

乳腺癌保乳手术治疗研究进展

季小楠 纽维桥 何涛

南京医科大学康达学院, 中国·江苏 连云港 222000

【摘要】保乳手术已经成为现阶段临床对乳腺癌进行治疗的一种常用手段,能够对肿瘤病灶实施切除,可保留患者的部分乳腺生理功能。但手术的适应证要求相对较为严格,且操作者的专业技能要求也相对较高。患者在手术后,需要进一步接受综合性康复治疗,从而保证治疗达到预期效果,使预后更加理想。本文主要从保乳手术定义、切口设计、适应证和禁忌症、病灶切除、手术切缘、象限切除、淋巴清扫、术后综合治疗、优缺点等几个方面入手,对乳腺癌保乳手术治疗的研究进展情况进行综述。

【关键词】乳腺癌;保乳手术;研究;进展;综述

乳腺癌属于临床上常见的一种女性常见恶性肿瘤类疾病,在发病的初期阶段不会有典型的症状出现,被忽略的可能性较大,直至有乳头溢液、乳腺肿块等症状产生后一些患者才会入院就诊,并发现病变^[1]。本文主要从保乳手术定义、切口设计、适应证和禁忌症、病灶切除、手术切缘、象限切除、淋巴清扫、术后综合治疗、优缺点等几个方面入手,对乳腺癌保乳手术治疗的研究进展情况进行综述。

1 保乳手术概念

保乳手术是目前临床对乳腺癌患者进行治疗的一种较为常用的方式,其操作的基本原理是,将体内相关肿瘤病灶切除,同时避免对乳房的外观造成不利影响,使根治肿瘤、保留部分乳腺功能的治疗目的得以实现。与改良根治术相比较而言,保乳手术在该疾病的治疗方面,主要具有对机体造成创伤小、所承受痛苦程度轻等几大优势,能够为患者在术后的迅速恢复,提供一定的帮助^[2]。

2 乳腺癌保乳手术适应证和禁忌症

①单发肿瘤,直径不足3cm,分期为I期、II期,皮肤正常,无酒窝征、橘皮征改变,且肿瘤并在与胸肌、表皮之间没有发生粘连;②肿瘤与乳晕距离2cm以上;③乳头无溢液、溢血、凹陷,乳晕与乳头无糜烂、水肿、溃疡;④同侧腋窝淋巴结小,没有融合和肿大;⑤钼靶检查确定无广泛钙化点,乳头、乳晕、肿瘤均无相连的阴影^[3]。此外,对于保乳手术,在临床上是否可以被用于导管原位癌的治疗,目前还存在争议,但相关研究显示,该类患者接受保乳手术,在10年内的生存率水平可以达到80%以上,病情再次复发的可能性接近10%。由此可以充分说明,具备保乳手术适应证的导管原位乳腺癌患者,同样可以接受保乳手术,但需要注意的是,如果有如下禁忌证,则不能够采用保乳手术方式进行治疗,①腋窝淋巴结转移,②合并活动性结缔组织病,③病灶分布于多个象限^[4]。

3 乳腺癌保乳手术切口设计

以乳头为中心,将乳房划分为上、下两部分,肿瘤位于上方者以乳头为中心做弧形切口,下方者以乳头为中心做放射状切口;腋窝解剖切口设计,要平行于腋褶线的斜切口,长度在5-6cm之间^[5]。

4 肿瘤与周围少许乳腺组织切除术

保乳手术实施期间需要对肿物进行4个方向的标记,即刻进行术中冷冻切片,如果为恶性肿瘤,则需要对组织各方向切缘中癌细胞残留情况进行检查,如果切缘结果显示为阳性,则以实线

所标记的方向作为依据,再次实施切除处理,长度控制在1-2cm之间,随后通过冷冻切片病理检查,确定切缘结果已经转阴^[6]。术前X线检查,提示为小体积肿块、单纯钙化灶者,可以应用X线技术,对肿块病灶的具体情况进行评估,待肿物完全切除之后,对手术部位进行标记,以便术后再进行相应治疗^[7]。

5 乳腺癌保乳手术切缘

目前对保乳手术切缘在临床上存在不同看法,手术切缘通常以1-2cm作为标准,可以分为镜下切缘和肉眼切缘两种类型^[8]。根据相关领域所进行的研究报道称,肉眼切缘大小为1cm的阳性患者,病情复发率要高于阴性者,故认为保乳手术如果想达到理想的预期效果,则需要满足肉眼切缘为2cm阴性。如果术中切缘快速冷冻病理检查多次显示为阳性,则需转根治术,从而防止病情在术后再次复发,减轻患者的身心和经济压力^[9]。

