

乳腺癌根治术专题

· 专家论坛 ·

保留乳头改良根治术应注意的相关问题

马榕 王建丽 张凯 高海东 孙靖中

乳腺癌保留乳头改良根治术(nipple preserving modified radical mastectomy)是在保留胸肌的改良根治术基础上,进一步保留乳头、乳晕,有利于术后一期或二期乳房再造,提高乳腺癌患者术后生存质量^[1]。虽然保留乳头改良根治术已成为乳腺癌手术治疗的选择术式^[2],但开展的单位和数量相对较少,因此经验介绍不多。现结合笔者自己的经验就保留乳头改良根治术应注意的相关问题做一专题笔谈,为拟开展这一术式的医师提供参考。

1 手术适应证问题

Kissin 等^[3]报道,20例乳腺癌患者经术中冰冻切片证实乳头基底部切线无癌组织浸润而施行保留乳头手术,术后平均随访50.4个月,发生乳头部和皮瓣复发各1例。结果提示,仅仅依靠术中乳头基底部切线活检阴性来决定施行保留乳头改良根治术并非完全保险,还应制订相应的临床适应证。

笔者结合国外文献和国内的实际情况,于1995年制订了乳腺癌患者施行保留乳头改良根治术的适应证^[1,4-6]:(1)肿瘤为单发,长径 ≤ 3 cm,且与胸肌及表面皮肤无粘连;(2)肿瘤至乳晕边缘的距离 ≥ 3 cm;(3)乳头、乳晕部检查无癌浸润征象,乳头无内陷、溢血或溢液,乳头、乳晕皮肤无变硬、水肿、糜烂、溃疡等;(4)同侧腋窝无明显肿大、融合、固定的淋巴结(小的可推动的孤立肿大淋巴结不作为禁忌);(5)钼靶片上无广泛的钙化点,肿瘤与乳头、乳晕之间无异常阴影相连;(6)术前检查无远处转移。笔者于1995年3月至2007年11月共施行保留乳头改良根治术63例,其中符合上述适应证者55例,术后中位随访98个月,均未发生局部复发,说明上述适应证是符合实际的。保留乳头改良根治术切除了乳头、乳晕以外所有肉眼可见的乳腺组织,在切除范围上与保留乳房手术相比更彻底,因此保留乳房手术的适应证都可作为保留乳头改良根治术的适应证。对于符合适应证的患者,术中做乳头基底部切线快速病理检查,阴性者再保留乳头,理论上讲应更保险。

2 切口选择问题

当肿瘤位于乳房外侧时,可选取乳房外侧以肿瘤为中心的梭形切口,梭形

切口距肿瘤边缘 ≥ 2 cm。由于梭形切口切除了部分乳房皮肤,缝合后常常会造成乳头、乳晕向外侧移位,选取切口时,将梭形切口的一端指向乳头方向可防止术后乳头、乳晕的过度移位。

当肿瘤位于乳房内侧时,可选取两个切口。一个为肿瘤表面的横行、纵行或放射梭形切口,用于切除肿瘤表面的皮肤。另外在乳房外侧做一线状切口,用于皮下乳腺组织的切除和清扫腋窝淋巴结;一般选用沿乳房外侧边缘的纵弧形切口,有利于手术野的显露;亦可选用腋下沿皮纹走行的线状切口,有更好的美容效果,但是在显露和切除皮下乳腺组织方面不如乳房外缘的纵切口易于操作。

3 乳头坏死的预防和处理

保留乳头改良根治术后并发症之一是乳头坏死。一旦乳头坏死将失去保留乳头手术的意义,术中及术后应重点预防。术中乳头基底部主乳管应尽量切除,乳头基底部不应残留过多的组织。这样可减少保留的乳头组织本身对血运的需求,并可减少癌残留的危险性。乳头基底部有许多乳管断端,可用电刀烧灼予以破坏。因为保留的乳头类似于一块全厚皮片,压迫及弯曲极易造成乳头的缺血或淤血坏死,故术后禁忌加压包扎,以防止乳头受压坏死。纱布覆盖切口时,在乳头处纱布剪一直径为2 cm的孔,以便露出乳头,防止乳头弯曲、打折。

术后一旦发生乳头坏死,不应急于手术处理。术后乳头坏死多为表皮部分坏死,只要保持局部清洁、干燥,多能顺利达到痂下愈合而保住乳头。即使是乳头全部发黑,一般也不宜急于切除乳头,保持乳头局部清洁、干燥,术后1~2个月内也会达到痂下愈合,甚至保住部分乳头。

4 腋窝Ⅲ组淋巴结的清扫

目前,临床上常用的显露锁骨下区域清扫Ⅲ组腋窝淋巴结的方法有两种:一种是“胸大、小肌牵开法”^[7],另一种是“胸大肌劈开法(Kodama法)”。笔者一般采“胸大、小肌牵开法”。临床上许多医师习惯将患者的术侧上肢固定于外展位或内收屈曲位,虽各有其优点,但术中不能根据手术需要再变换上肢的位置。笔者的经验是将术侧上肢全部消毒并用无菌巾包裹置于手术无菌区内,从而可根据术中需要随时变换该侧上肢位置(内收屈曲位或外展位等),以松弛或拉紧皮肤和胸大肌,更有利于游离皮瓣、分离胸大小肌及显露腋窝顶部。

