

· 病例报告 ·

应用切除乳头保留乳晕并用乳晕即时再造乳头的
保留乳房手术治疗黏液癌一例

刘皓希 杜俊泽 范林军

肿瘤位于靠近乳头乳晕区是保留乳房手术的相对禁忌证。西南医院乳腺甲状腺外科为 1 例肿瘤位于乳头乳晕区域的黏液癌患者进行了保留乳晕及利用乳晕再造乳头的保留乳房手术,现报告如下。

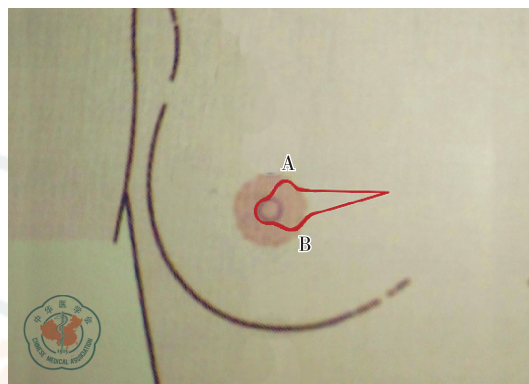
一、临床资料

患者女,35 岁,因体检发现右乳包块 3 周于 2017 年 8 月 17 日入院。术前查体:肿瘤位于右侧乳头正下方稍偏内侧,约 30 mm×2 mm,表面光滑,边界清楚,活动度良好。乳头无凹陷,无溢液,肿瘤表面皮肤无橘皮样改变,与腺体无粘连,双侧腋窝未扪及明显肿大淋巴结。彩色超声:右乳腺 1 点方向,乳头旁腺体内探及范围约 22 mm×16 mm 低回声区,边界尚清,形态欠规则。彩色多普勒血流显像:其内可见点、线状血流信号;考虑为纤维腺瘤,BI-RADS 4A。双侧腋窝可见正常形态的淋巴结。

入院当日,患者即在局部麻醉下行右乳包块切除活组织检查术,手术取右侧乳晕内侧缘切口。活组织检查结果为黏液癌,患者需要再次手术。术前 MRI 检查未发现其他可疑癌灶。2017 年 8 月 29 日,患者在全身麻醉下行乳腺癌局部扩大切除术+腋窝前哨淋巴结活组织检查术+乳头成形术。二次手术切口如图 1 所示。完整切除原肿瘤周围腺体,切缘距离原术腔至少 20 mm,并将所保留的外侧乳晕下方腺体及脂肪切除,仅残留真皮层。将此处腺体与其他切缘送冰冻切片病理检查,结果均未见癌组织。将图 1 中 A 点以及 B 点处切缘残端行端端缝合,乳晕下方皮肤通过对角缝合(术中尝试荷包缝合,但是效果不佳),使乳晕皮肤上隆出现“人造乳头”的立体效果。另取腋窝切口行前哨淋巴结活组织检查,术后病理检查显示 2 枚前哨淋巴结均未见癌组织。

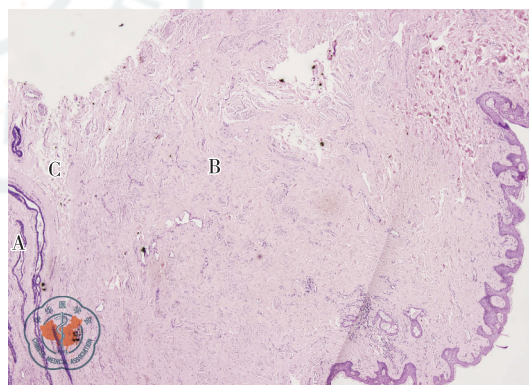
将该患者术中切除的乳头、部分乳晕以及其后下方的腺体送病理检查,HE 染色后在低倍镜(×40)及高倍镜(×100)下观察乳晕皮下组织与腺体之间的关系,结果发现乳头是下方腺体的直接延续,但是乳晕和下方腺体之间却存在间隙(图 2、3)。

术后 2 周,患者未出现再造乳头缺血坏死,双侧乳头对称,突度良好(图 4、5)。术后 3 个月随访仍未出现乳头缺血坏死,突度尚可,但较术后 2 周稍变小(图 6)。



