

[文章编号] 1006-2440(2012)02-0182-03

浸润性乳腺癌保乳治疗 24 例临床分析

邓玉江, 纪 福, 石国建, 顾 蓓

(昆山市第二人民医院外一科, 江苏 215300)

[摘 要] 目的: 探讨浸润性乳腺癌保乳治疗的临床疗效。方法: 浸润性乳腺癌患者 24 例给予保留乳房的乳腺癌切除术, 术后给予辅助化疗、放疗。激素受体阳性患者给予内分泌治疗; Her-2 过度表达和扩增患者给予赫赛汀分子靶向治疗。结果: 24 例患者均手术成功, 随访 1~52 个月, 除 1 例术后 46 月发生局部复发外, 其余患者均未出现局部和远处转移。双侧乳房外形基本对称。结论: 浸润性乳腺癌患者接受保乳手术治疗, 术后给予综合治疗, 疗效和改良根治术相当。

[关键词] 浸润性乳腺癌; 保留乳房的乳腺癌切除术; 化疗; 放疗

[中图分类号] R737.9

[文献标志码] B

乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤之一, 我国乳腺癌发病率占全身各种恶性肿瘤的 7%~10%, 仅次于宫颈癌, 但近年来有超过宫颈癌的倾向, 并呈逐年上升趋势, 部分大中城市报道乳腺癌占女性恶性肿瘤之首^[1]。随着社会对妇女健康的重视, 人们对乳腺癌知识的增强, 检查手段的增多, 早期乳腺癌越来越多被发现。同时对乳腺癌生物学特性的认识 and 人们对美容及术后生活质量的高要求, 在诸多手术治疗方法中, 保乳治疗是一个最佳选择。欧美等国家已经普及保乳手术, 有研究表明, 我国保乳手术仅占同期手术治疗乳腺癌的 9%^[2], 保乳率仍然较低。我科于 2007 年 10 月—2012 年 1 月对 24 例浸润性乳腺癌患者给予保留乳房的乳腺癌切除术, 取得较好的疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 24 例患者, 年龄 34~82 岁, 平均 44.6 岁。肿瘤位于右乳 15 例, 左乳 9 例; 位于外上象限 14 例, 外下象限 4 例, 内上象限 6 例。术前均给予乳房彩超、钼靶及相关检查, 临床未发现患侧腋窝淋巴结肿大, 无远处转移。24 例患者有强烈的保乳要求, 均行保留乳房的乳腺癌切除术。同期我院开展乳腺癌改良根治术 258 例, 保乳手术占 8.51%。

1.2 术前准备 (1) 乳房的影像学评估: 乳房彩超和双侧乳腺钼靶检查。(2) 术前尽量给予穿刺活检, 明确诊断。(3) 触诊不明显的病灶在手术前给予 B 超或钼靶下定位。(4) 签署知情同意书。(5) 其余术前准备同乳腺肿瘤常规准备。

1.3 手术方法 所有患者均采用气管插管全身麻

醉。取仰卧位, 患侧上肢外展 90 度, 用记号笔标记肿瘤及需要切除的范围。取肿瘤表面弧形切口, 切开皮肤、皮下组织, 保留脂肪厚度约 0.3cm, 先将肿块给予切除, 术中快速冰冻切片, 证实为乳腺癌, 再按划线标记范围作肿瘤局部扩大切除, 一般切除肿瘤周围 2cm 左右乳腺组织, 包括穿刺针道和肿瘤底部的胸大肌筋膜, 对标本的六个切缘(内、外、上、下、表面及基底)给予标记。钙化灶术前给予钼靶下体表标记定位, 术中再次给予钼靶检查, 确保钙化灶完整切除。对标本切缘进行术中快速冰冻切片检查, 若切缘阳性, 再次切除该方向 1~2cm 的乳腺组织, 再次送快速病理检查, 确保切缘阴性。缝合切口, 较大的残腔给予游离邻近腺体缩小残腔, 达到美容效果, 皮肤给予 5-0 可吸收线作皮内缝合。若 2 次切缘均为阳性, 或者达不到美容效果的要求则改行全乳切除。另取沿腋窝皮纹切口, 暴露腋静脉, 清扫至第 II 水平腋窝淋巴结, 保留胸背、胸长、肋间臂神经和血管, 尽量保留胸前外侧神经。腋窝处放置引流管一根接负压瓶, 4-0 可吸收线皮内缝合皮肤。如肿瘤位于乳腺尾部, 则取腋窝处一切口。

