

· 病例报告 ·

超声引导下导丝定位切除乳腺病灶后并发
导丝移位一例

刘倩 张宁鑫 董凤萍 张杰 聂建云

近年来,超声引导下导丝定位技术被广泛运用于治疗乳腺微小病灶,其具有操作简便、定位准确、无放射损伤、不受致密型乳腺密度影响、手术难度低、操作时间短等优点^[1-3]。对于临床触诊阴性的患者,该技术可以显著提高病灶切除率及确诊率^[4-5];对于早期乳腺癌患者,有助于早发现、早诊断、早治疗,更大程度地提高了生存率。然而,在临床上也有一些并发症发生,例如血肿、感染、导丝折断或残留、迷走神经反应等^[6-7],而导丝移位临床上较少见。笔者报道了 1 例导丝移位至胸小肌的病例,以供临床参考。

1 资料和方法

1.1 一般资料

患者,女,56 岁,因体检发现左乳钙化灶 15 d,于 2014 年 9 月 26 日收入昆明医科大学第三附属医院乳腺外科治疗。查体:双乳对称,皮肤未见异常,双乳内均未触及肿块,双侧腋窝及锁骨上未触及淋巴结。乳房 X 线显示:左乳中央区泥沙样钙化,考虑恶性。BI-RADS 评分:5 级。超声显示左乳中央区偏外上象限 12 点半方向可见 1 个异常回声结节,约为 0.8 cm×0.5 cm,伴微钙化,BI-RADS:4C 级,考虑乳腺癌(图 1)。

1.2 手术方法

患者于 2014 年 10 月 9 日接受手术。术前采用超声引导下金属导丝定位乳腺病灶,超声下找到左乳中央区偏外上象限 12 点半方向的两个异常回声结节。常规消毒局部麻醉后,用 20 G 穿刺定位导丝从乳晕边缘 10 点处进针,进针长度 4.2 cm,导丝贯穿肿块,终末钩端位于肿块范围内,皮肤外导丝长度约 20.0 cm,并在肿块的皮肤投影点标记。无菌纱布覆盖固定后进手术室。

患者仰卧位,距皮肤 2.0 cm 处剪断导丝,常规消毒,此时导丝体外末端滑入皮肤内。局部麻醉后铺手术巾,以超声所标示的肿块的皮肤投影定位点切开皮肤,术野内寻找导丝,术中超声检查也未能探及导丝,但可探及一 0.5 cm 大小肿块,切下该肿块。术中冰冻病理结果显示:广泛导管内癌成分,未见浸润病灶。行单纯乳房切除术加

前哨淋巴结活组织检查,切下的乳腺标本送 X 线摄影检查,仍未见定位导丝,遂行床旁 C 臂 X 线检查,显示导丝位于胸壁范围内(图 2),在胸大肌表面做十字定位法(图 3),分离胸大肌肌束,直至胸小肌表面看到导丝(图 4),完整取出导丝,长约 6.0 cm,蒸馏水冲洗创面,关闭创口,结束手术。

1.3 预后

术后 2 周患者恢复良好,术区未见异常,伤口愈合好。术后病理检查:左乳浸润性导管癌,腋窝淋巴结未见癌转移(0/18),ER 70% (+),PR 15% (+),HER-2(++). 术后给予表柔比星+环磷酰胺序贯多西他赛方案化疗共 8 个周期。化疗结束后给予口服来曲唑,并出院。至化疗结束时,未见局部复发及远处转移,一般情况良好。

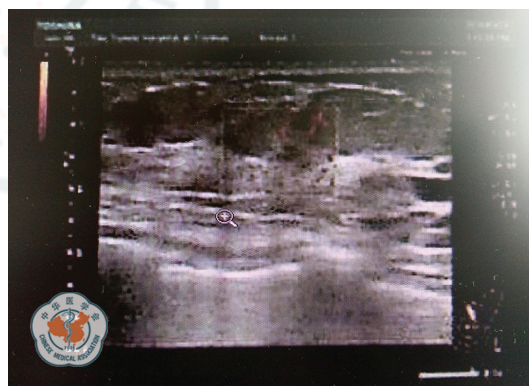
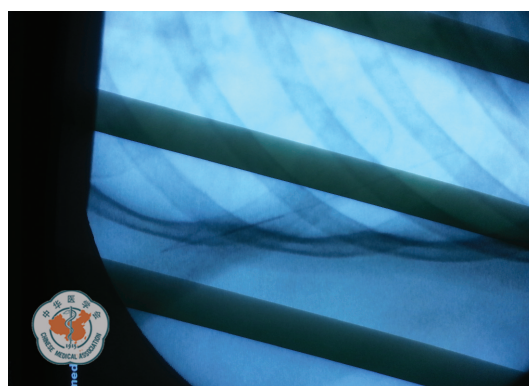


