

文章编号:1005-6947(2008)05-0511-03

· 临床报道 ·

超声引导下确定肿瘤切除边界在保乳术中的临床意义

冯丹¹, 杨林军¹, 蔡清萍²

(1. 第二军医大学附属长海医院 肿瘤科, 上海 200433; 2. 第二军医大学附属长征医院 普通外科, 上海 200003)

摘要:目的 探讨在乳腺癌保乳术采用体内标记方法确定的切缘与残癌的关系。方法 采用高频彩色超声引导下癌周精确注入亚甲蓝染料后行手术切除, 与传统手术方法进行比较, 探讨其与切缘残癌阳性有关的其他因素。结果 该方法能精确地实施癌块扩大切除, 但其切缘阳性率与传统手术无明显差异, 切缘残癌阳性仅与 HER-2 有关。结论 超声引导下标记癌块的方法能精确、有效地实施肿块扩大切除术。但切缘与肿块的距离可能与切缘残癌阳性无关。

[中国普通外科杂志, 2008, 17(5): 511-513]

关键词: 乳腺肿瘤/外科学; 保乳术; B超; 体内标记; 切缘残癌

中图分类号: R 737.9

文献标识码: B

随着早期乳腺癌检出率的增加以及化疗、放疗及内分泌治疗等综合治疗效果的不断提高, 保乳术已逐步成为乳腺癌的主流外科术式^[1]。保乳术中最突出的问题之一是如何既能安全保证癌块完整切除——切缘阴性, 以保证有效的局控率, 又不至于因为切除乳腺组织过多而影响理想的乳房外形。但对癌块切除边界的准确定位的研究尚欠深入。本院 2003 年 4 月—2006 年 11 月收治乳腺癌保乳手术女性患者 48 例。笔者分别对 34 例经外科体格检查判断肿块直径约为 1.5 cm 的患者(A组)及 14 例经 B 超定位肿块直径为 1.5 cm 的乳腺癌保乳术患者(B组)的临床病理资料进行了分析, 以探讨癌块切除边界的准确定位。

1 临床资料

1.1 一般资料

所有患者术前经临床结合 X 线钼靶或 B 超诊断为乳腺癌, 且术后经病理证实。患者均为女性, 年龄 26 ~ 62 岁, 中位年龄 39 岁。TNM 分期(2003): I 期 23 例, IIa 期 16 例, IIb 期 9 例。癌块位于外上象限 28 例, 外下象限 13 例, 内上象限 4 例, 内下象限 3 例。患者均知情同意, 并符合以下保乳手术治疗条件: (1) 临床分期为 I ~ II 期,

肿块近缘位于距乳晕 > 2 cm, 且肿块大小长径 ≤ 3 cm。(2) 临床检查及 X 线钼靶或 B 超检查排除多中心病变。(3) 临床检查(体检与 B 超)淋巴结阴性。(4) 患者坚决要求, 且具备放疗化疗等综合治疗条件者。

1.2 手术方法

1.2.1 传统手术(A组) 34 例。肿块位于乳头上方者, 采用平行乳晕的横弧形切口。位于乳头下方者采用放射状切口。切开后按外科医师手感判定, 行肿块扩大切除术, 即保证切缘与肿块距离 1.5 cm。完整切除肿块后, 进行前、后、上、下、左、右标记后送病理学检查。如发现切缘阳性, 行二次切除; 再次送病理检查, 若仍为阳性者行改良根治术。

1.2.2 超声定位组(B组) 14 例。患者先在高频率彩色超声引导下, 在肿块边缘 1.5 cm 外注入亚甲蓝, 即在体内标记好肿块预切边界, 然后沿亚甲蓝染色线完整切除肿块。同样进行前后上下左右 6 面标记后送病理检查。

病理诊断明确后, 所有患者行同侧腋窝淋巴结清扫: 取低于腋折线 2 cm 的平行切口, 清扫背阔肌前缘至胸小肌内侧缘淋巴结。淋巴结数目均在 10 个以上。手术前、中、后, 与病理科医师密切联系, 以提高切缘检查的可靠性。

1.3 病理资料

浸润性导管癌 34 例, 浸润性小叶癌 13 例, 黏液癌 1 例。雌激素受体(ER)阳性 28 例, 阴性 20 例。HER-2 ≥ (+ + +) 者 12 例。

