

· 临床研究 ·

56 例乳腺癌保乳手术临床分析

陈 刚

(重庆市合川区妇幼保健院外科 401520)

摘要:目的 总结保乳手术治疗早期乳腺癌临床经验及近期疗效。方法 2003 年 1 月至 2009 年 9 月采用肿块局部广泛切除加淋巴结清扫或象限切除加腋淋巴结清扫治疗单发、肿瘤直径小于 3.0cm 的女性乳腺癌患者 56 例,术后行辅助化、放疗及内分泌治疗。结果 全组随访 3~51 个月,局部无复发或远处转移。结论 早期乳腺癌患者接受保乳手术治疗可以取得满意的治疗和美容效果。

关键词:乳腺癌;保乳手术

中图分类号:R737.9;R730.56

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2010)04-0442-02

Analysis of 56 cases of breast conserving surgery

CHEN Gang

(Department of Surgery, District of Chongqing Hechuan Maternal and Child Health Hospital, Hechuan 401520, China)

Abstract: Objective To summarize the clinical experience and to evaluate the effect of breast-conserving surgery for early stage breast cancer. **Methods** From 2003 to 2009, 56 cases of early stage breast cancer with single small (<3cm) tumor were analyzed by breast-conserving surgery with margin and axillary lymphnodes resection. Adjuvant chemotherapy, radiotherapy and endocrinotherapy were performed postoperation. **Results** All the patients were followed up for 3-51 months without local recurrence or distant metastasis. **Conclusion** Breast-conserving surgery is effective in cure or comesis which is performed preferably for patients with early stage breast cancer.

Key words: breast neoplasm; breast-conserving surgery

随着对乳腺癌生物学特性研究的不断深入,以及越来越多早期乳腺癌病例的发现,我国开展乳腺癌的保乳手术逐渐增多^[1]。现将本院 2003 年 1 月至 2009 年 9 月共实施保乳手术 56 例分析总结如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 56 例均为女性,年龄 21.0~65.5 岁,平均 42.2 岁。绝经后患者 13 例,肿瘤直径 0.7~3.0mm,均为单发肿块。35 例经术前粗针穿刺获得组织学诊断,21 例经术中快速冷冻切片诊断,Ⅰ期 40 例,Ⅱ期 16 例。所有患者术前均行彩超和 X 线乳房钼靶摄片检查,雌激素受体(ER)阳性 36 例(64.3%),阴性 20 例(35.7%);孕激素受体(PR)阳性 41 例(73.1%)。

1.2 术后放、化疗 本组乳腺癌患者除局部治疗外均加行全身性的辅助治疗,也就是在手术后应用全身性的药物治疗,以杀灭局部区域淋巴结及远处脏器的亚临床微小转移灶,从而降低或推迟局部复发及减少远处转移,达到提高生存率、延长生存期的目的。其化疗方案为:(1)CAF 方案:主要用于低度和中度复发危险病例及老年患者。环磷酰胺(C) 500mg/m² 静脉注射, d1;多柔比星(A)50mg/m² 静脉注射, d1;氟尿嘧啶(F) 500mg/m² 静脉注射, d1、d8, 21d 为 1 个周期,共 6 个周期。(2)CMF 方案:C 500mg/m² 静脉注射, d1、d8;甲氨蝶呤(M) 50mg/m² 静脉注射, d1、d8;F 500mg/m² 静脉注射, d1、d8, 28d 为 1 个周期,共 6 个周期。保乳手术后乳房均必须作放疗,42 例患者于手术后 2~4 周行化疗加放疗,一般两侧切线野照射 5 000cGy,原手术部位再照射 1 000cGy,同时再照射锁骨上及内乳区淋巴结,以根治性放射代替手术切除范围。Fisher 等曾比较手术后不作放疗的局部复发率为 28.9%,而放疗者为