图 1 超声下乳腺肿块影像



注:导丝位于胸壁范围内

图 2 床旁 C 臂 X 线检查

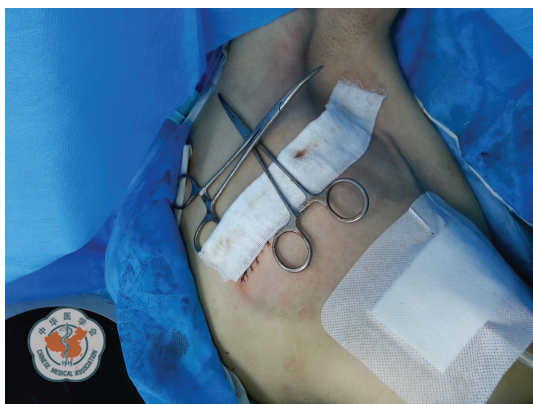
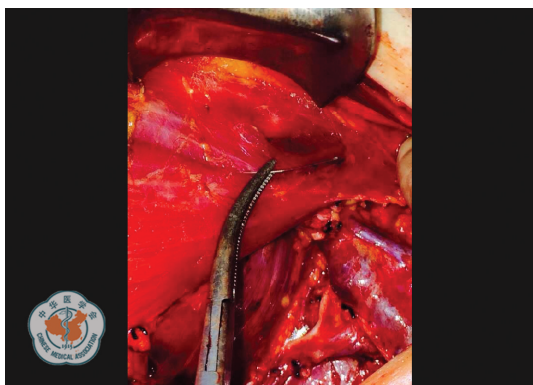


图3 胸大肌表面做十字定位



注:在胸小肌表面找到导丝

图4 术中图片

2 讨论

随着乳腺癌诊断技术的发展,越来越多的早期乳腺癌被检出。对于那些影像检查发现乳腺病变而临床体格检查未能触及肿块的患者,可以应用超声引导下导丝定位来标记乳腺肿块,术中能准确、迅速地找到肿块并进行完整切除,有效地缩短手术时间^[8-9]。这有助于早期乳腺癌的诊断,有效地提高了乳腺癌患者的预后及远期生存率。

本例患者出现的导丝移位,超出常规范围,临床较少见,笔者认为可能是由于导丝末端留置得略深,甚至有极小的部分已经进入胸大肌表面,术前将皮肤外的部分剪断后,导丝失去外在的固定,消毒及局部麻醉过程牵拉患肢及乳腺时,导丝的倒钩钩住胸大肌肌束,随肌肉牵拉向前运动,进入到胸大肌深面,最终停留在胸小肌表面,完全离开乳腺腺体轮廓的范围,因此未能在切下的乳腺组织内找到。

本院近 5 年对 1 400 多例患者进行超声引导下乳腺病灶导丝定位,临床获益明显,其应用价值值得肯定。目前只有 1 例发生这种程度的移位。为了避免再次出现类似情况,笔者总结经验如下:(1)超声引导下导丝定位时,选择稍粗一点的导丝,型号为 16 G,术中用手可以探查

到;(2)进针角度尽量避免垂直于皮肤,进针深度不宜过深,末端应留置在肿块内,而不要贯穿肿块,尤其应避免有小部分导丝末端插入到胸大肌表面;(3)导丝定位后应尽快行手术且尽量避免患者活动,以免时间过长,患者活动导致导丝牵拉、移位、内缩;(4)术前不剪断留在皮肤外的导丝,或者为了消毒及手术操作方便,即使要剪,也要尽量留长一些;(5)导丝剪断后失去外在固定,手术操作时不可避免地会牵拉皮肤、腺体、肿块等,建议厂家制作配套的导丝帽,在手术医师剪断导丝后可使其固定在体外,防止内缩;(6)一旦出现导丝移位的情况,术中超声不一定能探及,选择 X 线正侧位图片,结合十字定位法,是行之有效的有效的手段。

【关键词】 乳腺肿瘤; 超声检查; 移位

【中图法分类号】 R655.8 【文献标志码】 B

参 考 文 献

- [1] Houssami N, Irwig L, Simpson JM, et al. Sydney Breast Imaging Accuracy Study: comparative sensitivity and specificity of mammography and sonography in young women with symptoms[J]. AJR Am J Roentgenol, 2003, 180(4): 935-940.
- [2] 陈丽羽, 钱超文, 徐栋, 等. 超声引导细针定位在乳腺隐匿性病灶切除中的应用[J]. 临床超声医学杂志, 2006, 8(12): 724-726.
- [3] Lee KY, Seo BK, Yi A, et al. Immersion ultrasonography of excised nonpalpable breast lesion specimens after ultrasound-guided needle localization [J]. Korean J Radiol, 2008, 9(4): 312-319.
- [4] 李艳萍, 高宏, 王慧宇, 等. 不能触及肿块的乳腺肿瘤超声引导下导丝定位活检[J]. 中国实用外科杂志, 2009, 29(10): 853-855.
- [5] 梁晓宁, 郭瑞君, 巩丽焕, 等. 超声引导乳腺定位导丝置入在触诊阴性乳腺微钙化病变中的应用[J]. 中国医学影像技术, 2011, 27(5): 979-981.
- [6] 张婷, 谭旭艳, 贾译清. 乳腺肿瘤术前超声引导下导丝定位[J]. 临床超声医学杂志, 2006, 8(1): 25-26.
- [7] Saarela AO, Rissanen TJ, Lähdenmäki KM, et al. Wire-guided excision of non-palpable breast cancer: determinants and correlations between radiologic and histologic margins and residual disease in re-excisions [J]. Breast, 2001, 10(1): 28-34.
- [8] Fillion MM, Black EA, Hudson KB, et al. The effect of multiple wire localization in breast conservation[J]. Am Surg, 2012, 78(5): 519-522.
- [9] Sajid MS, Parampalli U, Haider Z, et al. Comparison of radioguided occult lesion localization (ROLL) and wire localization for non-palpable breast cancers: a meta-analysis [J]. J Surg Oncol, 2011, 105(8): 852-858.

(收稿日期: 2015-03-06)

(本文编辑: 刘军兰)

刘倩, 张宁鑫, 董凤萍, 等. 超声引导下导丝定位切除乳腺病灶后并发导丝移位一例[J/CD]. 中华乳腺病杂志: 电子版, 2015, 9(2): 144-145.