1.4 术后病理检查 24 例术后病理病灶切缘均为阴性。石蜡病理均为浸润性乳腺癌, 其中浸润性导管癌 22 例, 浸润性腺癌 2 例。所有原发灶均给予免疫组织化学检测, 包括激素受体检测和 Her-2 检测。雌激素受体(ER)和(或)孕激素受体(PR)阳性者 11 例。1 例 Her-2(+++), 2 例 Her-2(++), 给予 FISH 检测阳性, 5 例 Her-2(++), 给予 FISH 检测阴性。

1.5 术后治疗 术后给予化疗、放疗、内分泌治疗和分子靶向治疗。除 1 例 82 岁患者外, 其余患者均

给予化疗和放疗。首次化疗在术后 7~10 天进行。化疗方案:19 例给予 FEC 方案(氟尿嘧啶 500mg/m²、表柔比星 100mg/m²、环磷酰胺 500mg/m²)第 1 天,3 周为 1 个周期,共 6 个周期。3 例给予 TC 方案(多西他赛 75mg/m²、环磷酰胺 600mg/m²)第 1 天,3 周为 1 个周期,共 4 个周期。1 例给予 CMF 方案(环磷酰胺 600mg/m²、甲氨蝶呤 40mg/m²、氟尿嘧啶 600mg/m²)第 1、8 天,4 周为 1 个周期,共 6 个周期。化疗结束后给予辅助放疗,所有放疗均由上海肿瘤医院放疗科执行。对激素受体阳性患者,同时接受内分泌治疗,绝经前给予三苯氧胺口服 5 年(10mg,每日 2 次),绝经后给予芳香化酶抑制剂(瑞宁得 1mg 或来曲唑 2.5mg,每日 1 次)。3 例 Her-2 过度表达和扩增患者给予赫赛汀分子靶向治疗。

2 结 果

24 例患者均顺利完成手术,术后无并发症发生。腋窝淋巴结转移 6 例,其中 1 例淋巴结转移为 11/14,余转移淋巴结个数均≤3 个。临床按照国际抗癌协会 TNM 分期法分期:T1N0M0 14 例,T1N1M0 3 例,T2N0M0 4 例,T2N1M0 3 例。I 期 14 例,II 期 10 例。按照沈镇宙介绍的方法^[4]进行术后乳房外形评价。本组优 14 例(58.3%),良 9 例(37.5%),差 1 例(4.2%)。术后随访 1~52 个月,平均随访 31.1 月。随访时间间隔:开始 3 年每 3 个月复查 1 次,3 年以上每半年复查 1 次。每次均给予视诊、扪诊、B 超、胸部 X 线、肿瘤标记物等检查,每年给予双侧乳房钼靶摄片检查。除 1 例术后 46 月发生局部复发外,其余患者均未出现局部和远处转移。

3 讨 论

乳腺癌是一种全身性综合疾病,治疗效果主要取决于确诊时有无远处的转移灶,而与局部的切除范围的大小无关^[4-5]。保乳手术即在完整切除肿瘤、清扫腋窝淋巴结前提下,保留了大部分乳房,基本保持乳房的外形,并配合予以术后放疗等综合治疗。不管是乳腺癌根治性术,还是改良根治术,都使患者身体上和心理上产生不平衡。而保乳手术可削减患者的自卑感,提高患者术后的生活质量。国内外许多临床资料显示,保乳手术与标准根治术或改良根治术相比,其术后近期和远期的远处转移率、局部复发率、

生存率等数据均相近^[6]。但保乳手术具有痛苦小、整形效果好、术后功能完整等优点^[7]。本组除 1 例术后 46 月发生局部复发外,其余患者均未出现局部和远处转移。

