

# 乳晕切口瘤体分段切除法在巨大乳腺纤维腺瘤手术中的应用

胡 乐,陈 旭,肇 毅\*

(南京医科大学第一附属医院乳腺外科,江苏 南京 210029)

**[摘要]** 目的:探讨乳晕切口瘤体分段切除法应用于巨大乳腺纤维腺瘤的临床效果。方法:收集 2013—2015 年诊治的巨大乳腺纤维腺瘤患者共 18 例的临床资料,均采用乳晕切口,完整剥离肿瘤并分段取出的方法。结果:本组 18 例均顺利完成手术,痊愈出院。随访 12~36 个月肿瘤无局部复发,切口瘢痕不明显,乳房外形满意。结论:应用乳晕切口瘤体分段切除的方法可以完整切除乳腺巨大纤维瘤,并且乳管和腺体损伤小,美容效果好。

**[关键词]** 乳腺肿瘤;分段切除;乳晕切口;巨大乳腺纤维腺瘤

**[中图分类号]** R737.9

**[文献标志码]** A

**[文章编号]** 1007-4368(2017)05-0632-02

**doi:** 10.7655/NYDXBNS20170524

乳腺纤维腺瘤为女性最常见的乳腺良性肿瘤,占有所有良性肿瘤的 75%,其中巨大纤维腺瘤占有所有乳腺纤维腺瘤的 0.5%~2.0%,其特点为增长较迅速,文献多以直径 $\geq 5$  cm 作为评定界限<sup>[1-2]</sup>。本病虽为良性病变,但巨大纤维腺瘤往往影响正常乳腺发育及乳房外观。目前,手术切除为唯一有效的治疗手段。传统的手术方式多采用肿块部位的放射状切口、弧形切口或沿乳房下皱襞的弧形切口,切口长度与肿块直径相当,剥离肿瘤后整体取出。这种手术方式虽然便于操作,但往往会留下较长、较明显的瘢痕,严重影响乳房的美观<sup>[3-4]</sup>。为了弥补传统手术方式的弊端,我们对该术式进行了改进,通过乳晕部位小切口结合瘤体分段切除的方法为 18 例巨大乳腺纤维腺瘤患者成功地进行了手术。经过临床观察与术后随访,证明该方式对乳管和腺体损伤小,切口瘢痕不明显,乳房外形恢复满意,并且未增加术后并发症及局部复发率,现报告如下。

## 1 对象和方法

### 1.1 对象

2013—2015 年手术治疗的乳腺巨大纤维腺瘤患者 18 例,年龄 13~34 岁,中位年龄 22 岁,肿瘤大小为 5.0~14.0 cm,左侧 8 例,右侧 10 例。病程为 6~18 个月。手术适应证:所有患者术前均经过详细的影像学评估,乳腺超声及核磁共振检查显示肿瘤包膜完整,双侧腋窝未见明显异常增大淋巴结,分级均为 BI-RADS 3 类,提示良性病变可能性大。术中

快速冰冻切片证实为乳腺纤维腺瘤。遂采用乳晕切口瘤体分段切除的手术方法。术后常规病理同样证实为纤维腺瘤。

### 1.2 方法

患者取仰卧位,双上肢外展,标记肿瘤所在位置,对于乳头乳晕后方的巨大纤维腺瘤需结合超声及磁共振检查,确定肿瘤和受压乳管腺体的方位。根据肿瘤方位选择相应乳晕切口,长约 3 cm(与肿瘤大小无关)。

取乳晕边缘弧形切口,逐层切开皮肤、皮下脂肪至腺体层表面,向肿瘤所在部位适当游离;放射状切开肿瘤表面腺体至肿瘤包膜,适当扩大腺体切口;用手指沿包膜进行钝性分离,结扎滋养血管,完全游离肿瘤(对于体积较大者可通过逐步缝扎牵引的方法将肿瘤完全剥离);用手术刀切除部分肿瘤送冰冻病理检查提示良性病变;应用手术刀配合手术剪,将肿瘤切割成条块状逐步取出;手术野认真止血后逐层缝合切口,术后加压包扎。

## 2 结果

本组 18 例巨大纤维腺瘤均 1 次完整切除,术中冰冻及术后常规病理确诊为乳腺纤维腺瘤。18 例患者术后均未出现出血及感染等并发症。随访 12~36 个月,所有患者切口瘢痕不明显,乳房外形恢复满意,无 1 例发生局部复发。

## 3 讨论

乳腺纤维腺瘤是女性的常见疾病之一,尤其好发于年轻女性。在所有纤维腺瘤中有少部分肿瘤直径 $\geq 5$  cm,称为巨大纤维腺瘤<sup>[5]</sup>。对于纤维腺瘤而言

