

· 短篇论著 ·

保乳手术治疗多灶性乳腺癌的临床研究

段煜飞 骆成玉 张 键 季晓昕

(首都医科大学附属复兴医院普外科, 北京 100038)

中图分类号: R737.9

文献标识: A

文章编号: 1009-6604(2010)12-1073-02

乳腺癌是女性常见恶性肿瘤,其发病率呈逐年上升趋势,在许多西方国家和我国部分大城市已成为女性发病率最高的恶性肿瘤。近年来,大量医学研究和临床试验表明^[1],早期乳腺癌应用保乳手术能取得与全乳切除相同的治疗效果,目前在欧美国家保乳手术已经成为 I、II 期乳腺癌的标准术式^[2]。多灶性乳腺癌是指发生于乳腺的多个癌灶,其间有正常乳腺组织分隔,通常存在于同一象限。由于考虑到多灶性乳腺癌存在切缘不净和局部复发等潜在弊端,因而被列为保乳手术的相对禁忌证。但近年来国外的研究表明,随着乳腺癌辅助治疗的不断发展,对一些原先属于保乳手术禁忌的乳腺癌患者也正在探讨行保乳手术,保乳手术的适应证有所扩大^[1]。本文回顾性分析本院 2006 年 1 月~2009 年 6 月 12 例临床诊断 I、II 期多灶性乳腺癌行保乳手术的临床资料,现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

本组 12 例均为女性,年龄 31~62 岁,平均 42.5 岁。术前均经体检、钼靶照相、乳腺超声等检查发现单侧乳房同一象限内存在 2 个或 2 个以上独立的病灶,术后经病理证实肿物均为恶性,并且在癌灶之间有正常乳腺组织分隔。其中发现 2 个病灶者 9 例,3 个病灶者 2 例,4 个病灶者 1 例。肿瘤位于外上象限者 6 例,外下象限者 3 例,内上象限者 2 例,内下象限者 1 例。乳房肿物距离乳头均 ≥ 3 cm,单个病灶直径 0.5~2.8 cm,腋窝淋巴结经术前体检或彩色超声检查均为阴性。

1.2 手术方法

手术均在全麻下进行,选择行乳腺象限切除术。切口选用环乳晕弧形切口,切除的范围包括肿瘤所在象限的乳腺组织和胸肌筋膜,手术标本常规进行上、下、内、外、前端、基底切缘的定向标记,术中送快速冰冻病理活检,确保任一肿瘤边缘距切缘应 ≥ 2 cm,否则局部再次扩大切除至切缘满足条件。乳腺

腺体创面采取腺体拉拢间断缝合,可以留有残腔,以不明显影响乳腺外形为标准,切口行皮内缝合,局部加压包扎。乳腺象限切除术完成后,行电视乳腔镜腋窝淋巴结清扫术,清扫范围达 I、II 或(和) III 组水平。

1.3 术后综合治疗

术后综合治疗主要包括化疗、放疗和内分泌治疗。术后均接受化疗、放疗。首次化疗在术后 2 周开始,优先选用 CEF(环磷酰胺+表柔比星+氟脲嘧啶)或 TAC(多西他赛+多柔比星+环磷酰胺)方案,对于 HER-2 阳性者选用 AC \rightarrow T(多柔比星+环磷酰胺序贯紫杉醇)加含曲妥珠单抗(赫赛汀)方案。所有患者均接受局部放疗。对于激素受体阳性者予口服三苯氧胺或芳香化酶抑制剂治疗,连用 5 年。

2 结果

均进行定期随访,随访时间 10~52 个月,中位随访时间 30.5 月。术后每 3~6 个月体检 1 次,每次行双乳 B 超,钼靶, X 线胸片,肿瘤标志物(CEA、CA₁₂₅、CA₁₅₃)等检查。无死亡和远处转移,术后 26 个月局部复发 1 例(行改良根治术后无瘤生存),局部复发率为 8.3%(1/12)。

3 讨论

自 20 世纪 70 年代, Fisher 就提出乳腺癌是一种全身性疾病。随着生物学免疫学研究的深入,人们逐渐认识到,区域淋巴结虽具有重要的生物学免疫学作用,但并不是癌细胞滤过的有效屏障,血流扩散也同样具有重要意义,这是乳腺癌外科切除范围缩小的理论基础^[3]。“小手术全乳放疗”的乳腺癌保留乳房治疗的远、近期疗效及美容效果得到普遍认可^[4],保乳手术在欧美国家已成为治疗早期乳腺癌的一种首选方式,但我国仍处于起步阶段。