但并非所有浸润性乳腺癌患者都适合做保乳治疗,浸润性乳腺癌行保乳手术治疗有其局限性。适合人群:(1)患者有强烈的保乳意愿;(2)早期乳腺癌患者(I、II 期),最好肿瘤直径小于 3cm;(3)III 期患者,经术前新辅助化疗降期后也可以慎重考虑;(4)患者有条件接受术后的辅助治疗(化疗、放疗、内分泌治疗等)。绝对禁忌证:(1)患者拒绝行保乳手术;(2)患者同侧乳房既往接受过胸壁或乳腺放疗;(3)肿瘤扩大切除 2 次后,切缘术中快速石蜡病理切片均为阳性;(4)炎性乳腺癌;(5)病变比较广泛,局部切除难以彻底清除病灶,或切除后虽然切缘阴性但乳房外形不理想。相对禁忌证:(1)肿瘤直径大于 5cm;(2)患者有活动性结缔组织病,尤其是患有胶原疾病者,对放疗耐受性差;(3)乳头 Paget's 病;(4)肿瘤位于乳房 A 区(距离乳头或乳晕 2cm 之内)。我科在严格掌握好保乳手术的适应证和禁忌证的同时,尽量选择 I、II 期的早期乳腺癌患者,对 III 期乳腺癌患者除非患者强烈要求保乳,即使术前新辅助化疗降期后也尽量不做保乳治疗。

我国保乳率低,其原因可能为:(1)医患双方对乳腺癌行保乳术的可靠性缺乏足够的认识。(2)担心保乳后乳房局部切除范围和腋窝淋巴结清扫范围不够。(3)担心保乳后美容效果差。(4)术后必须放疗,增加了经济负担。目前我国乳腺癌的治疗仍以改良根治术为主,但随着我国经济的发展、早期诊断技术的提高和科普知识的宣传,保乳手术将逐步取代改良根治术成为主要术式。

总之,早期浸润性乳腺癌保乳手术后加放、化疗,无论在局部和区域控制率方面,还是在长期生存率方面均与根治术和改良根治术相同^[8-9]。保乳手术是一种安全可行的方法,能达到与改良根治术相同或相近的治疗效果。且具有创伤小、并发症少、安全可靠、生活质量高的特点,值得广大的乳腺外科医生推广。

[参考文献]

- [1] 吴在德,吴肇汉.外科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2005:327. (下转第 185 页)

多年龄大、体质差的患者不能耐受手术^[5]。

随着激光技术在眼科临床应用中不断地完善,逐渐显示其诊治泪道阻塞的独特作用,使过去无法治疗和常规治疗难以治愈的患者取得满意效果^[6]。采用泪道激光探通治疗泪道阻塞,在明确阻塞部位的前提下采用导光纤发射激光治疗泪道阻塞。导光纤发射激光具有良好的方向性和强有力的穿透性,直接作用于阻塞部位,产生热效应,产生凝固、切割和汽化作用,从而有效探通阻塞^[7]。YAG 激光具有焦点直径小,能量适当,汽化率高,穿透力强,利于打通阻塞的部位。但是激光过程中易造成局部周围组织的热损伤,以及由此导致的组织水肿、疼痛等反应,极易使泪道管腔闭合,腔壁粘连,继而组织修复创面粘连愈合,引起术后泪道再次阻塞^[8]。因此,激光术后如何防止创面粘连、保持泪道通畅是手术成功的关键。采用激光探通后植入硅胶管方法,可以消除激光治疗带来的不良反应,也有效避免了激光探通的不足之处,充分利用了激光治疗及硅胶管植入的各自优势,降低疾病复发的可能性,达到了双重的功效^[9]。本文结果显示所有患者手术完成顺利,手术时间平均 (28.23 ± 4.32) min;无感染;随访 (8.04 ± 3.29) 月,总有效率 98.57%。泪道激光联合植入硅胶管治疗泪道阻塞还有以下优点:操作简便,不破坏泪道生理结构,不影响术后排泪功能,极少出现并发症,且疗效肯定;术后泪道组织创面修复快;术中痛苦小、术后颜面部不留瘢痕,患者易于接受;植入的硅胶管,长期存留于泪道无任何刺激和不良反应;硅胶管有较好的弹性和可塑性,对管腔有一定的扩张作用,长期留置,患者无生活不便。

