

· 临床研究 ·

早期乳腺癌保留乳房治疗 18 年疗效观察

朱宁生, 吕 钢, 江歌丽, 刘晓渝

(重庆市肿瘤研究所乳腺中心 400030)

摘要:目的 评价早期乳腺癌患者行保留乳房治疗的疗效。方法 选择 1990 年 3 月至 1993 年 5 月本院乳腺癌患者 35 例, 乳腺癌 TNM 为 I 期、II a 期行保留乳房手术(BCS)患者, 术后行放疗、化疗, 受体阳性患者口服三苯氧胺。结果 BCS 治疗后优良率为 88.6%(31/35)。经 18 年随访, 局部复发 4 例(11.4%), 死亡 6 例(其中 4 例死于远处转移, 2 例死于心血管疾病), 总生存率为 82.9%(29/35)。结论 早期乳腺癌行保留乳房治疗的疗效肯定, 不仅生存率等同于同期的改良根治术, 而且生活质量明显提高。

关键词: 乳腺肿瘤; 保留乳房手术; 放射治疗

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.26.013

文献标识码: A

文章编号: 1671-8348(2011)26-2631-02

A 18-year Follow Up Study on Patients with Early Stage Breast Cancer after Breast Conservation Surgery

Zhu Ningsheng, Lv Gang, Jiang Geli, Liu Xiaoyu

(Breast Cancer Department, Chongqing Cancer Institute, Chongqing 400030, China)

Abstract: Objective To evaluate the long-term effect of breast conservation surgery in early stage patients. **Methods** 35 patients from March 1990 to May 1993 in our hospital with stage I, II a breast cancer received conservation surgery combined with post-surgery radiation therapy, routine chemical therapy, and hormone therapy. **Results** In 18 years follow-up, local recurrence rate was 11.4%(4/35), overall survival rate was 82.9%(29/35), cosmetic satisfaction rate was 88.6%(31/35). **Conclusion** The patients with early breast cancer benefit from conservation surgery for high survival rate and improved life quality.

Key words: stage breast neoplasms; breast conservation surgery; chemotherapy

随着乳腺癌早期诊断技术的发展以及患者对术后生活质量的要求提高, 乳腺癌的治疗观念和方法发生了巨大的变化, 采用保留乳房手术(breast-conserving surgery, BCS)治疗乳腺癌的患者越来越多。美国、日本和香港地区乳腺癌的 BCS 已分别达到 70%、40% 和 30%^[1]。中国大陆地区的 BCS 占同期可手术乳腺癌的 9%^[2], 占早期乳腺癌的 10.5%^[3], 与国外资料相比, 国内 BCS 的比例仍很低。研究表明, 早期乳腺癌保留乳房性综合治疗效果等同于乳房切除术的综合治疗^[4-5], BCS 已经成为早期乳腺癌的首选治疗方法。现将本院 35 例早期乳腺癌行保留乳房治疗疗效报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 1990 年 3 月至 1993 年 5 月本院乳腺癌患者 35 例, 均为女性, 年龄 26~76 岁, 中位 43.8 岁。组织学类型: 浸润性导管癌 13 例, 单纯癌 3 例, 腺癌 6 例, 髓样癌 4 例, 其他类型共 9 例。按美国癌症联合委员会(American joint committee on cancer, AJCC)乳腺癌 TNM 分期: I 期 20 例、II a 期 15 例; 入选标准: (1) 单发肿瘤, 肿瘤直径小于或等于 3 cm, 肿瘤距乳头距离大于或等于 3 cm。(2) 查体腋下未扪及明显淋巴结或仅有单个活动淋巴结。(3) 患者自愿接受 BCS, 有条件完成术后的后续治疗。

1.2 手术方法 肿瘤扩大切除, 即切除肿瘤及周围 2 cm 正常组织, 切除的标本(一般作 5 个切缘)做术中病理检查, 根据病理结果决定是否再扩大切除(保证切缘阴性以降低局部复发率^[6-9]), 术中若切缘阳性需再次扩大切除, 若切缘再次阳性, 应放弃保留乳房改行改良根治术避免局部复发, 同时清扫腋窝淋巴结组织。

