

# 背阔肌肌皮瓣联合扩张器在乳腺癌即刻乳房重建中的临床应用

史京萍<sup>1</sup>,葛小静<sup>1</sup>,夏添松<sup>2</sup>,周文斌<sup>2</sup>,侯祚琮<sup>1</sup>,刘晓安<sup>2</sup>,查小明<sup>2</sup>,凌立君<sup>2</sup>,肇毅<sup>2</sup>,陈琳<sup>2</sup>,王水<sup>2</sup>,章宏伟<sup>1</sup>

(<sup>1</sup>南京医科大学第一附属医院整形烧伤科,<sup>2</sup>乳腺外科,江苏 南京 210029)

**[摘要]** 目的:介绍背阔肌肌皮瓣联合扩张器应用于乳腺癌患者即刻乳房重建的临床经验。方法:回顾本院2013~2014年10例行保留皮肤或保留乳头乳晕乳腺癌切除术后,应用背阔肌肌瓣或肌皮瓣联合扩张器进行即刻乳房重建病例,术后分次注水扩张,维持6个月以上,二期手术将扩张器更换为硅凝胶假体,完成乳房重建。结果:10例乳房再造手术均获成功,未发生扩张器或假体相关并发症。术后随访1年,外观效果满意。结论:背阔肌肌皮瓣联合扩张器的即刻乳房重建手术对乳腺癌患者安全可行,手术效果好。

**[关键词]** 乳腺癌;乳房重建;扩张器;背阔肌肌皮瓣

**[中图分类号]** R625.2

**[文献标志码]** B

**[文章编号]** 1007-4368(2014)12-1690-02

**doi:** 10.7655/NYDXBNS20141215

乳房重建手术的发展,给医患双方有了更多的选择。假体或自体组织的乳房重建手术方式,对于不同类型的患者,各有其优缺点。为了再造乳房的合理设计,并最大程度地减少供瓣区的损伤,本院采用背阔肌肌皮瓣联合扩张器的方法,在乳腺癌手术中进行即刻乳房重建,取得良好效果。

## 1 对象和方法

### 1.1 对象

本院2013~2014年行背阔肌肌皮瓣联合扩张器乳房重建10例,年龄25~45岁,平均年龄32.2岁,左侧6例,右侧4例;浸润性导管癌8例,导管内癌2例。保留皮肤的乳房切除术(skin sparing mastectomy, SSM)2例,保留乳头乳晕的乳房切除术(nipple sparing mastectomy, NSM)8例。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 一期手术

手术切口设计结合乳腺外科和整形外科的考量,采用环乳晕的“Ω”形切口,完成皮下腺体切除。术中行冰冻病理检查:如乳头乳晕后组织有肿瘤侵犯,或重度不典型增生,则需环形切除乳头乳晕复合体组织。如需腋窝前哨淋巴结活检或腋窝淋巴结清扫,另取腋窝切口进行。背阔肌肌瓣选取背部斜形或横行切口获取,经腋窝胸侧壁的皮下隧道转移至胸部,供区均原位对合缝合。乳腺癌的切除手术为仰卧位,切取背阔肌肌瓣时改侧卧位,根据设计切开背部皮肤、皮下浅筋膜浅层,将浅筋膜深层的

脂肪组织保留在背阔肌肌瓣上,沿深浅脂肪层次之间分离上方至肩胛下的背阔肌上缘,内侧达脊柱旁斜方肌和竖脊肌旁,下缘达髂嵴上方腱膜移行区,外侧缘则在腋后线附近解剖,并沿胸壁与背阔肌深面的疏松结缔组织分离,注意结扎有关胸壁来源的血管穿支。注意探查并保护外上侧的止于肱骨的肌束、肩胛血管和胸背血管,并以此为蒂,经由胸侧壁的皮下隧道将背阔肌肌瓣转移至胸部腔隙,背部供瓣区分层缝合并置引流管。

背部供瓣区缝合后以无菌敷料覆盖,并用无菌手术贴膜封闭后,再次改仰卧位,手术区重新消毒铺单,必要时调整半坐位,进行背阔肌肌瓣的定位和扩张器的植入。根据原乳房的范围,并参考健侧,将背阔肌肌瓣置于胸部皮下、胸大肌前,构建植入体腔隙,植入扩张器,并预充注部分生理盐水,注水量为预估容积的50%左右,术区置引流管,分层缝合切口,完成一期即刻乳房重建。

在一期手术中,部分病例需要切除乳头乳晕,甚至因肿瘤病灶累及,需要切除部分乳房皮肤者,在设计时应包含部分背阔肌表面组织同时切取,构成背阔肌肌皮瓣。供区切口同样原位缝合。

#### 1.2.2 充注扩张器

术后2周开始扩张器充注生理盐水,每隔10d随访并注水扩张,参考健侧乳房形态体积,医患双方共同观察、商议,满意后记录容积数,最终适度过量扩张后,等待二期手术。扩张时每次注水量约为预计扩张器容积的15%左右,根据患者耐受和皮肤

