

20 例保留皮肤的乳腺癌全乳切除和即刻乳房再造

Skin-sparing Mastectomy and Immediate Breast Reconstruction for 20 Cases with Breast Cancer // HU Xiao-qing, XU Jian-gang, ZHAO Ting

胡晓清, 许践刚, 赵 挺

(温州市第二人民医院, 温州市肿瘤医院, 浙江 温州 325000)

摘 要: 选择早期乳腺癌患者 20 例, 行保留皮肤的乳腺癌改良根治术后即刻植入假体(14 例)或背阔肌肌皮瓣(2 例), 或联合乳房再造(4 例), 部分保留乳头乳晕复合体。20 例患者中, 保留乳房皮肤及部分保留乳头乳晕, 均未见局部复发。再造效果优 6 例, 良 12 例, 尚可 2 例, 无严重变形病例。无严重并发症, 均按时进行辅助治疗。保留乳房皮肤及乳头乳晕的乳腺癌全乳切除术局部复发率低, 术中即刻假体、背阔肌肌皮瓣或联合乳房再造手术效果好, 并发症少。

主题词: 乳腺肿瘤; 乳房成形术; 保留皮肤; 假体植入

中图分类号: R737.9 **文献标识码:** B

文章编号: 1671-170X(2012)02-0151-02

近年来, 为恢复女性形体的完整, 乳房再造正成为乳腺癌治疗的一部分, 自体组织移植乳房再造如横行腹直肌肌皮瓣(TRAM)、游离转移皮瓣(DIEP)等操作较为复杂。我科自 2006 年 3 月至 2008 年 10 月选择早期乳腺癌共 20 例, 行保留皮肤的皮下腺体切除加腋窝清扫及 1 期假体植入、背阔肌肌皮瓣转移或联合乳房再造, 创伤小, 操作简单, 外形好, 不影响辅助治疗, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本组根据乳腺癌 TNM 国际分期法(AJCC 第 6 版), 20 例均为 I、II 期乳腺癌患者, 不适合保乳或对保乳有严重心理顾虑, 术前临床及超声检查均未见明显淋巴结转移征象, 双乳无明显下垂; 年龄 27~48 岁, 平均 37 岁; 浸润性导管癌 17 例, 黏液癌 2 例, 浸润性小叶癌 1 例; 肿块小于 2cm 14 例, 2~3cm 6 例; 肿块位于内上象限 5 例, 内下象限 2 例, 外上象限 10 例, 外下象限 3 例; 肿块距离乳晕大于 3cm 13 例, 小于 3cm 7 例; 所有患者无乳房皮肤改变, 无乳头溢液、凹陷等。

1.2 手术方法

所有患者保留皮肤, 对肿块浅表可疑侵犯皮下组织或皮肤则梭形切除肿块表面皮肤, 肿块距离乳晕大于 3cm 患者保留乳头乳晕复合体, 乳头乳晕复合体保留皮瓣厚度至少为 5mm, 术中多点冰冻切片证实乳头乳晕未受侵犯。肿块距离乳晕小于 3cm 患者切除乳头乳晕复合体。根据 Chagpar^[1]总

结切口的 6 种分类, 根据肿块位置选择改良椭圆形切口、乳晕周围切口或网球拍状切口及乳房腋窝的双切口, 以能完整切除乳腺组织、有利腋窝清扫及伤口隐蔽、不影响美容为原则。术中操作按照乳腺癌改良根治原则进行。所有患者完整保留胸肌神经, 胸长、胸背神经, 胸背动静脉, 部分保留肋间臂神经。根据患者自身意愿及对侧乳房大小, 背阔肌肌皮瓣的估计组织量大小, 采用单纯假体植入、背阔肌肌皮瓣转移及两者联合等方式进行乳房再造。乳房较小的, 采用单纯背阔肌肌皮瓣转移; 中等大小的, 采用单纯假体植入; 较大者则采用联合再造。

三种术式具体操作: 改良根治完成后, 遵循无瘤操作原则, 蒸馏水冲洗、浸泡创面并更换手术器械及手术衣。于胸大肌外缘缘始打开胸大肌、胸小肌间隙, 然后于胸大肌、前锯肌间分离形成腔穴。内侧分离至胸骨旁, 向外掀起至腋前线与腋中线之间, 下至乳房下皱襞下 1~2cm, 将胸大肌下缘与腹直肌筋膜一起掀起, 植入假体后, 将胸大肌外侧缘与前锯肌前缘缝合, 乳房下皱襞重塑缝合固定。如果对侧乳房较大, 胸大肌及前锯肌不能完全覆盖假体, 保留乳头乳晕者, 则采用腋窝清扫切口直接取带蒂的背阔肌瓣转移联合覆盖, 不需取背部皮瓣, 切除乳头乳晕复合体患者则术中变换体位取带蒂的背阔肌肌皮瓣转移联合覆盖假体。对于乳房较小患者, 直接采用带蒂背阔肌肌皮瓣转移填塞重建。本组患者行单纯假体植入 14 例, 单纯背阔肌肌皮瓣转移 2 例, 两者联合 4 例。

