

文章编号:1005-6947(2008)11-1153-02

· 临床报道 ·

I, II期乳癌行改良根治术及保乳术近期疗效对比分析

吴云阳, 陈佑江, 丁祥飞, 周魁平, 周辉生, 陈伟

(解放军第一八一中心医院 普通外科乳腺中心, 广西 桂林, 541002)

摘要:目的 探讨 I, II 期乳癌行保乳术的可行性。方法 分析 5 年间分别采用改良根治术及保乳术治疗的 396 例 I, II 期乳癌患者的临床资料, 并对两组的生存率、局部复发率、生活满意度进行随访调查和比较。结果 改良组和保乳组生存率(94.28% vs. 96.30%)和局部复发率(5.71% vs. 6.17%)差异无统计学意义;生活满意度保乳组明显优于改良组(87.65% vs. 73.65%)($P < 0.05$)。结论 乳腺癌保乳手术可以获得与改良根治术同样的疗效。同时乳房外形良好,符合美学要求,并有利于提高乳腺癌患者的生活质量。 [中国普通外科杂志, 2008, 17(11):1153-1154]

关键词: 乳腺肿瘤/外科学; 保乳术; 改良根治术; 对比研究

中图分类号: R 737.9

文献标识码: B

近年来随着诊断技术的进步,早期乳腺癌的诊断率明显提高;随着综合治疗的快速发展,保乳手术显示出了良好的前景,将成为早期乳腺癌的首选治疗手段。本文对我院 2003 年 1 月—2007 年 12 月 I, II 期乳癌手术患者的临床资料进行回顾性分析,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

5 年间共收治乳腺癌(乳癌)793 例,其中 I, II 期乳癌 453 例,排除其他疾病死亡及失访者并进行遴选后,共 396 例符合条件。均为女性。396 例中分改良组和保乳组。改良根治组:315 例,其中 I 期 103 例,II 期 212 例;中位年龄 45.3 岁。保乳组:81 例;其中 I 期 53 例,II 期 28 例;中位年龄 36.7 岁。两组临床资料具有可比性。

1.2 观察指标

对两组患者的生存率、局部复发率、生活满意度随访调查,并进行对比分析。

2 结果

两组随访时间为 6 ~ 66 个月,平均 29.3 个月,两组无明显差异;无失访者。改良组存活率为

94.28% (297/315), 保乳组为 96.30% (78/81), 两组差异无统计学意义($P > 0.05$);局部复发率改良组为 5.71% (18/315), 保乳组 6.17% (5/81), 两组差异无统计学意义($P > 0.05$);术后生活满意度改良组为 73.65% (232/315), 保乳组 87.65% (71/81), 两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。

3 讨论

乳腺癌保乳手术系近年来乳腺外科的一项重要进展,在欧美发达国家已成为早期乳腺癌的首选治疗手段;欧美多个权威机构进行的不同方向的研究均表明,在早期乳腺癌,保乳手术在远期生存率及局部复发率方面均与传统的改良根治术无明显差异^[1-3]。国内亦得出类似结果^[4-5]。目前保乳术在美国占全部乳腺癌手术的 50%,新加坡 70% ~ 80%,日本超过 40%,中国香港 30%^[6]。我国开展乳腺癌保乳手术起步较晚,近年来虽普及迅速,但总的比例并不高,文献报道仅为乳腺癌手术的 9.7% ~ 27.0%^[7]。我院保乳手术比例仅占同期所有乳癌的 10.21% (81/793),占 I, II 期乳癌 17.88% (81/453),考虑这与我院位于中国西部经济落后地区有关。

3.1 保乳手术的指征

严格掌握保乳手术的适应证是降低术后复发、转移以及保证手术疗效的关键,我院主要参照国家“十五”课题组所提标准:(1)一侧乳房内单个病灶;(2)肿瘤最大径 ≤ 3 cm;(3)肿瘤边缘与

收稿日期:2008-07-30; 修订日期:2008-10-20。

作者简介:吴云阳,男,解放军第一八一中心医院主治医师,主要从事甲状腺、乳腺、胃肠外科方面的研究。

通讯作者:陈佑江 E-mail:181pwk@sina.com

乳头的距离 ≥ 3 cm; (4)腋窝无明显肿大淋巴结或淋巴结转移可能性较小者; (5)乳房中等大小或以上且估计术后能保持较好外形者; (6)患者自愿接受保乳手术; (7)患者无乳腺癌家族史; (8)有条件接受术后综合治疗及长期随访者。