皮瓣游离完成后,从胸骨旁开始自内向外,将乳腺连同胸大肌筋膜一起从胸大肌表面剥离。剥离至胸大肌外缘后,将乳腺翻至切口外侧,从而可以显露胸大、小肌间隙和腋窝。将术侧上肢置于内收屈曲位,可松弛胸大肌,有利于胸大、小肌间的显露。向前提起胸大肌,清扫胸大、小肌间的脂肪淋巴组织,并

自胸小肌表面剥离翻至胸小肌外侧,以保证与乳腺组织整块切除,此时应注意分离并保护胸肩峰血管的胸肌支及与其伴行的胸肌神经。将胸大肌向前内侧牵开,绕胸小肌置牵引带,将胸小肌向外下方牵开,从而可以充分显露锁骨下区域,清扫Ⅲ组淋巴结。将游离的水平Ⅲ区域的脂肪淋巴组织自胸小肌后方牵出,以保证腋窝脂肪淋巴组织能整块切除^[8]。

5 乳头、乳晕区的术后放射治疗问题

保留乳头改良根治术属于一种特殊的乳腺癌改良根治术。它切除了乳头以外所有肉眼可见的乳腺组织,在切除范围上与保留乳房手术相比更接近于经典的改良根治术,术后不需要常规辅助放射治疗。但是,术中乳头基底部切线快速病理检查阴性者,术后病理检查可能存在一定的阳性率。如果术后病理检查显示乳头基底部切线存在浸润癌,则应再次手术切除乳头、乳晕。如果乳头基底部切线术后病理检查显示低级别导管内癌成分,此种情况下是否应再次手术切除乳头、乳晕存在争论,尤其是术中一期施行了假体植入乳房再造的患者,临床可采用术后乳头、乳晕区的放射治疗作为补救,远期疗效还有待于进一步观察和评价。

6 术后的乳房再造问题

中国女性患者与欧美相比,乳房相对较小。体积小的乳房不太适合做保留乳房手术,却适合做保留乳头改良根治术,即使术后不施行乳房再造也有较好的美容效果。从这一点上讲,保留乳头改良根治术更适合中国国情。体积较大的乳房更适合于保留乳房手术,如果施行保留乳头改良根治术,则会造成明显的胸部不对称,应考虑行一期或二期乳房再造。可应用乳房假体充填于胸大肌深面再造乳房,亦可采用自体组织(如背阔肌或腹直肌)进行乳房再造。临床上更倾向于应用乳房假体充填再造乳房,创伤相对较小、手术操作简单、美容效果好。

虽然保留乳头改良根治术是适应中国国情的乳腺癌手术方式,结合一期或二期乳房再造,可作为Ⅰ、Ⅱ期乳腺癌手术治疗的选择术式;但是,如何更规范地开展保留乳头改良根治术仍存在许多争论的问题,有待进一步研究和长期随访。

【关键词】 乳腺肿瘤;乳房切除术

【中图分类号】 R737.9 【文献标识码】 A

参考文献

- [1] 马榕,孙靖中,靳祖涛,等.保留乳头改良根治术治疗Ⅰ、Ⅱ期乳腺癌(附21例报告).山东医科大学学报,1998,36:153-154.
- [2] 孙靖中,王占民,姜希宏.普通外科手术规范及典型病例点评.济南:山东科学技术出版社,2005:79-82.

- [3] Kissin MW, Kark AE. Nipple preservation during mastectomy. Br J Surg, 1987, 74: 58-61.
- [4] 马榕, 孙靖中, 王建丽, 等. 乳腺癌乳头和乳晕部浸润. 中华外科杂志, 1996, 34: 188-191.
- [5] 马榕, 孙靖中, 王建丽, 等. 保留乳头改良根治术治疗乳腺癌的近期疗效. 中华外科杂志, 2000, 38: 282.
- [6] 马榕, 孙靖中, 王建丽, 等. 保留乳头改良根治术治疗乳腺癌中远期疗效分析. 中国实用外科杂志, 2003, 23: 606-607.
- [7] 马榕. 乳腺癌改良根治术中清扫腋窝Ⅲ组淋巴结的经验与技巧. 中国实用外科杂志, 2006, 26: 298-299.
- [8] 马榕, 王建丽, 高海东, 等. 乳腺癌保留乳头改良根治术手术技巧. 国际外科学杂志, 2007, 34: 214-216.

(收稿日期: 2010-01-26)

(本文编辑: 张毅)

马榕, 王建丽, 张凯, 等. 保留乳头改良根治术应注意的相关问题[J/CD]. 中华乳腺病杂志: 电子版, 2010, 4(1): 4-7.