**[基金项目]**江苏省六大人才高峰资助(2013-WSW-026)

\*通信作者(Corresponding author),E-mail:doctorzhaoyi@sina.cn

有多种治疗方法,如传统的开放手术切除,微创旋切、微波治疗及乳腔镜手术等<sup>[6-8]</sup>。但对于巨大纤维腺瘤开放手术是唯一的选择。传统的开放手术往往采用肿瘤所在部位或乳房下皱襞与肿瘤直径相当的较大切口、整体取出的方法。虽然该术式操作方便、术中出血少,但由于切口长、隐蔽性差,所以往往影响乳房外观,同时对患者的心理造成较大伤害,尤其年轻女性。因此,对此术式的改进进行了长期的探索,曾首创微创辅助乳晕切口行巨大乳腺纤维腺瘤切除的方法,即首先采用乳晕切口将肿瘤完全剥离,再用旋切刀(Encor 旋切刀,7G,巴德公司,美国)插入肿块内部,将肿瘤内部组织逐条切除使其体积变小,便于从乳晕处小切口取出。虽然该术式在保证肿瘤完整切除的基础上具有较好美容效果,但手术耗时且费用较高。对于体积较大肿瘤可能需消耗 3~4 把旋切刀<sup>[9]</sup>。为此,进一步改进而采用此乳晕切口分段切除的方法,本组 18 例均成功地进行了手术,不但保留了乳房的外观美,而且较旋切辅助的方法耗时明显减少。

采用乳晕切口瘤体分段切除的方法就要求我们要有准确而又详细的术前评估,结合乳腺超声及核磁共振检查显示肿瘤包膜完整,双侧腋窝未见明显异常增大淋巴结,分级均为 BI-RADS3 类,良性病变可能性大。同时术中送快速冰冻病理检查明确肿块性质,提示良性病变后再采取该手术方式。

如何减少术中和术后出血也是我们关注的焦点。在巨大纤维腺瘤的手术过程中,预先结扎其滋养血管对于减少术中和术后出血至关重要。为此,本组术前均行超声及核磁共振检查以明确滋养血管位置和分布。因此,在剥离过程中能够顺利找到滋养血管并予以结扎,对于滋养血管位于肿瘤基底部分者采用粗线缝扎牵引瘤体逐步分离暴露的方法,也能够顺利寻及并结扎滋养血管,完全游离肿瘤,减少了切开肿瘤时的出血以及术后出血的发生率。

对于有生育要求的妇女,乳管和腺体的保护也是手术的关键<sup>[10]</sup>。通过术前超声和核磁共振检查能够确认肿瘤起源部位,选取相应部位乳晕切口并在肿瘤表面腺体最薄弱处放射状切开腺体,这样可完全避免乳管损伤并将腺体损伤最小化。

乳房外形的恢复是一个渐进的过程。对于较小肿瘤,短时间内即可恢复乳房外形。对于较大肿瘤且病史较长者外形恢复所需时间较长,术后短期内

往往会出现乳房松弛、下垂、皮肤出现皱褶等情况,但通过佩戴合适的胸衣进行托举最终均能获得理想的恢复。另外,传统的手术方式因为切口较长,部分患者因为疤痕收缩可能影响乳房外形,但本组患者因采用此术式而未出现类似情况。

肿瘤的复发是患者常常担心的问题<sup>[10]</sup>。虽然该术式没有切除肿瘤周围正常组织,但因为完整切除了肿瘤包膜,因此经过术后 1~3 年的随访无 1 例发生局部复发。而且巨大纤维腺瘤周围腺体由于长期压迫,处于受压萎缩状态,切除较少的周围组织可能造成较大的腺体实际损伤量,不值得提倡。

总之,采用该乳晕切口瘤体分段切除方法对于乳腺巨大纤维腺瘤手术而言美容效果好,正常组织损伤小,并且未增加并发症和局部复发率,值得临床推广。

#### [参考文献]

- [1] Onstad M, Stuckey A. Benign breast disorders[J]. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2013, 40(3): 459-473
- [2] Chang DS, McGrath MH. Management of benign tumors of the adolescent breast [J]. *Plast Reconstr Surg*, 2007, 120(1):13e-19e
- [3] Clough KB, Kaufman GJ, Nos C, et al. Improving breast cancer surgery: a classification and quadrant per quadrant atlas for oncoplastic surgery [J]. *Ann Surg Oncol*, 2010, 17(5):1375-1391
- [4] 王 颀,杨剑敏,陈中扬,等.乳腺非感染性良性疾病,现代乳腺肿瘤学[M].2 版.济南:山东科学技术出版社,2006:1371-1394
- [5] Matz D, Kerivan L, Reintgen M, et al. Breast preservation in women with giant juvenile fibroadenoma [J]. *Clin Breast Cancer*,2013,13(3): 219-222
- [6] Lubinski J. Breast cancer genetics: 20 years later [J]. *ClinGenet*, 2014, 85(1): 5-6
- [7] 杨 薇,胡 刚,康 乐,等.改良的乳晕缘弧形切口术式切除乳房各象限周边纤维瘤[J]. *中华医学美容美容杂志*, 2013,19(1): 64-65
- [8] 马 军,蒋国勤.腔镜辅助乳腺巨大纤维腺瘤切除术 10 例分析[J]. *中国微创杂志外科*,2010,10(1):52-62
- [9] Wang J, Jiang H S, Zhao Y.A novel vacuum-assisted excision for giant breast fibroadenomas [J].*Am Surg*, 2014,80(5):E139-E140
- [10] 王 殊,谢 菲.乳腺纤维腺瘤诊治专家共识[J].*中国实用外科杂志*,2016,36(7): 752-754

[收稿日期]2017-02-03