

文章编号:1005-6947(2005)09-0708-03

· 简要论著 ·

乳腺癌前哨淋巴结检出率的影响因素

申郑堂, 欧慧英, 鄢玉辉, 海健, 王守满

(中南大学湘雅医院 乳腺外科, 湖南 长沙 410008)

摘要:为探讨乳腺癌前哨淋巴结活检(SLNB)的应用价值,分析影响检出率的相关临床因素。笔者采用在乳腺肿瘤所在象限的乳晕皮下组织注射亚甲蓝,先行SLNB,随后行乳腺癌改良根治术或保乳手术。结果显示50例乳腺癌患者中SLN检出率为94.0%,假阴性率19.0%,准确性91.5%,敏感度80.9%;原发肿瘤位于乳腺外上象限者,术前或术中切片确诊与SLN检出有关($P < 0.05$);患者年龄、术前是否化疗、肿块大小与SLN检出率无关($P > 0.05$)。提示SLN可以准确预测原发乳腺癌患者腋窝淋巴结转移状态。

关键词:乳腺肿瘤/病理学;淋巴结/病理学;活组织检查

中图分类号:R737.9;R446.8

文献标识码:B

前哨淋巴结活检(sentinel lymph node biopsy, SLNB)是近年来乳腺癌外科领域开展的一项新技术。随着此项技术的日趋成熟,早期乳腺癌外科术式逐渐缩小并向微创发展,已逐步取代传统的腋窝淋巴结清除术(axillary lymph node dissection, ALND)。我科自2004年7月~2005年5月对50例乳腺癌患者进行SLNB,笔者将其临床资料进行分析,以探讨影响其检出率的相关临床因素。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组均为我院乳腺外科住院乳腺癌女性患者,年龄32~66(平均47.15)岁。入组条件:(1)临床未触及肿瘤同侧腋窝明显肿大之淋巴结;(2)既往患侧腋窝无手术史;(3)病理类型为非特殊性乳腺癌。SLNB后行改良根治术46例,保乳手术4例。

1.2 SLNB方法

全麻后,使用单一染料示踪剂1%亚甲蓝(江苏济川制药厂生产规格为2mL含20mg)2mL,注射于原发肿瘤所在象限乳晕边缘的皮下。8~10min后,

常规按根治术游离两侧皮瓣;在腋毛分布线尖端即相当于乳腺外侧缘处,用电刀分离进入胸锁筋膜下;在胸大肌外侧缘附近寻找蓝染淋巴管,循此淋巴管解剖至蓝染淋巴结,将其切除并标记送病理检查;然后常规行ALND。行保乳手术者,若选用同一切口可向腋窝延长手术切口,若需行第二切口则在腋窝皮肤皱褶处沿皮纹另行手术切口,SLN定位及获得过程同根治术。

1.3 病理检查

乳腺组织和包括SLN在内的ALN清扫淋巴结标本,分别行病理切片检查。

1.4 统计学处理

应用SPSS10.0版软件进行统计学处理,率的差异显著性采用 t 检验。

2 结果

2.1 SLN检出情况

本组50例患者中有47例检出SLN,检出率为94.0%。共获取SLN93枚,平均每例1.97枚。其中1枚者16例(34.0%),2枚者21例(44.8%),3枚者6例(12.7%),4枚者3例(6.4%),5枚者1例(2.1%)。

