

保留乳头乳晕复合体乳房切除术中即刻乳房重建 12 例分析

焦良和^{1,2}, 唐金海³, 李德春^{1*}

(¹ 苏州大学附属第一医院普外科, 江苏 苏州 215006; ² 泰州市人民医院普外科, 江苏 泰州 225300; ³ 南京医科大学第一附属医院普外科, 江苏 南京 210029)

[摘要] 目的: 总结保留乳头乳晕复合体乳腺癌根治术后背阔肌皮瓣加假体置入即刻乳房重建的疗效。方法: 对 2011 年 10 月—2014 年 8 月在泰州市人民医院采取保留乳头乳晕复合体乳腺癌根治术后背阔肌皮瓣加假体置入即刻乳房重建的 12 例乳腺癌患者进行随访, 观察乳头乳晕血运、皮瓣存活率、引流量和并发症发生率, 并对其美容效果进行评估。结果: 12 例患者均手术成功, 术后乳头乳晕血运良好, 皮瓣顺利成活, 均无严重手术并发症, 重建乳房形态完美, 增加了美感, 减轻了患者的精神负担。结论: 保留乳头乳晕复合体乳腺癌根治术后背阔肌皮瓣加假体置入即刻乳房重建的临床效果良好, 不但有改良根治术相同的安全性, 而且有更好的美观性, 值得临床推广应用。

[关键词] 乳头乳晕复合体; 乳腺癌根治术; 背阔肌皮瓣; 乳房重建

[中图分类号] R737.9

[文献标志码] B

[文章编号] 1007-4368(2016)10-1244-02

doi: 10.7655/NYDXBNS20161021

乳腺癌呈现高发、年轻化趋势, 乳腺癌的治疗模式也发生改变。乳房重建作为一种治疗方法, 是价值医学的充分体现, 既保持女性的形体美, 又对缓解女性因切除乳房带来的心理阴影, 促进心理康复具有重要意义^[1-2]。保留乳头乳晕复合体乳腺癌根治术后背阔肌皮瓣加假体置入即刻乳房重建, 既有改良根治术相同的安全性, 又有较好的美观性。总结泰州市人民医院从 2011 年 10 月—2014 年 8 月开展的 12 例保留乳头乳晕复合体乳腺癌根治术后背阔肌皮瓣加假体置入即刻乳房重建, 均取得良好疗效及外观, 现报道如下。

1 对象和方法

1.1 对象

采取保留乳头乳晕复合体乳腺癌根治术后背阔肌皮瓣加假体置入即刻乳房重建的 12 例乳腺癌患者进行观察, 年龄 31~47 岁, 平均(39.6 ± 8.4)岁, TNM 分期 I 期 9 例, II 期 3 例, 年龄、肿瘤大小、肿瘤到乳头的距离、多灶性及多中心性肿瘤、淋巴结状态等都予评估。

1.2 方法

乳腺癌改良根治术: 所有患者均在全身麻醉下进行手术。确定好肿瘤与乳头乳晕复合体的位置。切口设计因肿瘤大小、部位以及术后瘢痕隐蔽而异, 在方

便、满足乳腺肿瘤手术原则要求的前提下, 尽可能多地保留乳房皮肤。手术切除范围包括肿瘤及表面皮肤、整个乳腺及其胸大肌筋膜, 术中取乳头、乳晕下方多点组织行病理冰冻活检证实未见肿瘤侵犯, 同时注意乳头乳晕血运, 经乳晕周围 4 点 (3、6、9、12 点方向) 皮下注射亚甲蓝, 每点注射 0.5 mL, 15 min 后行前哨淋巴结活检, 对肿块位于外上象限经原切口或稍向外上延长切口行前哨淋巴结活检, 肿块在其他象限与腋窝平行, 在腋褶线做长 5~6 cm 弧形切口, 行前哨淋巴结活检, 11 例前哨淋巴结阴性, 行保腋窝保留乳头乳晕复合体的乳腺癌改良根治术, 1 例前哨淋巴结微转移, 浸润范围 < 0.2 mm, 行腋窝淋巴结清扫, 保护好胸背动、静脉, 术后病理显示仅 1 枚转移。

游离背阔肌皮瓣: 术前设计好背部切口位置。背部皮肤位置要和乳房缺损部位的皮肤相匹配。在确保胸背血管血供良好的情况下, 尽量向远处分离靠近背阔肌止点肱骨小结节嵴, 以使蒂部更长便于旋转。皮瓣范围包括背阔肌表面、髂棘上方、肩胛区及背阔肌前沿侧胸部的脂肪, 根据组织切除量及对侧乳房形态切取组织量相当的背阔肌带蒂皮瓣, 经皮下隧道将皮瓣转移至胸前区。背部止血并放置负压引流管进行引流, 缝合切口。

乳房再造: 根据健侧乳房的大小、形态、位置和患者的具体情况以及术后治疗和预后等, 于肌皮瓣下放置硅胶假体进行乳房塑形, 注意再造乳房形态与对侧的一致性, 尤其注意乳房下皱襞及乳沟, 最

[基金项目] 江苏省高校自然科学研究项目(12KJB320009)

*通信作者(Corresponding author), E-mail: sz4304dcl@sin.com

后缝合创缘,缝合皮肤时不能有太大张力,以保证乳头乳晕血运良好,并于腋窝置引流管引流。

术后鼓励患者健侧卧位,根据背部引流管引流量的多少,于术后5~10 d拔除引流管。根据术后病理情况,结合年龄、绝经与否、激素受体等具体情况合理选择化疗、内分泌或靶向治疗等综合治疗措施,本组患者术后均未放疗。

