

文章编号:1005-6947(2006)04-0241-03

· 乳腺外科专题研究 ·

# 早期乳腺癌保乳手术探讨

黄海林, 王为民, 蔡清萍, 王强

(第二军医大学长征医院 普通外科, 上海 200070)

**摘要:** **目的** 探讨早期乳腺癌保乳手术加放疗治疗效果。**方法** 分析近6年76例保乳术后加放疗的乳腺癌病人临床资料。**结果** 76例患者3,5年生存率分别为96.05%, 94.8%; 3,5年局部复发率分别为5.3%, 6.6%; 术后3,5年乳房保留率分别为96.05%, 93.3%; 仅1例胸壁复发, 无死亡病例。该复发病例25岁, 未婚, 保乳愿望强烈, 复发后再次行乳房切除及化疗, 现健在。术后形体美容效果满意度80.5%。**结论** 早期乳腺癌采用保乳手术及放射治疗可取得满意结果, 规范化的切除和术后放疗、全身综合治疗是保乳治疗成功的关键。

**关键词:** 乳腺肿瘤/外科学; 保乳手术

**中图分类号:** R737.9 **文献标识码:** A

## Study of breast conservation surgery for early stage breast cancer

HUANG Hai-lin, WANG Wei-min, CAI Qing-ping, WANG Qiang

(Changzheng Hospital, the Second Military Medical University, Shanghai 200070, China)

**Abstract:** **Objective** To evaluate the results of breast conservation surgery combined with radiotherapy for early stage breast cancer. **Methods** The clinical data of 76 breast cancer patients who underwent breast conservation operation plus radiotherapy at Changzheng Hospital in the recent 6 years were retrospectively analyzed. **Results** The 3-, and 5-year survival rate was 96.05% and 94.8%, respectively, the 3-, and 5-year local recurrence rate was 5.3% and 6.6% respectively, and the 3-, and 5-year breast conservation rate was 96.05% and 93.3%, respectively. Only one case had chest wall recurrence and there was no mortality. The case with recurrence was a 25-year old unmarried woman, who had an intense desire for breast conservation. After tumor recurrence, mastectomy was performed again and chemotherapy was administered. The patient is presently alive and in good health. Postoperative cosmetic physical results were satisfactory in 80.5% of cases. **Conclusions** Breast conservation surgery plus radiotherapy can get satisfactory results. The important aspects for success of breast conservation treatment are standardization of resection and postoperative radiotherapy and integrated systemic therapy.

**Key words:** Breast Neoplasms/surg; Breast Conservative Surgery

**CLC number:** R737.9 **Document code:** A

保乳治疗与根治术相比较, 无论是复发率还是生存率在统计学上均差异无显著性, 而保乳治疗却能让妇女保持完好的体形。因此, 保乳治疗已成了早期乳腺癌的主要治疗手段<sup>[1]</sup>。现将我院普通外

科从1999年1月—2005年10月开展的乳腺癌保乳手术76例临床资料作回顾性分析, 报告如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

全组患者76例, 最小年龄为23岁, 最大年龄45岁, 平均年龄34岁。按临床分期I期35例, IIa期41例。均符合以下保乳手术治疗条件:(1)经钼靶乳房X线检查或高频彩超检查原发灶肿瘤为单

收稿日期:2005-11-15; 修订日期:2006-03-01。

**作者简介:** 黄海林, 江西南昌人, 第二军医大学长征医院主治医师, 主要从事肝胆方面的研究。

**通讯作者:** 黄海林 电话:021-28251287; E-mail: huanghai1118@263.net。

发灶;(2)肿瘤体积/乳腺体积的比率 $\leq 3$  cm,肿瘤的位置不在乳头或乳晕下者;(3)腋淋巴结阴性或单个、活动、直径 $\leq 2$  cm;(4)年龄 $\leq 50$ 岁;(5)患者有保留乳房的愿望,能接受术后放疗、全身综合治疗。

### 1.2 病理资料

按照2003年美国(AJCC)修订的TNM分期,术前 $T_1N_0M_0$  69例, $T_2N_0M_0$  7例,先接受CAF方案,行新辅助化疗2疗程,至直径 $< 2$  cm再实施保乳治疗,手术切除标本各切缘均阴性,术后病理:浸润性导管癌67例,浸润性小叶癌3例,黏液癌6例。ER阳性68例,阴性8例,HER-2强阳性20例。