7.0%。

1.3 手术方法 肿瘤完整切除 7 例,局部切除 20 例。乳房象限切除 29 例。手术前经临床触诊、彩超及钼靶检查确定肿瘤为单发,并经组织学活检明确诊断;全部病例均有自愿保留乳房的要求,并且均适合保乳手术治疗要求,无保乳手术治疗的禁忌证,通过医患沟通愿意接受随访。手术方法:肿瘤Ⅰ期、乳房偏小者采用肿瘤局部切除术,即在肿瘤边缘做梭形切口或直接选择在肿块之上,不切除或少切除皮肤,完整切除肿瘤及部分肿瘤周围组织和腺体组织,标记切缘,切除组织经冷冻切片检查无肿瘤细胞;肿瘤Ⅰ期、肿瘤较小、乳房正常大小者采用肿瘤完整切除术,即以肿瘤为中心做放射状或弧形切口或梭形切口切除肿瘤表面皮肤,两侧距肿瘤 2cm 以上,切开皮肤、皮下组织后保留皮下脂肪厚约 0.3cm,向两侧游离,将肿块及周围 2cm 以上正常乳腺组织一并切除;肿瘤较大、肿瘤Ⅱ期、乳房较大者采用乳房象限切除术,即切除范围扩大,肿瘤表面皮肤、皮下组织、肿瘤及肿瘤周围 1~2cm 组织、象限乳腺腺叶组织、胸肌筋膜等,在胸大肌筋膜缝线标记切缘,送快速冷冻切片。手术必须确保切缘阴性,如切缘阳性则再次向该侧远方切除 1~2cm 乳腺组织,再送冷冻切片检查,若切缘仍为阳性,则改行乳腺癌改良根治术。另取腋窝处切口,游离皮瓣,胸大肌外延分离直至暴露出腋静脉,清扫淋巴结至Ⅱ水平,腋窝处放置引流管,缝合皮肤后加压包扎。术后所有患者均根据情况进行个体化放、化疗等综合治疗。

2 结 果

2.1 病理检查 56 例术后病理检查边缘组织均为阴性,均行保乳手术。淋巴结转移 7 例,转移数为 1~3 枚,转移率为 15.7%。病理类型:浸润性导管癌 23 例,小叶原位癌 7 例,黏

液癌 7 例,乳头状腺癌 3 例,导管内癌 16 例。

2.2 术后随访 随访时间:以手术当月为起始时间,术后第 1 年内每 2 个月随访 1 次,第 2 年和第 3 年内每半年随访 1 次,以后每年随访 1 次。随访内容包括:检查手术伤口愈合情况;监督术后化、放疗等辅助治疗的实施情况;检查有无复发或转移病灶,并及时治疗;检查对侧乳房,放、化疗方案的疗效评估等。本组 56 例行保乳术者,对所有 ER 和 PR 阳性的患者在放、化疗后即开始口服三苯氧胺 20mg,并坚持应用三苯氧胺内分泌治疗 3~5 年,术后随访 3~51 个月(中位 16.5 个月),无肿瘤复发和转移,按照 Rose 标准术后美容效果为优 36 例,良 13 例,尚可 7 例。以优、良和尚可作为接受的标准,可接受度为 100%。

3 讨论

近年来在我国乳腺癌治疗中,保乳手术取得了飞速的发展,随着乳腺疾病诊断技术不断进步及妇女自我保健意识的提高,及自我检查方法的普及,更多的小乳腺癌和微小乳腺癌将被发现,导致早期乳腺癌的发现病例增多。而接受保乳手术可以取得满意的治疗和美容效果,必将成为早期乳腺癌的首选治疗方法^[2]。一项多中心临床实验证实,保乳手术加放疗的疗效可与根治性手术相媲美^[9]。保乳手术加放疗后 6~20 年局部复发率为 3%~22%,行改良根治全乳切除术后 6~20 年局部复发率为 4%~14%^[4-5],而保乳手术在美容效果和患者自信心的恢复上独具优势。在已行根治性改良手术患者中有很大一部分适合行保乳手术。因此应当提高我国早期乳腺癌手术率,并使符合保乳条件的早期乳腺癌患者接受保乳手术。

保乳手术是 I、II 期乳腺癌的标准治疗方案,首先面临的是手术的规范化问题^[6]。本院对 56 例临床 I、II 期乳腺癌患者行保乳手术取得较好疗效。肿瘤大小不是手术的绝对禁忌证。但肿瘤过大使乳房组织切除过多,术后乳房明显变形,难以保持较好的乳房外形。国外对直径 4.0~5.0cm 乳腺癌也不乏行保乳术者。但我国妇女乳房多为中、小型,应注意肿瘤与乳房的比例。作者认为保乳手术适应证如下:(1)原发肿瘤直径小于或等于 3cm;(2)腋窝未触及肿大淋巴结;(3)肿瘤为单发,远离乳头及乳晕,距乳晕边缘大于或等于 3cm;(4)术前钼靶检查未见多灶性;(5)患者支持且强烈要求保留乳房。