情况调整,每次 20~40 ml。充注扩张器的操作一般在一期手术后 2 个月内完成。

### 1.2.3 二期手术

扩张器完成注水扩张 3 个月以后,进行二期手术,取出扩张器,更换永久性硅凝胶假体,完成重建手术。如患者术后需要化疗或放疗,在其完成相关治疗 3~6 个月后,常规进行血常规、肝肾功能、心电图等实验室检查,排除手术禁忌后,进行二期手术。二期手术采用全身麻醉,半坐位,采取原乳房部手术切口,分离至背阔肌肌瓣外缘,取出扩张器,松解腔隙包膜,再次以扩张器调试容积,并参照对侧形态体积,确定所需置入假体的容积。置入硅凝胶假体,缝合伤口,完成手术。

### 1.2.4 评价标准

术后随访 1 年,采用 Harris 标准<sup>[1]</sup>评价再造乳房美容效果。优:再造乳房与健侧乳房大小基本相等,位置对称,患者非常满意;良:再造乳房与健侧乳房大小相差不多,着装后双乳无明显区别,患者比较满意;一般:双侧乳房明显不对称,着装后双乳区别明显,患者不满意;差:再造乳房严重变形。

## 2 结果

全部背阔肌肌皮瓣联合扩张器行即刻乳房重建的病例随访 1 年以上,至今未检及有乳腺癌转移或复发者。未发生扩张器或假体相关并发症,供瓣区未见血清肿或坏死发生。所有病例无中途放弃手术或更换手术计划者,治疗效果满意。Harris 标准评价结果,优 8 例,良 1 例,一般 1 例,差 0 例;优良率 90%(14/15)。

## 3 讨论

关于乳腺癌病例进行乳房重建的时机,本文认为即刻乳房重建,将使患者有更好受益。即刻乳房重建手术中可以保留尽可能多的乳房皮肤组织,以及乳头乳晕组织,这样不论对于假体乳房重建,还是自体组织乳房重建,都可以有较小的乳房瘢痕和较好的外观;也减少了自体组织重建时,对供区组织量的需求;更加能够减少患者的心理落差,提供更好的心理状态,利于其身心恢复<sup>[1-2]</sup>。

本组手术中采取的是全背阔肌肌瓣,转移后覆盖于胸部的胸大肌之前,扩张器或假体置于背阔肌和胸大肌之间,从而规避了其他术式对胸大肌的手术创伤。不离断胸大肌的下方止点,而且充分定位重建乳房下皱襞,这对于形成对称自然的重建乳房极为重要,同时也保护了胸大肌,减少了胸大肌对

于扩张器或假体的运动推挤作用,减少假体向外侧移位的可能。一期手术在背阔肌肌瓣下置入扩张器,术后分次注水扩张,这样解决了一期直接置入乳房假体时空间不足的问题,并保留了二期手术对假体腔隙位置、容积进行调整的机会。对于有放疗的病例,在完成放疗之后再更换乳房假体的二期手术中,可以对原扩张器腔隙进行包膜松解,以减少放疗相关包膜纤维挛缩。

重建乳房的体积估计是手术的难点之一,常用的乳房体积测算有水浸法、核磁扫描三维重建、以及激光扫描等。上述方法均需相应的设备,或复杂的程序运算,并且计算和实际所需软组织量或假体体积亦有一定的误差<sup>[3]</sup>。而本手术方案中,根据置入的扩张器注水的容积调整,可以简单直观地了解所需实际容积,并可以在术前预测术中的容积和术后的形态。

背阔肌肌皮瓣联合扩张器手术的并发症有供区皮瓣缺血、坏死,切口脂肪液化,供区凹陷不对称等,最常见的有背部血肿、血清肿<sup>[4-5]</sup>。血清肿的防治,主要包括手术中电刀使用的功率不要过大,有效引流,供瓣区的固定,及时抽吸等。

乳腺癌即刻或延迟重建手术的术式选择,需要考虑患者的体型,健侧乳房组织量,可能的供区组织量,放射治疗的需要,以及患者的认知程度和主观愿望等。工作中应诸多方面需要综合考量,趋利避害以获得最适合每一个具体病例的疗效。

### [参考文献]

- [1] 王颖,张学慧,开发芝. 保留皮肤的乳腺癌改良根治术后即刻乳房重建的临床应用[J]. 中华乳腺病杂志, 2008,2(3):279-288
- [2] 朱琳,孙强,刘志飞,等. 应用背阔肌肌皮瓣即刻乳房及乳头再造[J]. 中华整形外科杂志, 2014,30(2):89-92
- [3] Kubo T1, Miki A, Osaki Y, et al. Simple volume estimation of the latissimus dorsi musculocutaneous flap in Asian breast reconstruction[J]. J Plast Surg Hand Surg, 2014,48(2):148-151
- [4] De Gournay E, Bonnetain F, Tixier H. Evaluation of quality of life after breast reconstruction using an autologous latissimus dorsi myocutaneous flap[J]. Eur J Surg Oncol, 2010,36(6):520-527
- [5] Forthomme B, Heymans O, Jacquemin D. Shoulder function after latissimus dorsi transfer in breast reconstruction[J]. Clin Physiol Funct Imaging, 2010,30(6):406-412

[收稿日期] 2014-05-19