保乳手术的绝对禁忌证: (1)多发病灶位于乳房不同象限; 或钼靶片提示乳房内弥漫性微小钙化, 伴有恶性特征; (2)患侧乳腺曾接受放疗; (3)妊娠早期妇女; (4)手术标本切缘阳性。相对禁忌证: (1)胶原血管病患者不能耐受放疗者; (2)同一象限的多原发肿瘤及原发肿瘤周围存在性质不明的钙化灶; (3)小乳房中相对大的肿瘤患者^[8]。保乳组病例均无上述禁忌证。

3.2 保乳手术的注意点

3.2.1 切除范围 因保乳术后复发危险因素绝大多数在瘤缘外 2 cm 以内存在, 故推荐以瘤旁 2 cm 作为保乳手术的安全切除范围, 远离乳头端可缩小切除范围至瘤旁 1 cm 处。本组病例均采用弧形切口切除病灶, 局部扩大切除范围包括肿瘤表面皮肤、肿瘤周围 2 ~ 3 cm 的正常组织及胸肌筋膜, 切缘组织标明方向行快速病检, 如有阳性则扩大切除范围, 以确保切缘无癌残留。

3.2.2 腋窝淋巴结清扫 目前国内外多数学者及专业组织推荐清扫 level I, II 的所有淋巴结作为浸润性乳腺癌的腋窝淋巴结清扫范围。本组对前哨淋巴结活检阴性且钼靶摄片未发现明确腋窝淋巴结肿大者 (本组共 11 例), 未行腋窝淋巴结清扫, 结果局部复发率无明显升高 (1/11)。

3.2.3 术后放疗 保乳手术后放疗作为一种常规治疗手段已成为多数学者的共识。文献报道术后放疗者 10 年复发率低于 10%, 不行放疗者 10 年局部复发率为 23.5% ~ 36.6%, 并有 15 年高达 53% 的报道^[9]。本组患者均于手术后进行放疗; 若腋窝淋巴结转移 < 3 个, 只照射乳腺和胸壁, 采用内切和外切野, 全乳剂量为 4 500 ~ 5 000 cGy/4.5 ~ 5.5 周, 后缩野对病灶区补量 1 000 ~ 1 500 cGy/1.0 ~ 1.5 周; 若腋窝淋巴结转移 ≥ 3 个, 则加照患侧锁骨上区和腋顶淋巴结。病灶位于内乳区需补加内乳区淋巴结放疗。

3.3 保乳手术的优越性

(1)痛苦小, 相对于改良根治术, 保乳手术切除范围小, 术后恢复快, 并发症少; (2)保存功能, 由于保留了患侧乳房的大部分, 使患者乳房功能得到保存, 对于术后生活质量要求高及预期有生育要求者尤为重要; (3)保乳手术患者乳房外形良好, 患者的身心健康及生活质量有明显提高; 保乳术后接近于正常的体形和功能是改良根治术后一期重建及假体植入患者所无法比拟的, 使得患者有明显的心理优势。

总之, 保乳手术的适应证和禁忌证已广为接受。乳腺癌保乳手术可以获得和改良根治术同样的疗效, 而且符合美学要求, 手术创伤小, 术后恢复快, 有利于提高乳腺癌患者的生活质量。

参考文献:

- [1] Fisher B, Anderson S, Redmond CK, *et al.* Reanalysis and results after 12 year of following-up in a randomized clinical trial comparing total mastectomy with lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer [J]. *N Engl J Med*, 2002, 347 (16): 1233 - 1241.
- [2] Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L. 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.
- [3] Joop AD, Adri CV, Lan SF, *et al.* Loog 2 term result to farandomize dtrial comparing breast 2 conserving therapy with mastectomy; European organization for research treatment of cancer 10801 trial [J]. *Amsurg Oncol*, 2000, 7 (9): 656 - 664.
- [4] 邓素勤, 周钧. 早期乳腺癌保乳手术与改良根治术远期疗效的比较 [J]. *中国普能外科杂志*, 2006, 15 (4): 306 - 307.
- [5] 黄海林, 王为民, 蔡清萍, 等. 早期乳腺癌保乳手术探讨 [J]. *中国普能外科杂志*, 2006, 15 (4): 241 - 243.
- [6] 张保宁. 乳腺癌外科 100 年 [J]. *中华肿瘤杂志*, 2003, 25 (6): 618 - 621.
- [7] 张保宁. 早期乳腺癌保乳治疗现状 [J]. *中国临床医生杂志*, 2008, 36 (3): 4 - 6.
- [8] 沈镇宙, 邵志敏. 乳腺肿瘤学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2005. 14.
- [9] 林本耀. 乳腺癌. 保乳治疗学 [M]. 北京: 清华大学出版社, 2004. 224 - 297.