

文章编号:1005-6947(2005)09-0664-03

· 乳腺外科专题研究 ·

# 乳腺癌保乳手术的治疗及预后

洪坚善<sup>1</sup>, 杨建荣<sup>2</sup>, 张传珉<sup>1</sup>, 刘剑伦<sup>1</sup>, 杨南武<sup>1</sup>, 陈建思<sup>1</sup>, 杨华伟<sup>1</sup>

(1. 广西医科大学附属肿瘤医院 普通外科, 广西南宁 530021; 2. 广西壮族自治区人民医院 肝胆外科, 广西南宁 530021)

**摘要:**目的 探讨乳腺癌保乳手术的方式和预后。方法 回顾性分析笔者所在2所医院10年间保乳治疗69例原发性乳腺癌患者的临床资料,包括保乳术不放疗和保乳术加放疗、化疗和激素治疗。随访12~140个月。结果 保乳手术未放疗组3年复发率11.54%(3/26),显著高于手术加放疗组3.03%(1/33)( $P < 0.05$ )。腋窝淋巴结阳性的保乳手术未化疗者,其5年远处转移率(50.0%)高于手术加化疗组(11.1%)( $P < 0.05$ )。结论 保乳术后应进行放疗;年轻、淋巴结阳性、组织学分级III级者应辅助化疗。

**关键词:** 乳腺肿瘤; 肿瘤复发; 远处转移; 预后

**中图分类号:** R737.9; R655.8

**文献标识码:** A

## Breast-conserving therapy for breast cancer and its prognosis

HONG Jian-shan<sup>1</sup>, YANG Jian-rong<sup>2</sup>, ZHANG Chuang-min<sup>1</sup>, LIU Jian-lun<sup>1</sup>,  
YANG Nan-wu<sup>1</sup>, CHENG Jian-si<sup>1</sup>, YANG Hua-wei<sup>1</sup>

(1. Department of General surgery, The Affiliated Hospital, Guangxi Medical University, Nanning 530021, China; 2. Department of Hepatobiliary Surgery, Guangxi People's Hospital, Nanning 530021, China)

**Abstract:** **Objective** To explore the effect of breast-conserving therapy for breast cancer (BCT) and its prognosis. **Methods** The clinical data of 69 cases of BCT admitted from January 1992 to December 2003 were analyzed retrospectively. The cases included those who had BCT without radiotherapy and those who had BCT with adjuvant radiotherapy, chemotherapy and hormonal therapy. The patients were followed up for 12 to 140 months. **Results** The 3-year recurrence rate for patients without radiotherapy (11.54%) was higher than that for those with radiotherapy (3.03%) ( $P < 0.05$ ). In node-positive patients, the 5-year distant metastasis rate for patients without chemotherapy (49.21%) was higher than that for those with chemotherapy (7.81%) ( $P < 0.05$ ). **Conclusions** Radiotherapy must be given after BCT. Patients who are young or node-positive, or have histological grade III tumor should receive adjuvant chemotherapy.

**Key words:** Breast Neoplasms; Tumor Recurrence; Distal Metastasis; Prognosis

**CLC number:** R737.9; R655.8

**Document code:** A

随着对乳腺癌生物学理论的认识和放疗技术、设备的提高,I期和II期乳腺癌外科治疗的手术范围明显缩小。西方国家保乳治疗已成为I期和II期乳腺癌标准治疗模式。现将笔者所在2所医院10年来行保乳手术治疗的69例乳腺癌患者的手术方式和预后进行回顾性分析,报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组均为女性,年龄28~74(平均45.8)岁。肿瘤大小:≤2cm者40例,>2cm者29例;肿块部位:外上象限47例,内上象限9例,外下象限7例,内下象限5例,乳晕周1例。肿瘤分期:I期52例,II期17例。所有病例均经病理证实:浸润性导管癌50例,浸润性小叶癌5例,乳头状癌2例,小管癌2例,黏液腺癌3例,原位癌2例,其他5例。手

收稿日期:2005-02-19; 修订日期:2005-06-17。

作者简介:洪坚善(1965-),男,广西合浦人,广西医科大学附属肿瘤医院副教授,主要从事乳腺外科方面的研究。

通讯作者:洪坚善 电话:13877182351(手机)。

术指征为临床 I 期和 II 期,单发,位于乳晕外 2 cm 以上,肿瘤大小与乳房比例适宜;临床检查无多发灶或 X 线无多发钙化,患者希望保留乳房外形者。

### 1.2 手术方法

手术方式包括原发病灶切除和腋淋巴结清扫术。手术范围象限切除者包括肿块所在的 1/4 腺体,肿块表面的皮肤及其下面的胸肌筋膜;局部广泛切除者,切缘距肿瘤 2 ~ 3 cm,切除后重建乳房,腋窝淋巴结清扫达第三站水平。58 例行象限切除加腋窝淋巴结清扫,11 例行肿块局部广泛切除无腋窝淋巴结清扫。