应用保乳手术在乳腺癌的治疗中较难把握的问题是手术范围是否够大、是否增加局部复发和转移的可能,本组无 1 例局部复发。结合国内外资料未见增加转移可能。肿瘤切除后,切缘无肿瘤组织,术中常规多点、多处冷冻切片检查,而切缘距肿块 2cm 应该是安全界限。如果术前钼靶发现钙化广泛或明显的毛刺状乳腺应适当扩大切除范围。手术后放疗对降低术后复发率至关重要。

美国费城 Fox Chase 癌症治疗中心 2007 年提出在保证切缘阴性的情况下,术中多次肿瘤切缘送检并不影响保乳手术的局部复发率。

保乳手术为 I、II 期病例,直接侵犯皮肤的病例不包括在内。一般只需切除穿刺针道和活检瘢痕,不要求切除过多皮肤,是否缝合腺体,则以肿瘤位置和乳房美容效果决定。

腋窝淋巴结清扫(ALND)是保乳手术的必要组成步骤^[7]。可进行病理分期,指导治疗,判断预后。而前哨淋巴结活检(SLNB)越来越有望代替常规 ALND 成为早期乳腺癌的标准

外科治疗。腋淋巴结转移不是保乳手术的禁忌证,但为了减少复发,不降低生存率,保乳手术最好选择无明显淋巴结转移或仅有 1~2 个腋淋巴结转移者。在临床实践中临床医师常常更多关注乳房包块大小、位置作为选择保乳手术特征,易忽视腋淋巴结的状态。

SLNB 是近年乳腺癌手术的重要进展,临床研究发现,乳腺的淋巴引流具有一定规律性,某区域的淋巴液首先引流到一个或少数特定区域的淋巴结,即前哨淋巴结。理论上讲,前哨淋巴结是暂时阻止癌细胞经淋巴转移的第 1 道屏障,也是乳腺癌淋巴引流区域发生转移的第 1 站。在临床上对乳腺癌患者进行前哨淋巴结定位、活检,并根据前哨淋巴结有无转移来决定是否行腋窝淋巴结清扫术,从而安全地缩小手术范围,消除因淋巴结清扫带来的并发症。经前哨淋巴结活检阴性的患者,免除腋淋巴结清扫可起到更好的美容效果。

保乳手术后的监测是十分必要的,监测重点在切口附近。大量研究证明,44%~85%保乳手术后放疗的患者,局部复发在原肿瘤瘤床及其附近的部位,只有 0.6%~5.8%发生在乳腺内的其他部位^[8]。Neuschatz 等报道 498 例保乳手术,64%复发位于原切口附近。癌残留或切缘阳性是复发的首要因素,直接导致手术失败;其次是残留癌对放疗的敏感性欠佳,导致保乳手术失败。还有一种情况是残乳再发癌。所以应合理安排好监测时间周期,指导患者每月自己检查,若有异常随时复查。医疗监测包括病史、体检、X 线钼靶检查、超声检查等。监测中如发现可疑症状或体征,应根据情况选用胸片、ECT、MIR 或 CT 等影像学检查。对监测中发现的可疑病灶应尽可能进行活组织检查,并根据活检结果做出合理的治疗计划。

保乳手术势在必行,但须慎行,要严格掌握手术适应证,在保证疗效的同时,应减少并发症,提高患者生存质量。

参考文献:

- [1] 桑晓旻,王春英. 乳腺癌保乳治疗现状及进展[J]. 海南医学,2009,20(6):135.
- [2] 李进展,吴俊伟,方喜,等. 早期乳腺癌以保乳手术为主综合治疗的疗效[J]. 广东医学,2008,29(7):1197.
- [3] 狄根红,元发莹,吴昊,等. 乳腺癌改良根治术后一期乳房再造[J]. 复旦学报(医学版),2004,31(4):434.
- [4] 付丽. 从病理角度探讨乳腺癌的保乳疗法[J]. 中华肿瘤杂志,2005,27(6):383.
- [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: the National Cancer Institute Randomized Trial [J]. Cancer, 2003,98(4):697.
- [6] 张桂英,麦沛成,周冬仙. 乳腺癌保乳手术治疗的临床研究[J]. 现代肿瘤杂志,2008,16(1):52.
- [7] 邵志敏,余科达. 乳腺外科的发展趋势[J]. 中国普外基础与临床杂志,2007,14(3):252.
- [8] 郑敏,林海舵,蒋正财,等. 43 例乳腺癌保乳手术探讨[J]. 中华乳腺病杂志,2008,2(2):214.