1.3 疗效评价

根据乳房的大小、形状、对称性及患者的满意度来评价手术效果^[2]。优: 再造乳房与对侧乳房大小基本相等, 位置对称, 患者非常满意; 良: 再造乳房与对侧乳房大小基本相等, 位置较对侧稍高, 着装后无明显差别, 患者比较满意; 尚可: 双侧乳房明显不对称, 着装后双乳差别明显, 患者不满意; 差: 再造乳房严重变形。优、良为有效。

2 结 果

20 例患者, 手术效果优 6 例, 良 12 例, 尚可 2 例, 无严重变形病例。其中 6 例优中, 假体植入 4 例, 假体联合背阔肌转移 2 例; 良 12 例中, 假体 9 例, 单纯背阔肌瓣 1 例, 联合 2

通讯作者: 胡晓清, 副主任医师, 硕士在读; 浙江省温州市第二人民医院, 温州市肿瘤医院肿瘤外科, 浙江省温州市双屿下寅(325000); E-mail: loosewind@163.com。

收稿日期: 2011-10-14; **修回日期:** 2012-01-08

例;尚可 2 例包括单纯背阔肌瓣转移 1 例(50.0%)及假体植入 1 例,其中 1 例单纯背阔肌瓣转移伴腋淋巴结转移患者术后经辅助放疗后导致双乳不对称,1 例假体植入 1 年后出现包膜挛缩,未作处理。行单纯假体植入者有效率为 92.9%(13/14),单纯背阔肌皮瓣转移者有效率为 50.0%(1/2),行两者联合者有效率为 100.0%(4/4),3 组间有效率无显著性差异($\chi^2=4.2$, $P>0.05$)。术后出现 1 例网球拍状切口外侧部分皮瓣部分坏死,经换药后愈合,1 例乳房腋窝双切口皮下积液,经引流后愈合,未出现严重并发症,不同切口选择其并发症发生无差异。

术后根据 NCCN 指南进行辅助治疗,需化疗患者均于术后 7~10d 开始辅助化疗,同时根据复发风险评估后予以不同的化疗方案,续贯放疗 1 例;并根据患者激素受体及 HER-2 状况予以内分泌及靶向治疗。无因并发症而延迟辅助治疗者。截止至 2011 年 5 月,随访 18~61 个月,中位随访时间 38 个月,无局部复发病例,1 例腋淋巴结转移患者于 1 年半后出现骨转移。

3 讨论

乳腺癌的保乳根治术明显提高了患者的生活质量,但仍有部分患者因不符合保乳条件或担心保乳得不到根治及经济难以承担术后辅助放疗等不得不接受改良根治术。本研究选择早期乳腺癌行保留皮肤的乳腺癌改良根治术后即刻乳房再造,较之保乳根治术,可以部分避免术后辅助放疗,降低了局部复发率,且一次性完成肿瘤根治及形体塑造,改善了患者的身心健康。

乳腺癌术后局部复发主要来自残留的乳腺导管上皮而不是乳房皮肤组织^[3]。研究^[4,5]报道乳腺癌行保留皮肤的乳腺癌根治术后局部复发率与乳腺癌改良根治术相似,局部复发与肿瘤分期、肿瘤大小、淋巴结转移状态以及肿瘤分化程度等因素有关,与保留乳房皮肤无关。Abdalla 等^[6]认为保留乳头、乳晕的皮下乳腺癌改良根治术与传统的根治性手术相比,两者预后无明显差异。而乳腺癌肿瘤距乳晕边缘的距离 $\geq 3\text{cm}$,肿瘤最大径 $< 3\text{cm}$,乳头无溢液,无湿疹样改变,无内陷及歪斜等,保留乳头乳晕是安全的^[7-9]。本组保留乳房皮肤,肿块距离乳晕 3cm 以上者同时保留乳头乳晕(术中乳头乳晕复合体多点冰冻切片检查均未见其受侵犯),术后遵循肿瘤治疗原则进行辅助治疗,随访 18~61 个月,无局部复发病例,1 例腋淋巴结转移患者于 1 年半后出现血行转移。因此,只要完善术前评估、确保术中切缘阴性,保留皮肤、乳头乳晕的乳房切除术是可行的,并不增加复发率。