收稿日期: 2008-02-28; 修订日期: 2008-05-12。

作者简介: 冯丹, 女, 第二军医大学附属长海医院住院医师, 主要从事乳腺癌综合治疗方面的研究。

通讯作者: 蔡清萍 E-mail: qingping_cai@yahoo.com.cn

1.4 术后治疗

所有患者术后给予约为6个周期的辅助化疗。根据各个患者不同的预后因素综合考虑全身状况,分别予FAC(氟脲密啶、阿霉素、环磷酰胺),CMF(环磷酰胺、丝裂霉素、氟脲密啶),TE(泰素帝、表阿霉素),AC(阿霉素、环磷酰胺)等方案。术后6个月内所有患者适时安排放射治疗。对于激素受体阳性者,行后续内分泌治疗。部分HER-2 \geq (+++)患者行赫赛汀生物治疗。

1.5 统计学处理

计量资料和计数资料分别用 t 检验及 χ^2 检验。采用SPSS10.0软件包进行数据处理。

2 结果

A组与B组,切缘癌残留的阳性差异无显著性($P>0.05$)(表1)。但A组的肿块与切缘距离为(9.39 ± 5.12)mm;而B组为(16.43 ± 3.05)mm,差异显著($P<0.05$),B组的切缘距离较预期的1.5cm更为接近(表2)。切缘阳性与组织学类型、淋巴结状况以及ER受体状态无明显关系($P>0.05$),但与HER-2的强阳性(\geq +++)表达有关;该指标的分组间差异有显著性($P<0.05$)(表3)。

表1 传统手术(A)组与超声导航(B)组切缘阳性比较

分组	总例数	阳性切缘例数	P 值
A	34	10	>0.05
B	14	3	

表2 与肿块切缘距离(冷冻病理检查)

分组	总例数	肿瘤大小(长径)(mm)	P 值	与肿块切缘距离(mm)	P 值
A	34	18.34 ± 7.51	>0.05	9.39 ± 5.12	<0.05
B	14	17.46 ± 9.37		16.43 ± 3.05	

表3 肿块切缘阳性与病理因素的关系

病理因素	例数	阳性残癌切缘		P 值
		例数(%)		
组织学类型				
浸润性导管癌	34	10	(29.41%)	>0.05
浸润性小叶癌	14	3	(21.43%)	
淋巴结状况				
阳性	18	5	(27.78%)	>0.05
阴性	30	8	(26.67%)	
ER				
阳性	28	7	(25.00%)	>0.05
阴性	20	6	(30.00%)	
HER-2				
\geq +++	12	6	(50.00%)	<0.05
\leq ++	36	5	(13.89%)	

3 讨论

Fisher认为乳腺癌一开始便是全身性疾病,早期即已有全身转移。Veronesi米兰I试验及NSABP-06试验结果为乳腺癌保乳术的应用提供了可靠的基础理论和循证医学依据^[2]。在欧美,保乳术占乳腺癌手术的50%左右。我国随着妇女社会地位的提高、美学观念的冲击,众多女性已不再单纯满足于传统乳房疾病的医治,更要求在形体、功能及心理上得到全面康复^[3]。

乳腺癌保乳术目前主要有:区段切除、肿块扩大切除及肿块切除。东方女性乳房偏小、质地较致密,采用区段或象限切除时会明显影响乳腺的外形与美观,患者难以接受。而单纯行肿块切除术者切缘阳性率高。Freedman G等^[4]认为切缘阴性5年复发率为3%~4%,切缘阳性者复发率则高达12%~20%。为了兼顾乳房外形及局控率,大多数学者主张采用肿块扩大切除术,切缘距肿块1~3cm不等^[5]。

1991年美国国家卫生研究讨论会推荐,早期乳腺癌保乳术的标准是切除肿瘤周围1cm的正常组织,理想的切除范围应为2.0~2.5cm^[6]。但对于如何保证对肿块实施有效距离的完整切除仍缺乏具体方法^[7]。本研究以变体表标记肿块为体内标记肿块的思路,采用高频彩色超声作为导航,先在肿块预切边缘用亚甲蓝进行了标记。B组14例患者,切除标本经病理学检查发现切缘距肿块为(16.43 ± 3.05)mm。而传A组依赖体表标记(龙胆紫)及术中外科医师手感辅助(容易挤压或直接触摸肿块而违背无瘤原则),切除的肿块标本经病理检查为(9.39 ± 5.12)mm。两组差异显著,与预期切缘距肿块1.5cm的愿望相比较,B组具有明显的准确性,克服了传统手术受外科医师经验、局麻药物等因素的干扰,更符合无瘤原则。B组切缘阳性率(3/14)与A组阳性率(10/34)相比较,差异不显著。可能与以下因素有关:(1)样本量较少。(2)切缘距肿块1.5cm可能不是理想的局控率切除范围。(3)切缘阳性率与切缘至肿块的距离无明显关系。这些问题需要大样本多中心的临床试验以及基础医学的深入研究。另外,本研究还发现切缘阳性率与肿块的组织学类型、淋巴结状况及ER受体状况均无明显关系,但与HER-2有明显关系:当HER-2 \geq +++时,50%病例切缘阳性,而HER-2 \leq ++时切缘阳性仅为13.89%。因此如果一定要保证切缘