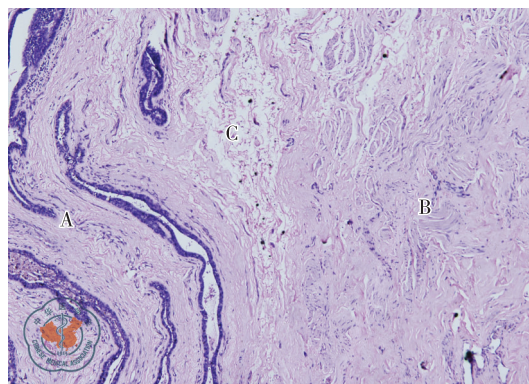
注:红色线条是术前设计的切口;A 点和 B 点为切除后端端缝合点

图 1 黏液癌患者行保留乳房手术切口的设计



注:A 为腺体层;B 为乳晕;C 为疏松结缔组织

图 2 黏液癌患者乳晕下方组织学图(HE ×40)



注:A 为腺体层;B 为乳晕;C 为疏松结缔组织

图 3 黏液癌患者乳晕下方组织学图(HE ×100)



注:双侧乳头对称度良好

图4 黏液癌患者行保留乳房手术后2周乳房外观



注:“人造”乳头突度良好

图5 黏液癌患者行保留乳房手术后2周乳房外观

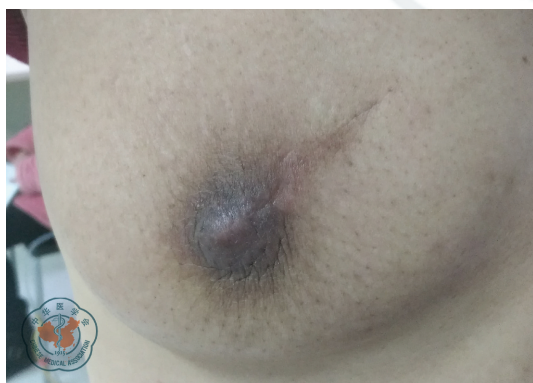


图6 黏液癌患者行保留乳房手术后3个月乳房外观

二、讨论

由于对乳腺癌认识的不断深入,以及辅助治疗的发展,乳腺癌手术范围有越来越小的趋势。术后乳房是否美观成为评价乳腺癌手术是否成功的一个标准,而乳头乳晕复合体的存在对术后美观有着极大的影响^[1]。保留皮肤的乳腺切除术+1期重建在1991年由Toth^[2]提出,其治疗效果同乳房全切除术一样,而美观效果优于乳房全切除术。保留乳房手术在乳房美观方面存在极大的优势,如果选择合适的患者,其全身以及局部复发率不劣于传统的乳房全切除术,已经成为乳腺外科治疗中的一种基本手术方式^[3-5]。肿瘤位于中央

区既往是保留乳房手术的禁忌证,原因在于为了保证足够的切缘,乳头乳晕复合体也会被一并切除,从而影响乳房的外形,丧失保留乳房手术的意义。

近年来,这种观点逐渐受到质疑,有部分专家认为,只要乳头后方切缘病理检查没有肿瘤浸润,也可以保留乳头乳晕复合体^[6]。整体上而言,对于中央区的肿瘤切除是否保留乳头乳晕复合体,还是存在很大争议。从解剖学方面而言,乳晕是有着色素沉着的皮肤,在乳晕下方,有一层疏松的结缔组织隔开腺体层以及乳腺导管,在近乳头处,这层结缔组织消失,腺体和皮下层紧密联系,乳晕移行于乳头,也就是说乳头是乳腺导管的直接延续,起源于乳腺导管内的肿瘤细胞可以顺着导管直接蔓延至乳头,而乳晕与腺体存在组织间隙,肿瘤侵犯腺体后才可能侵犯乳晕。虽然有学者认为乳腺癌是通过间质浸润侵犯乳头^[7],但是大部分学者认为导管癌是通过导管内进展的方式直接侵犯乳头^[8-9]。如果是通过导管内进展的方式侵犯乳头,那么保留乳晕理论上是安全的。笔者认为,乳腺癌进展后,癌细胞可以通过间质浸润侵犯周围组织,比如靠近肿瘤的肌肉、皮肤等,但是临床医师一般不会因为担心间质侵犯而在没有确实证据的情况下切除胸大肌,因此,手术边界本来就不存在绝对的安全。对于来源于腺体层恶性程度很低的乳腺癌,比如黏液癌、髓样癌、luminal A型乳腺癌等,采用一种对患者生活质量影响较小的手术方式是必要的。另外,乳晕和乳头在组织学上是相互延续的,在乳头周围的乳晕下方可能已存在腺体组织,术中要仔细辨别乳晕与皮下腺体之间的疏松结缔组织,一旦此层次消失,则不要保留上方的乳晕组织。