多灶性乳腺癌是指发生于乳腺的多个癌灶,其间有正常乳腺组织分隔,通常存在于同一象限。到

目前为止,只有很少的文献报道了有关保乳手术治疗多灶性乳腺癌的相关研究。早期的研究表明保乳手术治疗多灶性乳腺癌有着较高的局部复发率,尤其是病理检查发现了 3 个或以上的病灶,复发率更高^[5]。因此,多灶性乳腺癌被列为保乳手术的绝对或相对禁忌证。

但近年来的研究表明,保乳手术配合术后放化疗等综合治疗已经取得与全乳切除术相近的治疗结果。Cho 等^[6]早先报道了 15 例同侧多灶性乳腺癌行保乳手术的临床研究,无一例局部复发,文章强调了术后放化疗等综合治疗的重要,尤其是保证切缘阴性和术后局部放疗是获得满意局部复发率控制的关键。近几年来,更大量的病例研究进一步证明,只要措施得当,多灶性乳腺癌不应成为保乳手术的禁忌证。Gentilini 等^[7]对 476 例多灶性或多中心性乳腺癌进行回顾性分析研究,其 5 年累计局部复发率仅为 5.1%,结论是对选择得当的多灶性或多中心性乳腺癌行保乳手术是安全可靠的。Lim 等^[5]对 147 例多灶性和 930 例单灶性乳腺癌行保乳手术的回顾性对比分析研究表明,两者局部复发率差异无统计学意义(2.0% vs 1.3%, $P=0.445$)。

在对乳腺癌的诊断、治疗过程中,我们还应注意到多灶性乳腺癌与多中心性乳腺癌不是两个完全相同的概念。多灶性癌可能为多中心起源,但多中心起源的癌并不一定都表现为多灶性癌;多中心起源的小癌灶较早可融合成一个癌灶而表现为单发癌灶^[8]。乳腺癌的多灶性是指主癌灶周围出现微小癌灶的情况,通常存在于同一象限;而多中心性癌是指距主癌灶周围较远的微小癌灶,通常这些病灶存在于乳腺的其他象限^[9]。考虑到部分多中心性乳腺癌肿瘤物散布在多个象限,需要广泛切除多处乳腺组织,局部复发风险高且治疗后难以保证美容效果,

故这类患者不宜行保乳手术。

总之,我们的研究表明,多灶性乳腺癌行保乳手术的局部复发率为 8.3%,与维也纳医科大学外科学系统计的 2082 例早期单病灶乳腺癌行保乳手术的局部复发率 7%^[1]相近。因此,只要患者选择得当,并且重视术后的放化疗等综合治疗,多灶性乳腺癌行保乳手术是基本安全可靠的。但多灶性乳腺癌能否成为保乳手术的适应证,有待于更大型的前瞻性研究来证实。

参考文献

- 1 Fital F, Riedl O, Jakesz R. Recent developments in breast-conserving surgery for breast cancer patients. *Langenbecks Arch Surg*, 2009, 394(4): 591-609.
- 2 骆成玉. 胸腔镜在乳腺外科手术中的应用现状. *中华乳腺病杂志: 电子版*, 2008, 2(6): 620-625.
- 3 骆成玉. 乳腺癌的微创手术. *临床外科杂志*, 2008, 16(10): 651-653.
- 4 左文述, 陈 鹏. 乳腺癌微创治疗研究的现状与展望. *中国微创外科杂志*, 2006, 6(5): 343-345.
- 5 Lim W, Park EH, Choi SL, et al. Breast conserving surgery for multifocal breast Cancer. *Ann Surg*, 2009, 249(1): 87-90.
- 6 Cho LC, Senzer N, Peters GN. Conservative surgery and radiation therapy for macroscopically multiple ipsilateral invasive breast cancers. *Am J Surg*, 2002, 183(6): 650-654.
- 7 Gentilini O, Botteri E, Rotmensz N, et al. Conservative surgery in patients with multifocal/multicentric breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*, 2009, 113(3): 577-583.
- 8 汤钊猷. 现代肿瘤学. 第 2 版. 上海: 上海医科大学出版社, 2000. 206-207.
- 9 沈镇宙, 邵志敏. 现代乳腺肿瘤学进展. 上海: 上海科学技术文献出版社, 2002. 104, 118.

(收稿日期: 2010-08-04)

(修回日期: 2010-08-23)

(责任编辑: 王惠群)