1.3 治疗方法 采用高剂量率铱 192 插植放疗, 补加剂量 12~15 Gy, 术后 2 周伤口愈合后行乳腺切线放疗, 总量 46~50 Gy; 另外 15 例仅行单纯外照射, 照射总量 50 Gy。术后常

规行 CMF(环磷酰胺、甲氨喋呤和氟尿嘧啶)、CAF(环磷酰胺、多柔比星和氟尿嘧啶)或 CEF(环磷酰胺、表柔比星和氟尿嘧啶)方案化疗 6 疗程, 受体阳性患者口服三苯氧胺 10 mg, 每日 2 次, 疗程 3~5 年。

2 结果

BCS 治疗后优良率为 88.6%(31/35)。经 18 年随访, 局部复发 4 例(11.4%)死亡 6 例(其中 4 例死于远处转移, 2 例死于心血管疾病), 总生存率为 82.9%(29/35)。

3 讨论

保留乳房治疗的目的在于获得与乳腺癌改良根治术相同的生存率; 同时保留乳房具有良好的美容效果及功能, 提高患者的生活质量。

美国国立卫生研究院提出, 大多数 I、II 期乳腺癌适宜行 BCS 治疗, 这一共识的基础是 6 项大宗的 BCS 与全乳腺切除术(mastectomy therapy, MT)的前瞻性随机对照临床研究。随着随访时间的延长, 上述 6 项临床研究已有新的随访结果^[10-15]。其中, 2002 年 NSABP-06 和 Milan-I 以及 2008 年 DBCG-82TM 的中位随访时间均达到或接近 20 年, 结果显示, BCS 和 MT 两种治疗方式在总生存率无显著差异, 但其中有 3 项研究显示, BCS 组的局部复发率明显高于 MT 组。本研究的 35 例经 18 年随访, 局部复发率[11.4%(4/35)]、生存率[82.9%(29/35)]均高于 Milan-I 试验报道的 18 年局部复发率(7.0%)与总生存率(65.0%)。由于本研究病例少, 有待于病例的进一步积累及研究总结, 长期生存患者有待于继续随访。

BCS 的适应证目前仍存在一定分歧, 但其禁忌证已基本达成共识, BCS 的绝对禁忌证: 既往做过乳腺或胸壁放疗以及妊娠期间的放疗; 钼靶检查显示弥漫性可疑或癌性微钙化灶; 病变广泛, 不可能通过单一切口的局部切除即可获得切缘阴性且

不致影响美观;阳性病理切缘。BCS 的相对禁忌证:累及皮肤的活动性结缔组织病(尤其是硬皮病和狼疮);肿瘤直径大于 5 cm;灶性阳性切缘;已知存在 BRCA 1/2 突变的绝经前妇女;≤35 岁的妇女。对于归入 BCS 相对禁忌证的患者术前应实事求是地将 BCS 和根治术的优、缺点,尤其是 BCS 的复发率较高和根治术创伤性较大、术后并发症较多及美观等问题向患者说明,让患者谨慎选择手术方式,而不应该诱导患者接受某种手术方式。对于局部复发风险高的患者,乳房切除加重重建或许是一种不错的选择。

随着前哨淋巴结活检术(sentinel lymph node biopsy, SLNB)的临床开展,大量临床试验(ALMANAC 试验、意大利米兰 SNB185 试验 和美国 NSABPB-32 试验)已证实,SLNB 的结果可安全地指导是否需行腋窝淋巴结清扫,SLNB 阴性的患者,不需要行腋窝淋巴结清扫,BCS 可较好地保持乳腺癌患者的乳房外形,与 SLNB 结合,可进一步缩小乳腺癌手术的范围,减少术后并发症的发生,提高患者的生活质量。

综上所述,本研究认为,在严格掌握 BCS 指征的基础上,结合系统、全面的后续治疗,在早期乳腺癌患者中获得很好的局部控制效果及较长的生存率,同时保留良好的乳房外形,可提高患者的生活质量和社会交往信心,值得推广。

参考文献:

- [1] 林本耀. 乳腺癌保留乳房治疗学[M]. 北京:清华大学出版社,2004:9-10.
- [2] 张保宁. 乳腺癌 BCS 的研究进展[J]. 中国普外基础与临床杂志,2005,12(12):204-206.
- [3] 狄根红,吴旻,余科达,等. 早期乳腺癌的外科治疗策略[J]. 中华肿瘤杂志,2007,29(1):62-65.
- [4] Fung MC, Sctschulz DJ, Solin LJ. Early-stage bilateral breast cancer treated with breast conserving surgery and definitive irradiation: the University of Pennsylvania experience[J]. Radiat Oncol Biol Phys,1997,38(5):959.
- [5] Van Tienhoven G, Voogd AC, Peterse JL, et al. Prognosis after treatment for loco-regional after mastectomy or breast conserving therapy in two randomized trials (EORTC 10801 and DBCG-82TM). EORTC Breast Cancer Cooperative Group and Daimistl Breast Cancer Cooperative Group[J]. Eur Jcancer,1995,35(1):32-38.
- [6] Anscher M, Jones P, Prosnitz L, et al. Local failure and marfinstatus in early-stage breast carcinoma treated with conservation surferly and radiation therapy[J]. Ann Surg, 1993,218(1):22-28.
- [7] Spivak B, Khanna M M, Tafra L, et al. Margin status and

local recurrence after breast-conserving surgery[J]. Arch Surg,1994,129(9):952-957.

- [8] Smitt MC, Nowels KW, Zdeblick MJ, et al. The importance of the lumpectomy surgical margin status in long term results of breast conservation[J]. Cancer,1995,76(2):259-267.
- [9] Olson TP, Harter J, Munoz A, et al. Frozen section analysis for intraoperative margin assessment during breast-conserving surgery results in low rates of re-excision and local recurrence[J]. Ann Surg Oncol,2007,14(10):2953-2960.
- [10] Veronesi U, Cascineli N, Mariani L, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery withradical mastectomy for early breast cancer[J]. N Engl J Med,2002,347(16):1227-1232.
- [11] Fisher B, Anderson S, Bryant J, et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial compadng total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasiveive breast cancer[J]. N Engl J Med, 2002,347(16):1233-1241.
- [12] van DongenJA, Voogd AC, Fentiman IS, et al. Long-term results of a randomized trial comparing breast-conserving thempy with mastectomy:European Organization for Research and Treatment of Cancer 10801 trial[J]. J Natl Cancer Inst. 2000,92(14):1143-1150.
- [13] Arriagada R, Le MG, Rochard F, et al. Conservative treatment vesus mastectomv in early breast cancer: pattems of failure with 15 years of followup data. Instjtut Gustave-Roussy Breast Cancer Gmup[J]. J Clin Oncol,1996,14(5):1558-1564.
- [14] Poggi MM, Danfbnll DN, sciuto Lc, et al. Eighteen-year result in the treatmem of early breast carcinoma with mastectomy vesus breast conservation therapy: the National Cancer InstituteRandomized Trial [J]. Cancer, 2003,98(4):697-702.
- [15] Blichert-Toft M, Nieken M, Dnring M, et al. Long-term results of breast conserving surgery vs. mastectomy for eady stage invasive breast cancer: 20-year follow-up of the Danish randomized DBCG-82TM protocol[J]. Acta Oncol,2008,47(4):672-681.

(收稿日期:2011-05-27 修回日期:2011-06-25)

(上接第 2630 页)

- 达及与淋巴管生成和淋巴转移的关系[J]. 包头医学, 2008,32(1):3-4.
- [12] 吴生华,俞继卫,郑林海,等. 胃癌 VEGF-C、VEGFR-3 及 CNTN-1 的表达及其与淋巴转移的关系[J]. 中国普通外科杂志,2010,19(10):1065-1070.
- [13] 张安华,孙华文,苏锦松,等. Notch1/DLL4 信号通路及 VEGF 在胃癌浸润和转移中的作用及其相关性[J]. 中国普通外科杂志,2010,19(4):374-378.

- [14] 顾显,周海波,尹宜发,等. 类肝素酶在肿瘤血管发生及转移中的调节功能和临床意义[J]. 肿瘤防治研究,2007,34(7):540-543.
- [15] 陈晓军,郑志超,廖芝伟,等. 乙酰肝素酶及 E-钙黏蛋白对胃癌侵袭转移的影响[J]. 中华消化外科杂志,2009,8(5):344-346.

(收稿日期:2011-01-09 修回日期:2011-04-25)