对患者进行随访,观察乳头乳晕血运、皮瓣存活率,并对美容效果进行调查,参照 Harris^[3]评价标准进行评价。优:再造乳房同健侧比较,体积基本一致,双乳位置对称,患者对此非常满意;良:再造乳房与健侧比较,体积基本一致,双乳位置基本对称,着装后看不出差别,患者较为满意;一般:双侧乳房对比,大小形状明显不一,着装后也存在差别,患者不满意;差:再造乳房发生严重变形。

2 结果

患者均手术成功,术后无严重手术并发症,术后出现供皮区积液1例,供皮区皮缘坏死1例,乳头血运障碍1例,患肢活动受限1例,经处理后均恢复良好。患者对本次美容效果评价为优9例,良2例,一般1例,优良率为91.6%。

3 讨论

循证医学已经证实,传统的乳房切除术与保留乳头乳晕复合体的乳腺全切除术治疗效果相同,皮肤切除范围与肿瘤局部复发无关,保留乳头乳晕复合体的乳腺全切除术并不会增加乳腺癌的局部复发风险已成共识^[4-5];Laronga等^[6]研究表明,乳腺癌术后局部复发主要来自遗留的乳腺导管上皮而不是乳房皮肤组织,保留乳头乳晕复合体的乳腺全切除术和传统根治术的术后局部复发率相同。Gerber等^[7]研究显示乳头乳晕复合体受累与淋巴结状态和肿瘤距乳晕边缘距离有关,与肿瘤多灶性或多中心、组织学类型、受体等情况无关。保留乳头乳晕复合体及背阔肌乳房再造一方面保留了乳头乳晕复合体,同时背阔肌再造替代了乳房,使术后乳房外形的毁损得到明显改善。Vyas等^[8]研究表明,早期乳腺癌患者,肿瘤距乳晕<2.5 cm时,乳头乳晕的浸润率为20%,而>2.5 cm时,乳头乳晕的浸润率为0。本文认为肿瘤边缘到乳头乳晕复合体的最近距离,是一个非常重要的指标,将肿瘤距乳晕边缘距离定为>2.5 cm,并要求肿瘤直径≤3 cm,才给予保留乳头乳晕。当然最关键的是保证乳头乳晕复合体下基底组织多处冰冻切片证实无癌细胞浸润。本

组患者术后随访至今无1例局部复发。

理论和历史均已证明将硅胶假体置入人体内安全可靠,不会对人体免疫系统造成威胁^[9-10],不过假体大小最终应根据健侧乳房大小来决定,同时考虑两侧对称^[11]。由于目前我国尚缺乏保留乳头乳晕复合体乳房切除的大规模临床研究,而本研究报告,保留乳头乳晕复合体乳腺癌根治术后背阔肌皮瓣加假体置入即刻乳房重建是一种兼顾治疗与美容的有效手段,最终造福乳腺癌患者。

[参考文献]

- [1] Coopey SB, Tang R, Lei L, et al. Increasing eligibility for nipple-sparing mastectomy [J]. *Ann Surg Oncol*, 2013, 20(10):3218-3222
- [2] Munhoz AM, Montag E, Filassi JR, et al. Immediate nipple-areola-sparing mastectomy reconstruction: An update on oncological and reconstruction techniques [J]. *World J Clin Oncol*, 2014, 5(3):478-494
- [3] 史京萍,葛小静,夏添松,等.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[J].*南京医科大学学报(自然科学版)*, 2014, 34(12):1690-1691
- [4] Blechman KM, Karp NS, Levovitz C, et al. The lateral inframammary fold incision for nipple-sparing mastectomy: outcomes from over 50 immediate implant-based breast reconstructions [J]. *Breast J*, 2013, 19(1):31-40
- [5] Salzberg CA. Focus on technique: one-stage implant-based breast reconstruction [J]. *Plast Reconstr Surg*, 2012, 130(5 Suppl 2):95S-103S
- [6] Laronga C, Kemp B, Johnston D, et al. The incidence of occult nipple-areola complex involvement in breast cancer patients receiving a skin-sparing mastectomy [J]. *Ann Surg Oncol*, 1999, 6(6):609-613
- [7] Gerber B, Krause A, Reimer T, et al. Skin-sparing mastectomy with conservation of the nipple-areola complex and autologous reconstruction is an oncologically safe procedure [J]. *Ann Surg*, 2003, 238(1):120-127
- [8] Vyas JJ, Chinoy RF, Vaidya JS. Prediction of nipple and areola involvement in breast cancer [J]. *Eur J Surg Oncol*, 1998, 24(1):15-16
- [9] 史京萍,夏添松,葛小静,等.前锯肌瓣在扩张后假体乳房再造术中的应用[J].*南京医科大学学报(自然科学版)*, 2013, 33(11):1627-1630
- [10] Camp MS, Coopey SB, Tang R, et al. Management of positive sub-areolar/nipple duct margins in nipple-sparing mastectomies [J]. *Breast J*, 2014, 20(4):402-407
- [11] 陈戈,谢春伟,穆大力,等.乳腺癌切除即刻乳房再造术中假体的选择[J].*中国肿瘤临床*, 2014, 41(16):1049-1051

[收稿日期] 2016-07-06