### 1.3 其他治疗情况

术后放疗者占 81.2% (56/69),其中包括 6 例未行腋窝淋巴结清扫者。肿瘤位于外上象限、腋淋巴结阴性者仅行乳腺放疗;肿瘤位于内侧象限腋淋巴结阴性者行乳腺和内乳区放疗;肿瘤位于乳腺任何部位腋淋巴结阳性者,行乳腺锁骨上下区和内乳区放疗。全乳用 8 mv X 线切线照射,剂量 50 Gy,锁骨上、下区和乳内分别用 8 mv X 线 30 Gy 和电子线 20 Gy。全部患者在乳腺放疗后,瘤床用电子线追加 15 Gy。术前病理证实为乳腺癌者给予术前辅助性化疗方案 (CMF),每周 1 次,2 周。术前无病理证实者,术后给予 CMF 化疗方案。雌激素或孕激素受体阳性者口服三苯氧胺 10 mg,3 ~ 5 年。

### 1.4 统计学处理

根据术后是否放疗,分析放疗对局部复发的影响;探讨年龄、肿瘤大小、淋巴结及受体状况、切缘状况、组织学分级与复发转移的关系。应用 SPSS10.0 统计软件包对资料进行统计学处理,数据采用  $\chi^2$  检验。

## 2 结果

### 2.1 治疗方法对保乳手术预后的影响

随访时间 12 ~ 140 个月,中位时间 52 个月。随访率 95.7% (66/69)。失访按死亡计算。术后生存满 3 年者 59 例,其中保乳手术加放疗组 27 例,单纯保乳手术 32 例;2 组 3 年复发率分别为 3.03% (1/33) 和 11.54% (3/26),差异有显著性 ( $P < 0.05$ )。术后满 5 年者 57 例,5 年生存率为 89.3% (51/57),57 例中腋窝淋巴结阳性组 15 例,其中仅行单纯保乳手术 6 例,行手术加辅助治

疗组 9 例。2 组 5 年远处转移率分别为 50.0% (3/6) 和 11.11% (1/9),差异有显著性 ( $P < 0.05$ )。

### 2.2 保乳治疗与复发、远处转移相关因素分析

分析因素有年龄、肿瘤大小、淋巴结及激素受体、切缘状况和组织学分级。结果显示:切缘阴性和切缘阳性者 5 年复发率分别为 1.79% (1/56) 和 40.0% (2/5),差异有显著性 ( $P < 0.05$ )。年龄  $\leq 40$  岁、淋巴结阳性、组织学分级的远处转移率明显增高 (附表)。

附表 保乳治疗后远处转移相关因素的分析

相关因素	例数	5 年远处转移率 (%)	P 值
年龄 (岁)			
$\leq 40$	26	23.08(6/26)	<0.05
>40	31	6.45(2/31)	
肿瘤大小 (cm)			
$\leq 2$	36	13.89(5/36)	>0.05
>2	21	14.29(3/21)	
淋巴结转移			
阴性	42	7.14(3/42)	<0.05
阳性	15	33.33(5/15)	
受体状况			
阴性	48	14.58(7/48)	>0.05
阳性	9	11.11(1/9)	
组织学分级			
I 级	42	7.14(3/42)	<0.05
II 级	15	20.0(3/15)	

## 3 讨论

保乳手术的目的是在控制局部肿瘤的同时,保留乳房的外形。如果要保证肿瘤的完整切除,又要有满意的乳房外观,且不增加复发率和转移率,则应严格掌握保乳手术的指征。目前国内外对保乳治疗的适应证尚无统一标准,但都以治愈疾病为目的。多数学者主张肿瘤的直径应  $\leq 3$  cm。本组选择的均是 I 期和 II 期患者。随着乳腺癌的辅助治疗的不断发展,近年来国内外学者对较大肿块的乳腺癌也进行保乳手术治疗。Obedian 等<sup>[1]</sup>认为肿瘤最大直径可达 4.0 ~ 5.0 cm,只要术前经放、化疗后能充分降期者,也可以行保乳术。肿瘤大小不是绝对禁忌证,还应考虑肿瘤大小与乳房的比例,只要肿瘤占乳腺体积  $\leq 1/6$ ,都

