

文章编号:1005-6947(2007)11-1085-03

· 临床研究 ·

# 乳腺导管原位癌的保乳手术疗效分析

刘红光<sup>1,2</sup>, 齐海智<sup>1</sup>, 康颖<sup>2</sup>

(1. 中南大学湘雅附二医院 普通外科, 湖南 长沙 410011; 2. 南华大学附属第一医院 肿瘤外科, 湖南 衡阳 421001)

**摘要:**目的 探讨乳腺导管内原位癌(DCIS)的保乳术临床效果。方法 对经病理确诊为DCIS行保乳手术加放疗患者62例与同期行保乳手术加放疗临床I、II期乳腺浸润性导管癌患者62例进行回顾性比较分析。结果 DCIS患者复发率6.4%(4/62),其中3例病理证实为粉刺型;浸润性导管癌患者复发率19.3%(11/62)。结论 DCIS的保乳治疗总体预后优于早期浸润性导管癌;粉刺型DCIS具有较高的复发危险性。

[中国普通外科杂志, 2007, 16(11):1085-1087]

**关键词:** 乳腺肿瘤/外科学; 保乳手术; 肿瘤复发; 预后

中图分类号: R 737.9

文献标识码: A

## Analysis of outcome of breast conserving treatment of breast ductal carcinoma in situ

LIU Hong-guang<sup>1</sup>, QI Hai-zhi<sup>1</sup>, KANG Ying<sup>2</sup>

(1. Department of General surgery, the Second Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410011, China; 2. Department of Tumor Surgery, the First Affiliated Hospital, Nanhua University, Hengyang, Hunan 421001, China)

**Abstract: Objective** To study the clinical outcome of breast conserving treatment of breast ductal carcinoma in situ (DCIS). **Methods** The data of 62 patients with pathologically proven DCIS who underwent breast conserving operation and adjuvant radiotherapy were retrospectively compared with 62 concurrent cases of stage I or II infiltrating ductal carcinoma who received breast conserving operation and adjuvant radiotherapy.

**Results** The recurrence rate in DCIS cases was 6.4% (4/62), among them, 3 cases belonged to comedo type; the recurrence rate in early infiltrating type of ductal breast carcinoma was 19.3% (11/62) ( $P < 0.05$ ). **Conclusions** In cases of breast ductal carcinoma in situ, breast conserving treatment has better prognosis than early infiltrating ductal carcinoma. The comedo type has a high risk to recur.

[Chinese Journal of General Surgery, 2007, 16(11):1085-1087]

**Key words:** Breast Neoplasms / surg; Conservative Operation; Neoplasm Recurren; Prognosis

CLC number: R 737.9

Document code: A

乳腺导管内原位癌(DCIS)有着相对特殊的生物学行为,笔者对收治的经病理证实的62例DCIS患者行保乳手术的效果进行回顾性研究,并将其与同一时期行保乳手术的早期乳腺癌的患者的预后进行比较,报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

1.1.1 DCIS组 经病理证实的62例DCIS(粉刺型19例,非粉刺型43例),均为女性;年龄28~56岁,中位年龄41岁。病期2个月至1年,中位时间5个月。主要表现为乳腺肿块和乳头溢液,无特异性体征,单纯乳腺肿块38例,乳腺肿块同时伴有乳头溢液14例,单纯乳头溢液无触及肿块6例,临床无症状乳腺钼靶发现细小肿块伴钙化

收稿日期:2007-02-06; 修订日期:2007-07-16。

作者简介:刘红光,男,湖南衡阳人,南华大学附属第一医院主治医师(在读博士研究生),主要从事乳腺、肝胆方面的研究。

通讯作者:齐海智 E-mail: Qi\_hz@126.com

4例。肿块直径最大为4 cm。ER阳性且绝经(符合2006乳腺癌诊疗规范绝经定义)的患者共16例。

1.1.2 对照组 早期浸润性乳腺癌患者62例,均为女性;年龄31~71岁,中位年龄46岁。病期2个月至2年,中位时间7个月。术后TMN分期为I,II期,临床表现多为肿块。为减少实验偏倚,所选病例同样含有为ER阳性且符合2006乳腺癌诊疗规范绝经定义的患者16例。

### 1.2 治疗方法

所选患者均为保乳手术,术后均常规60CO放射治疗同侧腋窝野连同胸壁,剂量DT2Gy/次,每周5次,共DT50Gy。手术切缘距肿瘤边缘大于2 cm。DCIS组及对照组患者均行保乳术后辅助化疗,为CAF方案6个周期。绝经后雌激素受体阳性者每组各16例术后辅助化疗后均予三苯氧胺内分泌治疗3年。