6 乳腺癌保乳象限切除术

目前欧美应用较多,适应证国内尚未制订统一标准,对于一侧乳房内的单个病灶,直径小于3厘米,边界清楚,无腋窝淋巴结转移,且癌灶位于乳房周边,肿瘤边缘距乳头的距离大于3厘米,以便于手术后的修复,及保持乳房的外形美观,有强烈保乳主观要求,且有条件接受术后综合治疗和长期随访的患者建议接受该项手术治疗^[10, 11]。

7 乳腺癌保乳淋巴结清扫术

以往的研究结果认为,手术治疗乳腺癌过程中,淋巴结清扫是一项极为重要操作步骤,然而随着近年来前哨淋巴结活检术的问世,使手术治疗模式得以更新,即患者首先进行前哨淋巴结活检术,如果病理检查为阴性,则腋窝淋巴结活检术没有必要进行,避免常规腋窝淋巴结清扫所导致的上肢功能障碍、上肢水肿等相关并发症的出现^[12, 13]。前哨淋巴结属于患者体内乳腺癌细胞发生转移之后的第一站淋巴结,其与肿瘤原发部位较为接近,可对区域淋巴结整体状态进行充分体现。如果前哨淋巴结为阳性,则可能累及整个区域淋巴结,反之则没有造成累及^[14]。

8 术后综合治疗

8.1 放疗乳腺癌

乳腺癌患者在接受保乳手术治疗后,继续接受放疗的主要目的在于,使残留的病灶在短时间内消除,使局部再次复发的可能性降低^[15]。目前,临床上对于乳腺癌患者在手术后实施放疗时的照射剂量建议控制在40-50Gy之间,并且建议实施全乳照射,同时对内乳及锁骨进行逐步照射,放射治疗要在保乳手术结束后6个星期内进行^[16]。

8.2 内分泌治疗

雌激素受体调变剂及雌激素拮抗剂, 长期以来被作为乳腺癌患者在保乳手术治疗后, 进一步实施内分泌治疗的最佳药物选择, 上述两个药物在治疗过程中应用, 对绝经前与绝经后患者能够产生更为显著的效果, 应用于乳腺癌患者的治疗, 可以使复发率与病死率水平降低^[17]。相关研究认为, 雌激素受体调变剂类药物作用于患者体内的持续时间能够达到5年之久, 如果患者已经绝经, 可以给予雌激素受体与芳香化酶抑制剂类药物, 所达到的治疗效果, 较单纯应用雌激素受体调变剂更为理想, 患者的生存率水平可以进一步提升^[18]。

8.3 靶向治疗

现阶段对乳腺癌患者在保乳手术后进一步实施靶向治疗的相关研究仍然在进行当中, 研究显示, 乳腺癌患者在保乳手术后, 应用曲妥珠单抗, 可以使无病生存率得到改善, 人表皮生长因子受体-2阳性早期乳腺癌患者应用该药物, 可对乳腺癌内在分子亚型进行判断^[19]。

9 乳腺癌保乳手术优缺点

9.1 优点

保乳手术不仅仅可以在最大程度上保留患者的乳房组织, 且能够达到一定的美容效果, 患侧上肢功能的损伤程度可明显减轻, 避免接受根治手术过程中所导致的各种并发症, 使患者的生活和生存质量得到显著提升。

9.2 缺点

该项手术治疗的指征相对较为严格, 并非对所有乳腺癌患者均适用, 如果乳房体积相对较小, 接受保乳手术往往无法达到预期的美容效果; 同时, 操作过程需要进行快速冷冻病理切片, 对操作者的技能要求较高; 此外, 患者在术后需要进一步接受放疗或其他综合性治疗, 部分患者无法承担身心和经济压力^[20]。

参考文献:

[1] 钟秋子, 荣庆林, 唐玉, 等. I - II 期乳腺癌保乳术后放疗的临床疗效及预后分析[J]. 中华放射肿瘤学杂志, 2018, 27(2): 165 - 169.
[2] 徐焱. 乳腺癌保乳手术联合术中放疗的近期疗效、不良反应及生命质量研究[J]. 中国医师进修杂志, 2018, 41(11): 1030 - 1032.
[3] 王利锋, 马艳飞, 李小峰. 曲妥珠单抗和拉帕替尼治疗早期HER2过表达型乳腺癌患者的有效性分析[J]. 国际外科学杂志, 2019, 46(5): 321 - 325.
[4] 金泽宇, 陆裕杰, 陈伟国, 等. 乳腺癌术后局部区域复发及再手术选择的相关因素分析[J]. 中华外科杂志, 2019, 57(5): 366 - 372.
[5] 郑林晶, 董银萍, 胡兵, 等. 乳腺癌保乳术后大分割放疗的研究进展[J]. 国际肿瘤学杂志, 2018, 45(9): 570.
[6] 王志威, 魏敏, 王杰, 等. TEC-NX方案与TEC方案在局部晚期乳腺癌辅助化疗中疗效和不良反应差异的比较[J]. 国际外科学杂志, 2019, 46(5): 325 - 329.
[7] 徐焱. 乳腺癌保乳手术联合术中放疗的近期疗效、不良反应及生命质

量研究[J]. 中国医师进修杂志, 2018, 41(11): 1030 - 1032.

[8] 尹子毅, 王峰, 赵梦, 等. 卡培他滨为基础一线方案治疗Her2阴性转移性乳腺癌的单中心回顾性研究及TYMP基因多态性分析[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2019, 24(9): 1002 - 1008.

[9] 殷科, 曹永晋. 曲妥珠单抗新辅助化疗表皮生长因子受体2阳性乳腺癌的临床疗效及安全性评价[J]. 中国临床药理学杂志, 2015, 31(9): 725 - 727.

[10] 贾莉, 朱文龙, 邹勤. 乳腺钼靶与超声用于乳腺癌筛查中的价值和确诊率分析[J]. 影像研究与医学应用, 2020, 4(13): 139 - 140.

[11] 呼改凤, 付海霞, 马继芳, 等. 蒽环类药物对早期乳腺癌术后患者心脏毒性影响的临床研究[J]. 中华心血管病杂志, 2018, 46(12): 987 - 992.

[12] 李筱琳, 杨晓华. 高频超声与钼靶X线诊断不同分期乳腺癌的临床价值[J]. 影像研究与医学应用, 2020, 4(21): 142 - 144.

[13] Emens L A, Cruz C, Eder J P, et al. Long-term Clinical Outcomes and Biomarker Analyses of Atezolizumab Therapy for Patients With Metastatic Triple-Negative Breast Cancer: A Phase 1 Study[J]. JAMA Oncol, 2019, 5(1): 74 - 82.

[14] Bosma SC, van der Leij F, van Werkhoven E, et al. Very low local recurrence rates after breast-conserving therapy: analysis of 8485 patients treated over a 28-year period[J]. Breast Cancer Res Treat, 2016, 156(2): 391 - 400.

[15] van Maaren MC, de Munck L, Jobsen JJ, et al. Breast-conserving therapy versus mastectomy in T1-2N2 stage breast cancer: a population-based study on 10-year overall, relative, and distant metastasis-free survival in 3071 patients[J]. Breast Cancer Res Treat, 2016, 160(3): 511 - 21.

[16] Chinese anti-cancer association, Committee of breast cancer society. Guideline and Standard for the diagnosis and treatment of breast cancer by Chinese Anti-cancer Association (2017 edition)[J]. Zhongguo Ai Zheng Za Zhi, 2017, 27(9): 695 - 760.

[17] 王毅力, 高伟. 早期乳腺癌患者行保乳手术与根治术的治疗效果比较[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2018, 25(6): 701 - 704.

[18] 邹洁雅, 王晓琪, 孙丽飞, 等. 乳腺癌新辅助化疗后前哨淋巴结活检术研究进展[J]. 中华肿瘤杂志, 2019, 41(8): 565 - 568.

[19] 李亚会, 张连花, 陈晓品. 早期乳腺癌保乳手术联合术中放疗研究进展[J]. 中华内分泌外科杂志, 2018, 12(1): 85 - 88.

[20] 岳丹, 杨永净, 赵玲, 等. 早期乳腺癌保乳术后加速部分乳腺照射对比全乳腺照射瘤床推量照射的临床研究[J]. 中华放射医学与防护杂志, 2018, 38(9): 664 - 669.

作者简介:

季小楠 (1998.04 -) 女, 汉族, 江苏淮安, 本科在读, 南京医科大学康达学院, 研究方向: 外科。

组维桥 (1998.12 -) 男, 汉族, 山西运城, 本科在读, 南京医科大学康达学院, 研究方向: 外科。

何涛 (1999.03 -) 男, 汉族, 江苏连云港, 本科在读, 南京医科大学康达学院, 研究方向: 外科。