乳腺外科临床医师一直都在尝试保留乳晕的手术方式,有的仅保留了乳晕,没有重塑乳头,有的在保留乳晕的情况下,通过自体皮肤再造乳头,后期再通过文身的方式改变乳头颜色^[10-12]。但是,本例患者这种通过乳晕直接再造乳头的手术方式文献中少有报道。

该手术方法的安全性上文已经论述,笔者从美容效果出发进一步分析其优缺点:(1)由于该种手术方式并没有损伤乳晕周围皮肤的血供,故所保留的乳晕没有出现缺血坏死的情况;(2)由于新乳头是由自身的乳晕所造,其质地、色泽相似;(3)新乳头是在原位置上被造出,位于正常解剖位置,与对侧乳晕有着极佳的对称性;(4)乳头的突度较健侧偏小,术后3个月,乳头突度较术后2周稍有缩小,这种情况是否能通过改进手术方式得到一定程度的改善,还需进一步研究。

在整形手术中,乳头再造是一个难题,很难找到和乳头质地、颜色相似的组织代替乳头。乳晕与乳头有相似的外观和质地,与之前的乳头再造术比较,这种手术方式外形美观,再造乳头效果逼真,突度尚可,并且在手术操作上也是简单可行的。

【关键词】 乳腺肿瘤; 乳头; 乳房成形术

【中图法分类号】 R737.9 【文献标志码】 B

参考文献

[1] Metcalfe KA, Cil TD, Semple JL, et al. Long-term psychosocial

- functioning in women with bilateral prophylactic mastectomy: does preservation of the nipple-areolar complex make a difference? [J]. *Ann Surg Oncol*, 2015, 22 (10): 3324-3330.
- [2] Toth BA, Lappert P. Modified skin incision for mastectomy: the need for plastic surgical input in preoperative planning [J]. *Plast Reconstr Surg*, 1991, 87(6): 1048-1053.
- [3] Veronesi U, Cascinelli N, Nariani L, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer [J]. *N Engl J Med*, 2002, 347(16): 1227-1232.
- [4] Fisher B, Anderson S, Bryant J, et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer [J]. *N Engl J Med*, 2002, 347(16): 1233-1241.
- [5] Poggi MM, Danforth DN, Sciuto LC, et al. Eighteen-year results in the treatment of early breast carcinoma with mastectomy versus breast conservation therapy [J]. *Cancer*, 2003, 98(4): 697-702.
- [6] 共识专家讨论组. 保留乳头乳晕复合乳房切除术的专家共识与争议 (2015 年版) [J]. *中国癌症杂志*, 2016, 26(5): 476-479.
- [7] 刘鹏, 宁连胜, 张连郁. 女性原发乳腺癌乳头浸润的临床病理研究 [J]. *中国肿瘤临床*, 1994, 21(1): 1-3.
- [8] Suehiro S, Inai K, Tokuoka S, et al. Involvement of the nipple in early carcinoma of the breast [J]. *Surg Gynecol Obstet*, 1989, 168(3): 244-248.
- [9] Verma GR, Kumar A, Joshi K. Nipple involvement in peripheral breast carcinoma: a prospective study [J]. *Indian J Cancer*, 1997, 34(1): 1-5.
- [10] Kinoshita S, Kyoda S, Hirano A, et al. Clinical comparison of four types of skin incisions for skin-sparing mastectomy and immediate breast reconstruction [J]. *Surg Today*, 2014, 44(8): 1470-1475.
- [11] Kim HR, Lim JS, Kim SM et al. One-stage nipple and breast reconstruction following areola-sparing mastectomy [J]. *Arch Plast Surg*, 2013, 40(5): 553-558.
- [12] Ma G, Richardson H, Pacella SJ, et al. Single-stage breast reconstruction following areola-sparing mastectomy [J]. *Plast Reconstr Surg*, 2009, 123(5): 1414-1417.
- (收稿日期: 2017-10-12)
(本文编辑: 刘军兰)

刘皓希, 杜俊泽, 范林军. 应用切除乳头保留乳晕并用乳晕即时再造乳头的保留乳房手术治疗黏液癌一例 [J/CD]. *中华乳腺病杂志(电子版)*, 2018, 12(1): 126-128.