2.2 影响SLNB检出率的临床因素

SLN检出率与原发肿瘤部位,确诊方式有关($P < 0.05$),与患者年龄、肿瘤大小、术前是否化疗无明显关系($P > 0.05$)(附表)。

收稿日期:2005-06-06; 修订日期:2005-07-12。

作者简介:申郑堂(1954-),男,山东日照人,中南大学湘雅医院副主任医师,主要从事乳腺肿瘤的诊断治疗方面的研究。

通讯作者:申郑堂 电话:0731-4327035。

附表 影响乳腺癌 SLNB 检出率及准确性的有关临床因素

临床因素		<i>n</i>	检出率 ¹⁾ (%)	<i>P</i> 值	假阴性 ²⁾ (%)	准确率 ³⁾ (%)
年龄(岁)	<50	32	29/32(93.7)	>0.05	2/11(18.1)	27/29(93.1)
	≥50	18	18/18(100.0)		2/10(20.0)	16/18(88.8)
肿瘤部位	外上象限	10	7/10(70.0)	<0.05	1/4(25.0)	10/11(90.9)
	其他象限	40	40/40(100.0)		3/17(17.6)	33/36(91.6)
肿瘤大小	≤2cm	13	12/13(92.3)	>0.05	2/6(33.3)	10/12(83.3)
	>2cm≤5cm	37	35/37(94.5)		2/15(13.3)	33/35(94.2)
术前化疗	未化疗	30	28/30(93.3)	>0.05	2/13(15.3)	25/28(89.2)
	化疗	20	19/20(95.0)		2/8(25.0)	18/19(94.7)
确诊方式	术前穿刺	15	15/15(100.0)	<0.05	2/7(28.5)	13/15(86.6)
	术前或术中切检	35	32/35(85.7)		2/14(14.2)	30/32(93.1)

注:1)检出率=SLN 检出例数/实施 SLN 检测所有例数×100%;2)假阴性率=SLN 假阴性例数/腋窝淋巴结转移阳性例数×100%;3)准确率=(SLN 转移真阳性+真阴性例数)/SLN 活检总例数×100%

2.3 SLNB 技术评价

本组 50 例患者行 SLNB 后行 ALND,共切除 ALN 861 枚,平均每例 17.22 枚,常规 HE 染色检查,发现 21 例 ALN 转移、29 例无转移,SLN 与 ALN 病理检查完全符合者 43 例(86.0%);另有 4 例(8.0%)SLN 未发现转移而 ALN 有转移。采用美国 Louisville 大学对 SLNB 技术评价标准,计算 SLN 对 ALN 反映状况,SLNB 预测的准确率为 91.5%(43/47),假阴性率 19.0%(4/21)敏感度为 80.9%(17/21),假阳性率 0(0/21)。

3 讨 论

目前乳腺癌治疗仍然以手术治疗为主,常用的手术方式如改良根治术和保乳手术均要进行 ALND。但腋窝清除术后往往会带来某些并发症,诸如上肢水肿、麻木、肩关节活动障碍等,严重影响患者的生活质量,特别是对于那些腋窝淋巴结无转移的患者。对于早期并无 ALN 转移的乳腺癌患者,SLNB 较圆满地解决了上述困扰临床的难题。许多大型前瞻性临床研究显示上世纪 90 年代开始的微创手术 SLNB 可用于代替 ALND,能准确预测腋窝淋巴结状态^[1]。

本研究使用单一染料亚甲蓝作为示踪剂,SLNB 成功率 94.0%,准确性 91.5%,假阴性率 19.0%,与 Blessing 等^[2]使用单一相同染料的 SLNB 检出率 99%,准确性 92%,假阴性率 14%,以及中山大学附二医院肿瘤中心使用同样方法检出 SLNB 成功率 94%,准确性 97%,假阴性率 6.7% 等数据相近。

国内外的前期实验及本组结果均显示亚甲蓝是一种很好的淋巴示踪剂,尤其适用于没有核素设备的医院,对于有经验熟练的外科医生,它同样是非常准确的。

影响 SLN 检出率和准确性的相关因素,主要包括年龄、原发肿瘤大小、部位、确诊方式和术前化疗。本研究结果显示,仅原发肿瘤部位和确诊方式对 SLN 检出率有影响并有统计学意义,与假阴性率和准确性关系不明显。外上象限肿瘤检出率明显低于其他象限($P < 0.05$)可能与靠近腋窝处肿瘤生长阻断了正常淋巴管道,改变了淋巴回流途径,示踪剂容易扩散到局部多个淋巴结,造成检出率降低有关,此结果支持 Ahrendt 等^[3]的临床试验结论。术中或术前门诊切检确诊者检出率较术前穿刺确诊者为低($P < 0.05$),这与 Noguchi 等^[4]报道的结果相一致。可能是术中切除活检本身对原发肿瘤周围的淋巴管形态的完整性造成直接破坏,使吸收、转运转染料的能力降低或消失,导致 SLNB 检出率低。但也有报道认为检出率与肿瘤部位、确诊方式无关^[5,6],这有待进一步证实。

本观察显示,患者年龄、原发肿瘤大小,术前化疗诸临床因素与检出率无关,也不影响假阴性率和准确性。这与国外某些报道相符^[7~9]。

本研究表明,亚甲蓝作为单一示踪剂在 SLNB 中具有安全可靠,组织创伤小,能较准确地反映 ALN 状况,达到预测 ALN 有无转移的目的,因无需特殊设备,费用低,且易被外科医生掌握,建议在临床推广应用。

参考文献:

- [1] Sandral L, Wong MD, Micheal J, *et al.* Predicting the status of the nonsentinel axillary node. A multicenter Study [J]. Arch Surg, 2001, 136(5): 563-568.
- [2] Blessing WD, Stoller AJ, Teng SC, *et al.* A comparison of methylene blue and lymphazurin in breast cancer sentinel node mapping [J]. Am J Surg, 2002, 184(4): 341-345.
- [3] Ahrendt GM, Laud P, Tjoe J, *et al.* Does breast tumor location influence success of sentinel lymph node biopsy? [J]. J Am Coll Surg, 2002, 194(3): 278-284.
- [4] Noguchi M, Motomura K, Iomoto S, *et al.* A multicentric validation study of sentinel lymph node biopsy by the Japanese Breast Cancer Society [J]. Breast Cancer Res Treat, 2000, 63(1): 31-40.
- [5] Chao C, Wang SL, Woo C, *et al.* Reliable lymphatic drainage to axillary sentinel lymph nodes regardless of tumor location within the breast [J]. Am J Surg 2001, 182(4): 307-311.
- [6] Wong SL, Edwards MJ, Chao C, *et al.* The effect of prior breast biopsy method and concurrent definitive breast procedure on success and accuracy of sentinel lymph node biopsy [J]. Ann Surg Oncol, 2002, 9(2): 272-277.
- [7] Cox CE, Dupont E, Whitehead GF, *et al.* Age and body mass index may increase the chance of failure in sentinel lymph node biopsy for women with breast cancer [J]. Breast J, 2002, 8(1): 88-91.
- [8] Wong SL, Chao C, Edwards MJ, *et al.* Accuracy of sentinel lymph node biopsy for patients with T2 and T3 breast cancers [J]. Am Surg, 2001, 67(6): 522-528.
- [9] Stearns V, Ewing CA, Slack R, *et al.* Sentinel lymphadenectomy after neoadjuvant chemotherapy for breast cancer may reliably represent the axilla except for inflammatory breast cancer [J]. Ann Surg Oncol, 2002, 9(2): 235-242.

文章编号:1005-6947(2005)09-0710-01

· 病例报告 ·

阑尾切除术后大出血 4 例

凌斌

(重庆市第二卫生学校附属医院, 重庆 402260)

关键词: 阑尾切除术/副作用; 出血/病理学; 病例报告

中图分类号: R656.8; R442.7

文献标识码: D

1 临床资料

本组男 3 例, 女 1 例, 年龄 18~54 岁, 均有阑尾切除手术史。例 1 在术后 20h 出现腹腔内出血表现, 立即二次手术探查, 清除腹腔积血 1 500mL, 见阑尾动脉结扎线脱落, 断端尚有活动性出血, 8 字缝合结扎止血。例 2 术后 15h 出现急性失血表现, 诊断性腹腔穿刺抽

出不凝固血液。立即二次手术探查, 见腹腔有积血 800mL, 清除后发现是原包裹阑尾的大网膜有活动性出血, 缝扎止血。例 3 术后 24h 查房见切开渗血, 下方有约 8cm×8cm×6cm 的包块, 折出缝线, 清除积血, 见腹横肌与腹膜之间的腹壁下动脉有活动性出血, 缝扎止血。例 4 于外院阑尾切除术后烟卷引流持续血液 30h, 探查发现细烟卷引流处腹壁戳孔肌肉出血。

2 讨论

术中阑尾动脉结扎不牢或结扎线

处水肿消退而线结脱落, 是常见的阑尾切除术后腹腔内大出血的原因。例 2 在分离包裹阑尾的大网膜时, 损伤大网膜血管而引起腹腔大出血。例 3 由于肥胖, 腹壁脂肪厚, 向下延长切口, 分离腹横肌时损伤腹壁下动脉所致。例 4 损伤腹壁肌肉后反复出血, 实属罕见。阑尾切除术后出血重在预防, 关腹前养成严密的止血习惯, 仔细检查阑尾系膜及游离面有无出血, 结扎线是否牢靠。对一些不常发生出血的部位, 如大网膜, 腹壁肌肉, 引流管戳孔处, 亦应检查。

收稿日期: 2005-07-13。

作者简介: 凌斌(1966-), 男, 重庆璧山人, 重庆市第二卫生学校附属医院主治医师, 主要从事普通外科方面的研究。

通讯作者: 凌斌 电话: 13996089968(手机); E-mail: lingbinfu@163.com。