### 1.3 统计方法

统计软件用SSPS11软件包,组间差异采用卡方检验,以 $P < 0.05$ 为差异有显著性。

## 2 结果

### 2.1 随访

全部患者均获随访,随访时间为3~6年,中位随访时间为4年。DCIS 4例于术后3~6年局部复发,复发率为6.4%;早期浸润性导管癌于术后2~6年12例局部复发,复发率为19.3%,两者比较差异有显著性意义( $P < 0.05$ )(表1)。

表1 保乳术后的DCIS与早期浸润癌的复发比较

保乳术	DCIS组(n=62)例(%)	乳腺早期浸润癌组(n=62)例(%)	$\chi^2$	P值
复发	4(6.4)	12(19.3)	4.17	<0.05
无复发	58(93.6)	50(80.7)		

### 2.2 病理类型与复发的关系

在DCIS组复发患者中3例病理类型为粉刺型,总复发率占粉刺型的15.7%(3/19),1例为非粉刺型,复发率占非粉刺型的2.3%(1/43),两型比较差异有显著性( $P < 0.05$ )(表2)。

表2 DCIS中粉刺型与非粉刺型保乳术后复发比较

DCIS病理分型	粉刺型(n=19)例(%)	非粉刺型(n=43)例(%)	$\chi^2$	P值
复发	3(15.7)	1(2.3)	3.96	<0.05
无复发	16(84.3)	42(97.7)		

## 3 讨论

乳腺癌在我国女性恶性肿瘤的发病率占第2位。流行病学表明早期诊断、早期治疗是改善预后的关键。早期原位乳腺癌在组织学上包括DCIS和小叶原位癌。临床上早期乳腺癌有发展为浸润性癌的潜在趋势,其中DCIS发展为浸润性癌的可能性大于小叶原位癌<sup>[1]</sup>,是一种更容易发展成浸润癌的原位癌。由于钼靶、导管镜的出现,DCIS的患病率呈上升趋势,已成为目前早期乳腺癌临床研究的重点。其治疗、预后如何,保乳术效果,发展趋势等是DCIS的重要临床问题。

因为DCIS比早期浸润癌有较低的复发率,更适于保乳手术。本组数据提示保乳术复发率为6.4%,低于早期浸润癌19.3%的复发率( $P < 0.05$ ),符合DCIS适合保乳术的普遍观点。

本资料中,保乳术DCIS中复发4例,其中3例病理证实为粉刺型。粉刺型常有核分级高、多型性和中心腔性坏死等恶性的细胞学表现,侵袭性强、易发展为浸润性导管癌<sup>[2]</sup>。粉刺型复发率是15.7%(3/19),与非粉刺病理类型的复发率比较,差异有显著性( $P < 0.05$ )。与文献报道基本符合。核多形性分级结合有无粉刺样坏死分类目前常用作判断DCIS恶性程度和预后。对粉刺样型DCIS手术应保证足够的切除范围,虽可行乳腺单纯切除<sup>[3]</sup>,但临床大多数研究尚不支持乳腺全切预后优于保乳术。DCIS病理组织学类型可能是复发危险性的重要因素。粉刺型DCIS术后应该化疗,化疗方案强度可参比于浸润性导管癌。

由于实际手术切缘一般大于2 cm,很少发生切缘阳性。本组资料保乳手术切缘病理均为阴性。但病灶的多发性可影响复发率;本组1例DCIS复发经病理证实为多发性肿瘤。开展术中切除标本的钼靶对比复查技术对减少以多发性微小钙化为主要表现的DCIS的复发有很大的帮助<sup>[4]</sup>。也有学者认为如果原发肿瘤为多灶性病变,主张行全乳房切除。但肿瘤局部扩大切除加放疗与全乳房切除的生存率有无差别尚有待更多数据分析<sup>[5]</sup>。

对于DCIS保乳手术策略,病理学已渐成为主要依赖手段<sup>[6]</sup>。采用诸如术前细针或空针穿刺细胞检查、术中肿块切除冷冻切片检查、连续切片、免疫组化等。病理学检查已不仅是诊断工具,还是决定辅助治疗的重要手段。淋巴微转移和肿瘤微浸润可能是影响DCIS保乳术后复发的一个潜在重要因素。

