95.7%。

笔者认为操作需注意以下几点:(1)定位后适度旋转定位针,以确保锚定成功;(2)术中在近乳头下方分离暴露定位乳管,尽量不使用电刀,防止电弧烧断定位针部分残留腺体中不易取出;(3)Ⅲ-Ⅳ级导管因其复杂的树状分支和纤维乳管镜直径所限而无法察看,造成漏诊^[6]。术中要注意探查乳腺腺体边缘组织,若发现边缘腺体组织乳腺导管扩张明显,有较多囊性病变,可考虑扩大切除部分腺体,从而减少乳管内乳头状瘤病的漏诊率;(4)手术中尽量避免过度用力牵拉定位针,防止肿瘤脱落;(5)术后剖开病变导管,于肿瘤部位缝线标记,防止术后标本固定后,肿瘤缩水不易找到。

经乳管镜放置定位针引导手术,操作简便,定位准确,可提高病理检出率。因此笔者认为乳管镜检查发现乳管内肿瘤手术前应常规放置定位针。

【关键词】 乳腺肿瘤;乳腺导管镜

【中图分类号】 R737.9

【文献标志码】 B

参考文献

- [1] 刘顺芳,杨志芳,易继林,等.乳管镜在乳管内占位性病变诊治中的临床应用价值[J].华中科技大学报(医学版),2009,38(6):832-835.
- [2] Sharma N, Huston TL, Simmons RM. Intraoperative intraductal injection of methylene blue dye to assist in major duct excision [J]. Am J Surg, 2006, 191(4):553-554.
- [3] 李占文,杨华锋,胡云锵,等.乳管镜引导下乳腺定位针在乳管内微小病变定位中的应用[J].中华普通外科杂志,2007,22(6):475-476.
- [4] Sheng KW, Wu J, Lu JS, et al. Fiberoptic ductoscopy for patients with nipple discharge [J]. Cancer, 2000, 89(7):1512-1519.
- [5] 张晨芳,张宏,康慧鑫,等.纤维乳管镜在乳管内肿瘤手术定位中的应用[J].中国实用外科杂志,2005,25(2):107.
- [6] 赵远,肖秀娣,陈培勤,等.纤维乳管镜在乳头溢液疾病中的应用[J].临床医学工程,2011,18(3):387-388.

(收稿日期:2011-12-07)

(本文编辑:刘军兰)