### 1.3 方法

(1)向患者及其家属解释该手术的意义及问题。(2)相应增大肿块切除范围(距肿块 $2 \sim 2$  cm);(3)会同病理科医生讨论手术,术中送冰冻切片,同时检查切缘是否为阴性;(4)保乳手术的切口设计:肿瘤位于乳头上做平行于乳晕的弧形切口,肿瘤位于乳头下方行沿乳头的放射状切口。腋窝淋巴结清扫的切口:做平行于腋折线的斜切口,清扫背阔肌前缘至胸小肌内侧缘淋巴结,淋巴结数目10个以上,送检为阴性则关闭切口,保乳手术完毕。本组无因切缘不够而改做全乳切除病例。

### 1.4 术后放疗及综合治疗

76例全都进行了术后放疗。根治性放疗的范围包括乳腺及区域淋巴引流区。清扫腋窝的如淋巴结无转移,不照射淋巴引流区,只照射乳腺/胸

壁,采用内切和外切野,全乳剂量为 $50$  Gy/5周,后缩野对原发灶补量 $10$  Gy $\sim 150$  y/1周 $\sim 1.5$ 周,或应用后装组织间插植补量, $7$  Gy/次,共2次。腋窝淋巴结有转移者,加照射锁骨上区及内乳淋巴结区,剂量为 $50$  Gy/5周。腋窝淋巴结未作清扫者均照射腋窝区,剂量为 $60 \sim 70$  Gy。术后放疗的时间应尽早开始,最迟不超过术后6周。本组均为先放疗后化疗,化疗(CMF方案):环磷酰胺(CTX) $400$  mg/ $m^2$ 静注,第1,8天。氨甲喋呤(MTX) $200$  mg/ $m^2$ 肌注,第1,8天。氟脲嘧啶(5-FU) $400$  mg/ $m^2$ 静滴,第1 $\sim 5$ 天。每3周重复1次。激素受体阳性予以化疗结束后开始用三苯氧胺(TAM):剂量为 $10$  mg,口服,2次/d。连续服用3 $\sim 5$ 年以上。

### 1.5 观测指标

包括术后生存质量,形体美容效果;生存率;局部复发率;乳房保留率。

## 2 结果

### 2.1 术后随访

随访1 $\sim 6$ 年,(平均3年),局部复发1例,失访4例,无远处转移和死亡病例(附表)。复发病例25岁,初诊肿瘤 $2$  cm $\times 2$  cm大小,新辅助化疗4周期后肿瘤缩小至 $1.5$  cm $\times 1$  cm大小,行保留乳头乳晕手术,术后26个月复查时发现原手术部位 $2$  cm $\times 2$  cm大小结节,穿刺证实为复发,系统检查无远处转移后行单纯乳房切除术,现健在。

附表 76例乳腺癌患者随访情况

临床分期		生存率(%)		复发率(%)		保乳率(%)	
I	IIa	3年	5年	3年	5年	3年	5年
35	41	96.05(73/76)	94.8(72/76)	5.3(4/76)	6.6(5/76)	96.05(73/76)	93.3(71/76)

### 2.2 术后形体美容效果

本组采用的美容评定标准:优,双乳对称,双乳头水平差距 $\leq 2$  cm,外形与对侧无明显差异,外观正常无瘢痕所致的乳腺上提或变形,手感与对侧无差别,皮肤正常。良,双乳对称,双乳头水平差距 $\leq 3$  cm,外形基本正常或略小于对侧,手感略差,皮肤颜色变浅或发亮。差,双乳明显不对称,双乳头水

