

文章编号:1005-6947(2008)05-0517-02

· 临床报道 ·

# 乳管镜直视定位下乳管内乳头状瘤切除术

刘慧民<sup>1</sup>, 葛斌<sup>2</sup>

(1. 甘肃省妇幼保健院 乳腺科, 甘肃 兰州 730050; 2. 黑龙江省齐齐哈尔市第一医院 肿瘤外科, 黑龙江 齐齐哈尔 161005)

**摘要:**目的 探讨乳管镜直视定位下小切口准确切除乳管内乳头状瘤的手术疗效。方法 对30例乳管内单发乳头状瘤行乳管镜直视定位下小切口乳管内乳头状瘤切除术。将乳管镜插入病变乳管,以乳管镜光斑确定体表小切口位置(约1~2 cm),以镜鞘作为支撑引导,在乳管镜直视定位光斑引导下经切口解剖病变乳管并切除病变乳管及管壁周围少许乳腺组织,剖开病变乳管确认肿瘤,送病理检查。结果 30例均顺利找到病变乳管及乳管内肿瘤(100%)。术后病理:导管内乳头状瘤28例(93.3%);导管内乳头状瘤伴局灶上皮增生1例(3.3%);导管内乳头状瘤伴局灶上皮重度非典型增生1例(3.3%),再次行乳腺组织切除,I期乳房假体植入。随访3~12个月,无乳头溢液及肿瘤复发。术后乳头乳房形态良好,美容效果好。结论 乳管镜直视定位下小切口切除乳管内病变定位准确,切除范围小,疗效满意,术后美容效果好。 [中国普通外科杂志,2008,17(5):517-518]

**关键词:** 乳腺肿瘤/治疗; 乳头状瘤,管内/诊断; 纤维乳管镜/利用

**中图分类号:** R 737.9

**文献标识码:** B

乳腺导管内病变,因病变微小,术中准确定位切除较困难,传统的方法,切除范围大,给病理医生确定病灶部位,准确诊断带来困难。笔者对30例乳管内单发乳头状瘤患者行乳管镜直视定位下经小切口行导管内乳头状瘤切除术,取得了满意的疗效,报告如下。

## 1 临床资料与方法

### 1.1 一般资料

本组30例均为女性,年龄26~53(平均39.5)岁。病史3 d至13个月。表现为无痛性血性棕色溢液21例,淡黄色溢液7例,无色溢液2例。左乳12例,右乳18例。术前体查均未发现肿瘤。

### 1.2 乳管镜检查

患者取仰卧位,常规消毒铺巾。溢液孔内缓慢注入1%利多卡因少许,局麻后,用0-6号探针扩张溢液导管,扩张满意后,采用德国雪力公司乳管镜检查,明确肿瘤的位置。进镜1.5~2.0 cm发现病

变11例;进镜2~3.5 cm发现病变16例,进镜3.5~4.5 cm发现病变3例。全部病例均标出进镜方向,导管方向及深度,光斑的最亮点作体表投影标记,此为肿瘤所在处的体表投影位置。

### 1.3 病例选择及手术方法

病例选择标准:乳头溢液,乳管镜检查发现乳管单发乳头状肿瘤,身体状况良好,可耐受局部麻醉。本组30例均符合此标准。

1%利多卡因局部浸润麻醉后,于肿瘤在体表的投影标记表面行平行于乳晕线弧形切口或放射状切口,长1~2 cm。切开皮肤、皮下后,向四周分离皮瓣。病变导管内再次插入乳管镜定位病变导管及肿瘤。一助手固定导管镜,以乳导管镜鞘作为支撑和引导,在乳管镜直视定位光斑引导下钝锐结合解剖病变导管,先向乳头方向分离乳管达乳头下,然后沿着乳管向腺体方向分离,分离时须切除管壁周围少许乳腺组织,断离的乳管远端要超过肿瘤1.5 cm,如近端在乳头下,瘤体靠近乳头或在乳头内时,可劈开乳头完整切除近端乳管。切除后剖开标本乳管,确定瘤体完整切除后,送病理检查。仔细止血,逐层缝合,包扎。

## 2 结果

本组30例,术前导管镜诊断均为导管内单发

收稿日期:2007-10-10; 修订日期:2008-05-13。

作者简介:刘慧民,男,甘肃省妇幼保健院副主任医师,主要从事乳腺疾病的微创治疗及乳房肿瘤整形的临床方面的研究。

通讯作者:刘慧民 E-mail:lhm5105@yahoo.com.cn

乳头状瘤。术中顺利找到病变乳管,切除乳管后均于乳管内找到肿瘤(100%)。手术时间20~60 min,中位时间40 min,无手术并发症发生。术后病理:导管内乳头状瘤28例(93.3%);导管内乳头状瘤伴局灶上皮增生1例(3.3%);导管内乳头状瘤伴局灶上皮重度非典型增生1例(3.3%),再次行乳腺组织楔形切除,I期乳房假体植入。30例随访3~12个月,中位时间7.5个月,无乳头溢液,无肿瘤复发,乳头乳房外形良好,切口小,术后瘢痕小,美容效果好。