文章编号:1005-6947(2008)05-0513-02

· 临床报道 ·

手法张力美容切口治疗乳腺纤维瘤的体会

张英豪¹, 林黎春², 蒋宗刚¹, 王梅丽¹, 任仪³

(浙江省杭州市余杭妇幼保健医院 1. 乳腺外科 2. B超室, 浙江 杭州 311100; 2. 山西中西医结合医院 普通外科, 山西 太原 030013)

摘要:目的 探索一种治疗彻底、创伤少、瘢痕小、费用低的乳腺纤维瘤治疗方法。方法 回顾近3年来465例采用手法张力美容切口治疗乳腺纤维瘤患者的临床资料。结果 465例手术均最大限度争取行乳晕或腋窝皱褶或乳腺下方皱褶切口。切口均甲级愈合, 无明显瘢痕, 双乳对称, 外形功能无影响, 站立时切口不明显。结论 手法张力美容切口治疗乳腺纤维瘤是一种适合大部分乳腺纤维瘤患者的手术方法, 具有治疗彻底、创伤少、瘢痕小、费用低。

[中国普通外科杂志, 2008, 17(5): 513-514]

关键词: 乳腺肿瘤/外科学; 纤维瘤, 乳腺; 美容切口

中图分类号: R 737.9

文献标识码: B

2005年1月—2007年12月笔者应用手法张力美容切口治疗乳腺纤维瘤465例, 取得了良好的效果, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组皆为女性, 年龄17~58(平均39.7)岁, 触诊均可及肿块, 病程2d至11年不等, 术前经手法触诊、红外线检查, B超检查, 乳腺钼靶检查及乳腺肿物穿刺活组织检查, 均诊断为乳腺纤维瘤。术后皆经病理检查, 乳腺纤维瘤465例, 单侧395例, 双侧70例, 其中单侧多发89例, 肿块直径0.6~4.0cm不等。

收稿日期: 2008-02-20; **修订日期:** 2008-05-10。

作者简介: 张英豪, 男, 杭州市余杭妇幼保健医院副主任医师, 主要从事乳腺疾病方面的研究。

通讯作者: 张英豪 E-mail: 565067083@qq.com。

阴性, 病理学检查不能仅满足于快速冷冻的组织学检查, 并应将免疫组织化学或其他快速分子生物学测定方法尽快用于临床。总之, 外科与病理科、肿瘤内科、放疗科等多科室间的合作在保乳术中显得尤为与迫切^[8]。

孟洁等^[9]发现手术切缘癌残留阳性与标本残留癌范围和标本体积相关, 在切缘癌残留阳性组和阴性组中肿瘤大小存在差异。本研究建立了彩色超声导航下的乳腺癌体内标记, 为准确的癌块边缘切除提供了有效的实施方法。该技术准确性高, 误差小, 丰富了乳腺癌保乳术中肿块扩大切除术的内容, 为今后乳腺癌保乳术的循证医学研究提供了资料。

参考文献:

- [1] Staradub VL, Hsieh, Clanson, *et al.* Factors that influence surgical choices in women with breast carcinoma [J]. *Cancer*, 2002, 95 (6): 1185-1190.
- [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*

- Med*, 2002, 347 (16): 1227-1232.
- [3] 李华斌, 李晓娟, 朱晓谦, 等. 乳腺癌诊治发展的趋势 [J]. *中国普通外科杂志*, 2007, 16 (11): 1099-1101.
- [4] Freedman G, Fowble B, Hanlon A, *et al.* Patient with early stage invasive cancer with close or positive margins treated with conservation surgery and radiation have an increased risk of breast recurrence that is delayed by adjuvant systemic therapy [J]. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 1999, 44 (5): 1005.
- [5] Guameri V, Conte PR. The curability of breast cancer and treatment of advanced disease [J]. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*, 2004, 31 (1): 149-161.
- [6] 黄海林, 王为民, 蔡清萍, 等. 早期乳腺癌保乳手术探讨 [J]. *中国普通外科杂志*, 2006, 15 (4): 241-243.
- [7] 洪坚善, 杨建荣, 张传琨, 等. 乳腺癌保乳术的治疗及预后 [J]. *中国普通外科杂志*, 2005, 14 (9): 664-666.
- [8] 刘红光, 齐海智, 康颖. 乳腺导管原位癌的保乳手术疗效分析 [J]. *中国普通外科杂志*, 2007, 16 (11): 1085-1087.
- [9] 孟洁, 宁连胜. 乳腺癌保乳手术切缘癌残留阳性的相关因素探讨 [J]. *实用癌症杂志*, 2004, 19 (5): 504-506.