保留皮肤的皮下腺体切除(SSM)后一期乳房再造主要适用于乳腺原位癌、乳房预防性切除和部分早期乳腺癌患者^[10]。乳房再造可单用假体,也可用自体转移皮瓣,抑或两者结合。自体组织再造可采用带蒂背阔肌皮瓣、横行腹直肌皮瓣(TRAM)及游离转移皮瓣(DIEP)等方法,TRAM 和 DIEP 手术时间长,创伤大,操作较复杂,且 DIEP 尚需血管吻合技术,术后皮瓣坏死、创口裂开、脂肪液化、腹壁疝等可能的并发症相对较多,且可能影响辅助治疗的按时进行。有文献^[11]研究自体组织转移即刻乳房再造对辅助治疗的影响,特别是 TRAM,

各研究中心显示结果不一,有 3%~72% 患者辅助治疗延迟,相比未行乳房再造的患者,其辅助化疗时间延迟从 13% 增加到 36%,其最常见的原因是创口和皮瓣导致的并发症。而带蒂背阔肌皮瓣转移和假体植入操作相对比较简单,可以在不增加创伤的情况下植入假体或背阔肌皮瓣从而达到乳房再造、美容的目的。本组 20 例患者,行单纯假体植入 14 例,单纯背阔肌皮瓣转移 2 例,联合 4 例,其中疗效优 6 例,良 12 例,尚可 2 例,无严重变形病例。保留皮肤及乳头乳晕者,部分直接采用腋窝清扫切口取背阔肌瓣转移或联合覆盖假体,而不需要另取创口,操作简单,术后无严重并发症,除 1 例假体包膜挛缩,1 例术后病理发现腋淋巴结转移 3 枚而行辅助放疗并导致双乳不对称外,其余均获得了良好的疗效。1 例患者采用网球拍状切口外侧小块皮瓣坏死,可能与术中腋窝清扫时牵拉皮瓣导致,经换药后治愈,无假体外露等,无导致辅助治疗延迟。

参考文献:

- [1] Chagpar AB. Skin-sparing and nipple-sparing mastectomy: preoperative, intraoperative, and postoperative considerations[J]. *Am Surg*, 2004, 70(5):425-432.
- [2] Munhoz AM, Aldrighi C, Montag E, et al. Optimizing the nipple-areola sparing mastectomy with double concentric periareolar incision and bi-dimensional expander-implant reconstruction: aesthetic and technical refinements [J]. *Breast*, 2009, 18(6): 356-367.
- [3] Cunnick GH, Mokbel K. Skin-sparing mastectomy[J]. *Am J Surg*, 2004, 188(1):78-84.
- [4] Wijayanayagam A, Kumar AS, Foster RD, et al. Optimizing the total skin-sparing mastectomy[J]. *Arch Surg*, 2008, 143(1): 38-45.
- [5] Doddi S, Singhal T, Kasem A, et al. A single institution experience with skin sparing mastectomy and immediate breast reconstruction [J]. *Ann R Coll Surg Engl*, 2011, 93(5):382-384.
- [6] Abdalla HM, Shalaan MA, Foudad FA, et al. Immediate breast reconstruction with expander assisted latissimus dorsi flap after skin sparing mastectomy [J]. *J Egypt Natl Canc Inst*, 2006, 18(2):134-140.
- [7] 曾健, 陆云飞, 林进令. 保留皮肤或保留乳头乳晕的乳腺癌改良根治术后扩展型背阔肌皮瓣即时乳房再造[J]. *中国综合临床*, 2005, 21(10):897-899.
- [8] 王圣应, 鲁智, 程新德, 等. 早期乳腺癌保留乳头乳晕的复合体—I 期腹直肌皮瓣重建乳房 [J]. *癌症*, 2004, 23(1):56-59.
- [9] Boneti C, Yuen J, Santiago C, et al. Oncologic safety of nipple skin-sparing or total skin-sparing mastectomies with immediate reconstruction[J]. *J Am Coll Surg*, 2011, 212(4): 686-693.
- [10] Sotharan WJ, Rainsbury RM. Skin-sparing mastectomy in the UK—a review of current practice [J]. *Ann R Coll Surg Engl*, 2004, 86(2):82-86.
- [11] Lewis RS, Kontos M. Autologous tissue immediate breast reconstruction: desired but oncologically safe? [J]. *Int J Clin Pract*, 2009, 63(11):1642-1646.