平差距 $> 3$  cm,外观变形,较对侧明显缩小,手感差,皮肤厚,呈橡皮样,粗糙。76例回访复查进行评估的病例共67例,优良总和58例,占86.7%。

## 3 讨论

乳腺癌规范化保乳治疗是一次革命,是手术、放疗、辅助化疗、内分泌等多种疗法序贯应用的综合

治疗<sup>[1]</sup>。1995年英国牛津大学早期乳腺癌试验协作组(EBCTCG)汇总资料显示:早期乳腺癌行保乳手术加放疗取得了与乳房切除手术同样的疗效<sup>[2]</sup>。近年来,由于影像学诊断设备的更新和技术的完善,早期癌所占比例不断增加,并且显示出年轻化的发病趋势。随着人们生活水平的普遍提高。对术后生活质量的要求,特别是对术后形体完整和美容愿望的不断加强;与此同时放疗设备的改进和技术的普及,新的化疗药物的问世和优选方案的运用,以及内分泌治疗药物的参与;在欧美国家保乳手术已成为I,II期乳腺癌的首选术式。Fisher等<sup>[3]</sup>认为,乳腺癌是一种全身性疾病,局部切除范围的大小对生存率并无影响<sup>[3-4]</sup>。1988年,Fisher发表了一组1843例8年随访结果显示,I,II期乳腺癌局部切除加放疗组与根治性乳房切除组生存率无统计学差异。其它较有价值的前瞻性随机临床试验对保留乳房与根治性乳房切除术的临床疗效进行了比较,其结果都一致认为两组的生存率无统计学差异<sup>[5]</sup>。保乳手术具有痛苦小,整形效果好和保存功能的优点<sup>[5]</sup>。依据本文经验及文献,选择保乳手术时应考虑:(1)肿瘤属于T<sub>1-2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>(AJCC标准);(2)肿瘤大小,临床上应选择肿瘤≤3cm的乳腺癌,肿瘤偏大常因切除范围较大而使局切术后乳房明显变形;(3)乳房大小,应选择中等大小乳房,小型或特大型、下垂型乳房均不宜采用本手术。小型乳房在肿瘤及乳腺组织切除后难以保留外形,而特大型、下垂型乳房放疗后易发生纤维化和萎缩;(4)肿瘤部位,肿瘤位于距乳晕≥3cm的较边缘部位,尤以肿瘤位于乳房外上象限为佳;(5)患者主动要求保留乳房治疗;(6)具备接受全程治疗及终身随诊的条件。

乳腺癌前哨淋巴结活检是近年来兴起的一项新技术<sup>[6-8]</sup>,以检测前哨淋巴结来了解腋窝淋巴结的状况,在早期乳腺癌中以前哨淋巴结活检判断是否清扫腋窝淋巴结,从而降低上肢淋巴水肿的发生率,提高病人的生活质量。保乳手术腋窝淋巴结清除多少个,有无转移,决定了术后治疗的力度。腋窝淋巴结的数目个体之间会有差别,但平均要求在10个以上,如此反映腋窝淋巴结的状况才更准确。Axelsson<sup>[9]</sup>比较了腋窝淋巴结均无转移的两组预后,

结果切除淋巴结数目≥10个组与<10个组,无论局部复发率还是远期生存率,均前组优于后组<sup>[9]</sup>。本组常规行腋窝淋巴结清扫。范围是背阔肌前缘至胸小肌内侧缘,即berg<sup>[10]</sup>腋淋巴结分级标准I,II水平的全部淋巴结。病理科医生的配合是确定分期的重要保证,在切除标本中尽量寻找淋巴结,逐个进行组织学检查,为与脂肪球鉴别,需要时应将脂肪溶解。

#### 参考文献:

- [1] 孙慎友. 乳腺癌保留乳房手术治疗新进展[J]. 中国普通外科杂志, 2004, 13(5): 363-366.
- [2] Chow LWC, Loo WTY. Partial-breast treatment for early breast cancer: emergence of a new paradigm[J]. Nat Clin Pract Oncol, 2005, 2(1): 40-47.
- [3] Fisher B, Redmond C, Poisson R, et al. Eight-year results of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer[J]. N Engl J Med, 1989, 320(13): 822-828.
- [4] Christian MC, McCabe MS, Korn EL, et al. The national cancer institute audit of the national surgical adjuvant breast and bowel protocol B206[J]. N Engl J Med, 1995, 333(22): 1496-1498.
- [5] Van Dongea JA, Voogd AC, Fentiman IS, et al. Long-term results of a randomized trial comparing breast-conserving therapy with mastectomy: European organization for research and treatment of cancer 10801 trial[J]. J Natl Cancer Inst, 2000, 92(14): 1143-1150.
- [6] Beechey-Newman N. Sentinel node biopsy: a revolution in the surgical management of breast cancer[J]. Cancer Treat Rev, 1998, 24(3): 185-203.
- [7] 聂强, 吴诚义. 手术中蓝染法鉴别前哨淋巴结及其意义[J]. 中国普通外科杂志, 2002, 11(6): 324-327.
- [8] 卢崇亮. 乳腺癌前哨淋巴结亚甲蓝示踪活体检测的临床价值[J]. 中国普通外科杂志, 2004, 13(11): 856-858.
- [9] Axelsson CK, Mouridsen HT, Zedeler K. Axillary dissection of level I and II lymph nodes is important in breast cancer classification[J]. Eur J Cancer, 1992, 28A(8-9): 1415-1418.
- [10] Van Lancker M, Goor C, Sacre R, et al. Patterns of axillary lymph node metastasis in breast cancer[J]. Am J Clin Oncol, 1995, 18(3): 267-272.