### 3 讨论

乳头溢液是乳腺疾病最常见的症状之一,颜色有多种,可有多种疾病引起。一般情况下,将血性溢液和乳腺导管内肿瘤相联系,但在乳管镜检查时发现,导管内乳头状瘤除表现为血性溢液外,还有淡黄色溢液、无色溢液等。本组血性溢液21例,淡黄色溢液7例,无色溢液2例。因此,对乳头溢液的患者,不能完全以乳头溢液的颜色来判断乳腺导管内的病变性质<sup>[1]</sup>。文献报道,我国导管内占位性病变占乳头溢液患者的35.9%~48%<sup>[2-3]</sup>,因此有一半以上的乳头溢液患者无需手术<sup>[3]</sup>。

对未扪及的乳房肿块的乳头溢液,诊断困难。以往主要依靠导管造影和溢液涂片细胞学检查,最终的诊断要通过手术切除活检来证实。但传统的手术方法切除范围广泛,且具有较大的盲目性,对病变定位准确性差,且乳管内乳头状瘤常常病变微小,组织脆,易脱落,临床手术切除的大体标本常难以找到具体病灶,病理检查也会出现阴性结果<sup>[2]</sup>,容易引起病理检查漏诊,有报告漏诊率可达9%<sup>[4]</sup>。乳管镜检查可明确病变范围,能直接观察乳头溢液的乳腺导管,明确病理性乳头溢液的来源,同时可达到乳头溢液的病因诊断和定位的目的,可作为乳头溢液的重要诊断方法<sup>[5]</sup>。

乳腺导管内病灶的准确定位是避免漏诊的有效方法。对于单发的乳腺导管内乳头状瘤,癌变的机率较小,但有报告显示仍有癌变发生,恶变率2.5%,不良增生率18.7%<sup>[6]</sup>。因此,对于导管内乳头状瘤仍要准确定位,手术切除,病检以排除癌变。吴唯等<sup>[7]</sup>报道,用乳管镜定位下经溢液乳孔内放置乳腺导管活检针较乳腺定位钩针定位能更准确的切除病灶。

笔者采用乳管镜检查诊断和乳管镜直视、镜

鞘支撑引导定位相结合,检查手术一次完成,定位准确可靠,切除范围小,术后病理医生确定病变部位容易、准确,可防止误诊、漏诊。本术式的关键有5方面:(1)进镜导管方向定位,确定病变导管大体方位;(2)进镜导管深度定位,以确定病变距乳头表面的深度;(3)光斑的最亮点体表投影标记定位,以此确定肿瘤所在处的体表投影位置,便于确定切口位置;(4)乳管镜鞘的支撑引导定位,更容易显露解剖病变导管,协助确定切除范围;(5)导管镜的直视定位,瘤体不离开视野,定位切除更准确,仅切除病变导管周围少许乳腺组织。切口小,仅1~2 cm,美容效果好。

通过本组手术,笔者认为,乳管镜有诊断明确和定位准确的优点<sup>[8-9]</sup>,有利于手术的顺利进行;术中解剖乳管、显露病变容易,暴露和切除病变乳管更可靠;手术切口小,出血少,切口愈合良好,切口无明显瘢痕,病理诊断准确。但对病变较深,导管较细,乳管镜不能插入者,不适合此法治疗。手术过程中手术人员要求配合默契,以防损伤导管镜。

### 参考文献:

- [1] 张滨,刘焱,单中辉. 乳头溢液的诊断及临床意义[J]. 中国医师进修杂志, 2006, 29(9): 8-9.
- [2] 李金峰,欧阳涛,王天峰,等. 纤维光导乳管镜用于乳头溢液的诊断[J]. 中华普通外科杂志, 2004, 19(12): 725-728.
- [3] 郭玉辉,唐利立,何英,等. 乳管镜在无肿块乳头溢液疾病中的应用[J]. 中国普通外科杂志, 2006, 15(10): 815-816.
- [4] Sheng KW, Wu J, Lu JS, et al. Fiberoptic ductoscopy for patients with nipple discharge [J]. Cancer, 2000, 89(7): 1512-1519.
- [5] Sauter ER, Ehya H, Klein-Szanto AJ, et al. Fiberoptic ductoscopy findings in women with and without spontaneous nipple discharge [J]. Cancer, 2005, 103(5): 914-921.
- [6] 崔树德,张恒伟,刘慧. 乳管镜对乳头溢液性疾病的诊断价值[J]. 中国实用外科杂志, 2005, 25(2): 77-79.
- [7] 吴唯,李小荣,杨开焰,等. 乳管内窥镜对乳腺导管内病变的诊断和治疗价值[J]. 中国普通外科杂志, 2007, 16(11): 1069-1072.
- [8] Pedro FE, Deborah B, Joseph PC. Ductoscopy assisted microdochectomy [J]. Int J Fertil Women Med, 2004, 49(5): 222-224.
- [9] 蒋宏传. 乳管镜检查在乳头溢液性疾病中的应用[J]. 中国实用外科杂志, 2005, 25(2): 74-75.