总之,激光泪道成形插管治疗泪道阻塞,不需对皮肤进行切口,因此不留疤痕,手术的安全性好,所

用时间短、术中出血少,给患者带来的痛苦小,患者不需住院,费用低,简单易行,适于炎症引起的泪道各段阻塞或狭窄,尤其适用于泪道多处阻塞患者的治疗。即使术后不通畅,仍能进行 2 次、3 次激光泪道手术,即使治疗失败,也不影响常规手术治疗^[10-11]。

[参考文献]

- [1] 刘桂华,刘荣华,刘华荣.改良后的硬膜外导管在治疗泪道阻塞中的应用[J].眼外伤职业眼病杂志,2005,27(1):68-69.
- [2] 廖琼,刘兰,刘翔,等.单纯激光与激光后留置导管泪道成形术[J].激光杂志,2004,25(1):90-91.
- [3] 杨辉,胡守志,史桂华,等.泪道激光成形术的治疗及临床疗效观察[J].眼外伤职业眼病杂志,2005,27(9):713-714.
- [4] 干雪梅,邓雪莲.泪道激光成形术后联合植入泪道引流管治疗泪道阻塞疗效的临床观察[J].重庆医学,2009,38(10):2502-2503.
- [5] 王运,李昂.泪道激光探通联合泪道植管术治疗泪道阻塞[J].中国当代医药,2011,18(21):224-225.
- [6] 龙启豹,蒋辉,童毅刚.泪道激光成型联合泪道硅胶管留置治疗泪道阻塞[J].实用全科医学,2007,5(6):499-500.
- [7] 杨国栋,谢道胜,艾宏媛.泪道激光成形术联合环形硅胶管植入治疗泪道阻塞疗效观察[J].临床眼科杂志,2008,16(2):171-172.
- [8] 李志安,王玺婷.脉冲 YAG 激光泪道成形术后导管植入治疗泪道阻塞疗效观察[J].国际眼科杂志,2010,10(5):1023-1024.
- [9] 高亚林,陈凤月,沈萍,等.Nd:YAG 激光治疗泪道阻塞的疗效观察[J].眼外伤职业眼病杂志,2008,30(8):655-657.
- [10] 董武剑.激光透通联合泪道置管术治疗泪道阻塞的临床观察[J].浙江创伤外科,2010,15(4):467-468.
- [11] 林沛文.内高频电灼联合植管术治疗复发性泪道阻塞 48 眼[J].交通医学,2008,22(1):89,91.

[收稿日期] 2012-03-06

(上接第 183 页)

- [2] 张保宁,邵志敏,乔新民,等.中国乳腺癌保乳治疗的前瞻性多中心研究[J].中华肿瘤杂志,2005,27(11):680.
- [3] 沈镇宙,邵志敏.现代乳腺肿瘤学进展[M].上海:上海科学技术文献出版社,2004:138-139.
- [4] Fisifer B, Anderson S, Bryant J, et al. Twenty-year-follow up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer[J]. N Engl J Med, 2002, 347(16):1233-1241.
- [5] Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, et al. Twenty-years-follow up of a randomized study comparing breast-conserv-

ing surgery with radical mastectomy for early breastcancer[J]. N Engl J Med, 2002, 347(16):1227-1232.

- [6] 吴昊,范江,陆劲松,等.234 例早期乳腺癌保乳治疗疗效的临床分析[J].中国癌症杂志,2006,16(9):697-700.
- [7] 裴炜,张海增,石素胜,等.乳腺恶性腺肌上皮瘤 5 例临床病例分析并文献复习[J].中国肿瘤临床,2008,35(19):1097.
- [8] 张保宁.乳腺癌外科 100 年[J].中华肿瘤杂志,2003,25(6):618-621.
- [9] 王庆庆,徐青,王华,等.早期保乳手术的初步观察[J].交通医学,2006,20(5):543-544.

[收稿日期] 2012-03-09