对于DCIS术后化疗,部分学者认为DCIS属于

原位癌,不用化疗<sup>[7]</sup>。但鉴于客观上存有对微浸润漏诊的事实,对于无充分的病理支持肿瘤微浸润阴性者,笔者的经验是在保乳术后应予以辅助化疗。就目前水平而言,单纯依靠病理学诊断还不够,常需结合临床表现包括钼靶等检查对 DCIS 发生微浸润危险性进行综合评估。同时乳腺浸润性癌也可合并广泛的导管内癌成分<sup>[8]</sup>,从而造成误诊为 DCIS。另一方面由于存在病理上连续切片数量不足的问题,存在对微浸润的漏诊。笔者认为,肿块的大小、生长速度、有无伴发症状可以作为考虑因素,如 T<sub>2</sub> 期的患者就有较高的复发危险度。因此建立肿瘤微浸润危险度的临床评估法是必要的。本组保乳术后均采用 CAF(环磷酰胺,阿霉素,5-氟尿嘧啶)标准化疗方案 6 周期。对绝经后标本 ER 阳性患者术后辅助化疗后予三苯氧胺的序贯治疗。文献<sup>[9]</sup>表明乳腺内分泌治疗可以提高早期乳腺癌术后 10 年存活率。

笔者认为,DCIS 的保乳术将成定论,粉刺型具有较高的复发危险率,处理原则可视同于浸润癌。DCIS 保乳术联合辅助治疗对预后有益。进一步改善保乳术的疗效和预后依赖病理技术对微转移、微浸润等的判定及提高;建立对微浸润危险度的临床表现及检查的评分体系可能对保乳治疗有帮助。

#### 参考文献:

- [1] 柳光宇 沈坤伟,陆劲松,等. 乳管内视镜在诊断伴乳头溢液的乳腺癌中的运用[J]. 中国癌症杂志, 2001, 11(1): 35-37.
- [2] Attene F, Scognamillo F, Trignano E, et al. In situ carcinomas of the breast: clinic features and therapeutic strategies [J]. Ann Ital Chir, 2006, 77(1): 3-10.
- [3] 张建国,仲雷,郭宝良. 乳腺导管内乳头状瘤癌变的诊治:附 22 例报告 [J]. 中国普通外科杂志, 2007, 21(1): 14-15.
- [4] 张强,张斌,龙飞,等. 影响乳腺癌保乳手术切缘阳性多因素分析 [J]. 中国实用外科杂志, 2006 26(12): 963-964.
- [5] Ellis IO, Coleman D, Wells C, et al. Impact of a national external quality assessment scheme for breast pathology in the UK [J]. Clin Pathol, 2006, 59(2): 138-145.
- [6] Fisher ER, Dignam J, Tan-Chiu E, et al. Pathologic findings from the National Surgical Adjuvant Breast Project (NSABP) eight-year update of protocol B-17: intraductal carcinoma [J]. Cancer, 1999, 86(2): 429-438.
- [7] Seegenschmiedt MH, Strittmatter HJ. Value of radiotherapy in breast cancer. Breast preservation rises to 80% [J]. Fortschr Med, 2003, 145(25): 26-30.
- [8] 赵海鹰,田忠,森本忠. 乳腺癌广泛导管内癌成分与组织蛋白酶 267 及单链表达的关系及临床意义 [J]. 中国实用外科杂志, 2006, 26(4): 227-229.
- [9] Fisher B, Dignam J, Wolmark N, et al. Tamoxifen intreatment of intraductal breast cancer: NSABP B-24 randomised controlled trial [J]. Lancet, 1999, 353(12): 1993-2000.

· 读者 · 作者 · 编者 ·

## 关于一稿两投和一稿两用问题处理的声明

近来本刊编辑部发现仍有个别作者一稿两投和一稿两用,为了维护本刊的声誉和广大读者的利益,本刊就一稿两投和一稿两用问题的处理声明如下。

1. 一稿两投和一稿两用的认定:凡属原始研究的报告,同语种一式两份投寄不同的杂志,或主要数据和图表相同、只是文字表达可能存在某些不同之处的两篇文稿,分别投寄不同的杂志,属一稿两投;一经为两杂志刊用,则为一稿两用。会议纪要、疾病的诊断标准和防治指南、有关组织达成的共识性文件、新闻报道类文稿分别投寄不同的杂志,以及在一种杂志发表过摘要而将全文投向另一杂志,不属一稿两投。但作者若要重复投稿,应向有关杂志编辑部作出说明。

2. 作者在接到收稿回执后满 3 个月未接到退稿通知,表明稿件仍在处理中,若欲投他刊,应先与本刊编辑部联系。

3. 编辑部认为文稿有一稿两投或两用嫌疑时,应认真收集有关资料并仔细核对后再通知作者,在作出处理决定前请作者就此问题作出解释。编辑部与作者双方意见发生分歧时,由上级主管部门或有关权威机构进行最后仲裁。

4. 一稿两投一经证实,则立即退稿,对该作者作为第一作者所撰写的论文,2 年内将拒绝在本刊发表;一稿两用一经证实,将择期在杂志中刊出作者姓名、单位以及该论文系重复发表的通告,对该作者作为第一作者所撰写的论文,2 年内拒绝在本刊杂志发表。本刊将就此事向作者所在单位和该领域内的其他科技期刊进行通报。