可以考虑进行保乳治疗。

在临床实践中,笔者认为,乳腺切口设计的原则一要求治愈、保功能,二要兼顾手术解剖操作方便,三要保证术后获得良好乳腺外观。笔者主张使用双切口分别切除肿瘤和清扫腋窝淋巴结。乳腺切口设计应根据肿瘤的位置来选择,肿瘤位于乳房上方者,作平行于乳晕的弧形切口(切除覆盖的皮肤);肿瘤位于乳头下方时,行以乳头为中心的放射形切口。乳腺组织局部切除后,局部形成残腔。正确处理残腔是术后乳房保持良好外形的重要保证。笔者的处理方法是先进行充分游离保留的乳腺组织和皮瓣,然后进行拉拢缝合。如腺体拉拢缝合影响美观者,则进行创口止血、冲洗,置细引流管后直接缝合皮肤,瘤床处理遗留的凹陷待以后脂肪组织填充。张勇等<sup>[2]</sup>主张创腔内不放引流,少许渗液反而可使残腔得以填充,不主张腺体拉拢缝合的原因有三方面:(1)广泛切除后腺体缝合困难或根本无法缝合,过多考虑缝合会影响手术切除范围;(2)重新缝合后常使乳腺的外形受到影响。(3)缝合腺体后给准确定位病灶区的放射野造成困难。

目前对手术切缘无严格限制,但都必须保证切缘在肉眼和镜下无癌。本组采取切缘距肿瘤2~3cm,与多数文献报导一致。不能为保乳房的外形而切除范围过小,这会使局部复发率增高。局部切除范围不彻底或切缘有癌细胞是导致保乳术后局部复发的主要原因<sup>[3]</sup>。切缘阴性不影响乳腺癌局部复发率和远处转移率。有学者<sup>[4]</sup>认为复发是远处转移的标志,原则上必须保证切缘阴性。目前倾向于切缘阳性者无论加强放疗还是全身辅助化疗者都不如再切除,若术中二次冷冻切片检查仍有癌,应放弃保乳术改做根治术。

国外保乳治疗乳腺癌术后5年生存率为82%~92%<sup>[5]</sup>,本组为89.3%,与国外相仿。Voogd等<sup>[5]</sup>认为复发相关因素,既有多发病灶、年龄、血管侵袭及淋巴管侵袭,又有缺乏放疗、切缘阳性等因素。孟洁等<sup>[3]</sup>认为保乳治疗失败的原因首先是肿瘤自身因素,如肿瘤大小、发病年龄、病理类型、组织学分级、腋窝淋巴结及受体状况,其次是

人为因素,如手术切除范围、切缘状况和术后是否化疗等。本研究表明单纯保乳手术组3年复发率远高于保乳手术加放疗组(11.54% VS 3.03%)( $P < 0.05$ ),保乳术后未放疗者局部复发率高,故认为术后必须放疗。Cowen等<sup>[6]</sup>认为保乳手术术后放疗是预防复发的重要手段。本组切缘阴性和阳性5年复发率分别为1.79%和40.0%。Cowen等<sup>[7]</sup>报道切缘阴性者5年复发率为2%~3%,阳性12%~20%,认为切缘阳性与复发和转移关系密切。

乳腺癌患者就诊时,可能在血液、淋巴液或其他远离器官组织中即已存在微小癌灶,待免疫功能下降时,易复发转移<sup>[8]</sup>。本组结果显示保乳术后的远处转移与发病年龄、淋巴结状况和组织学分级有关( $P < 0.05$ )。术后放疗和手术前化疗对降低乳癌的远处转移率有一定影响。这与谷元廷报道一致<sup>[9]</sup>。

#### 参考文献:

- [1] Obedian E, Haffty BG. Negative margin status improves local control in conservatively managed breast cancer patients [J]. *Cancer J Sci Am*, 2000, 6(1): 28-33.
- [2] 张勇,倪旭东,秦贤举,等.乳腺癌保乳手术相关技术的探讨[J]. *中华医学杂志*, 2003, 83(19): 1712-1713.
- [3] 孟洁,宁连胜.乳腺癌保留乳腺手术后肿瘤复发及转移的相关因素[J]. *中华外科杂志*, 2003, 41(4): 278-281.
- [4] Thames HD, Buchholz TA, Smith CD. Frequency of first metastatic events in breast cancer: implications for sequencing of systemic and local regional treatment [J]. *J Clin Oncol*, 1999, 17(9): 2649-2658.
- [5] Voogd AC, Nielsen M, Peterse JL, et al. Differences in risk factors for local and distant recurrence after breast conserving therapy or mastectomy for stage I and II breast cancer: pooled results of two large European randomized trials [J]. *J Clin Oncol*, 2001, 19(15): 1688-1697.
- [6] Cowen D, Jacquemier J, Houvenaeghel G, et al. Local and distant recurrence after conservative management of "very low risk" breast cancer are dependent events: a 10-year follow up [J]. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 1998, 41(4): 801-807.
- [7] Cowen D, Houvenaeghel G, Bradou V, et al. Local and distant failures after limited surgery with positive margins and radiotherapy for node negative breast cancer [J]. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 2000, 47(3): 305-312.
- [8] 刘振华. *肿瘤预后学* [M]. 北京:科学技术出版社, 1995. 73-74.
- [9] 谷元廷. 早期乳腺癌的手术治疗及预后 [J]. *中国普通外科杂志*, 2003, 12(5): 323-325.