背阔肌肌皮瓣在保乳手术即刻整形中的应用

吴以伦1, 卜京萍1, 刘晓安2

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

[摘要] 目的:探讨背阔肌肌皮瓣修复乳腺癌手术切除后缺损的临床效果。方法:选取2013年3月—2017年2月8例肿瘤体积较大, 术后有保乳手术意愿的患者, 术前与患者沟通, 使用背阔肌皮瓣修复切除肿瘤后的缺损。术后予以随访3~48个月, 平均20个月, 通过观察乳房形态及询问患者满意度。结果: 8例皮瓣全部存活, 1例术后供区出现表皮坏死, 经反复换药后, 6例未出现明显并发症。结论: 背阔肌皮瓣修复乳腺癌术后缺损的手术方式既可达到患者的保乳要求, 又能保证术后乳房形态良好, 为肿块较大同时适合行保乳手术患者的一种术式选择。

[关键词] 背阔肌肌皮瓣; 即刻乳房重建; 保乳手术

doi: 10.7655/NYDXBN20171227

乳腺癌相关治疗的不断进展, 使得乳腺癌临床上治愈率不断提高, 患者对乳腺癌术后身体形态要求不断提高。保乳手术合并术后规范化治疗不降低患者的生存率, 不增加肿瘤复发的风险, 而较乳房全切患者, 保乳手术术后患者心理状态及融入社会的能力均较优。但部分患者乳房肿块体积较大, 单纯行保乳手术会导致乳房畸形, 尤其是肿瘤位置较低或位于内乳象限时, 单纯保乳不能达到理想的审美效果。本院经筛选对8例合适患者行乳房肿块切除术后背阔肌皮瓣修复缺损, 术后形态良好, 且不影响原发疾病相关治疗, 现报告如下。

1 对象和方法

1.1 对象

本组共8例, 年龄23~49岁, 平均年龄37.5岁, 适应证选择: ①患者有保乳意愿, 肿物性质适合保乳但直径较大, 单纯保乳手术会导致乳房畸形, 患者同意行保乳联合整形手术修复缺损; ②MRI显示1枚肿物且肿块边缘较清晰, 无卫星灶, 不侵犯胸大肌; ③肿瘤位于中央区, 且距离乳头乳晕距离>2cm。最终入组病例中肿瘤直径2.5~3.5cm, 平均3.0cm, 肿物活动度良好; 最终切除范围最大直径为5~14cm, 平均10cm。肿瘤位于外上象限1例, 外下象限1例, 内上象限1例, 内下象限1例; ④肿瘤病理类型: 浸润型导管癌3例, 导管内癌3例, 乳头状癌1例, 乳房纤维腺瘤1例。

1.2 方法

1.2.1 原发疾病治疗

①切口选择: 选择环乳晕“Ω”切口, 需前行前哨淋巴结活检或腋窝淋巴结清扫的患者根据需要延长切口或另行腋窝切口, 以切口长度最短为原则。②肿物切除: 按需扩大切除肿块送快速病理, 术前穿刺恶性者快速病理直接确认肿物边缘, 术中无切除或穿刺未提示恶性再次确认肿物性质及边缘, 若边缘未达到肿物保乳要求, 再加切部分边缘。若术中2次快速病理仍提示边缘未达保乳要求, 则与家属再次确认放弃保乳手术, 行乳房全切, 本次纳入患者均达到保乳要求。③乳头乳晕的处理: 部分中央区的肿物患者要求保乳者, 注意行肿物靠近乳头乳晕侧组织快速活检, 根据病理检测是否保留乳头乳晕复合体, 最终4例根据快速病理保留乳头乳晕复合体。④淋巴结处理: ①切口选择直接腋窝淋巴结清扫, 4例选择采用改良腋下入路淋巴结活检, 其中前哨阳性2例, 行腋窝淋巴结清扫, 前哨阴性者3例, 未清扫淋巴结。②背阔肌肌皮瓣手术

背阔肌皮瓣选择: 根据皮肤缺损选择背阔肌肌皮瓣(图1)或背阔肌肌皮瓣(图2), 背阔肌肌皮瓣选取背侧斜形或横行切口获取, 背阔肌肌皮瓣则根据乳房缺损范围及部位选择合适的皮岛部位设计切口, 其中背阔肌肌皮瓣3例, 背阔肌肌皮瓣5例。根据切除肿物的体积选择背阔肌脂肪瓣或传统背阔肌皮瓣, 其中背阔肌脂肪瓣6例, 传统背阔肌皮瓣2例。
图 1 背阔肌皮瓣（根据乳房皮肤缺损情况设计皮瓣）

图 2 背阔肌皮瓣（乳房皮肤无缺损，不携带皮瓣）

背阔肌皮瓣切取，乳腺癌的切除手术为仰卧位，切取背阔肌皮瓣时体位调整至健侧卧位，根据设计切开背侧皮肤，皮下浅筋膜浅层，根据手术需要携带或不携带浅筋膜深层的脂肪组织切取背阔肌皮瓣，沿合适层次向上分离至背阔肌上缘，向下至髂嵴上方筋膜移行区，向内达脊柱旁斜方肌和坚脊肌后，向外至腋后线附近，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支。注意探查并保护胸内血管和背内血管，并在腋下分离出隧道将皮瓣转移至乳房缺损部位，并调整至适合位置。供区置引流管并予以筋膜缝合的方式缝合皮瓣于背侧筋膜，切口逐层缝合。

乳房缺损修补：患者重新恢复到仰卧位，床头抬高15°~30°以减轻胸部切口张力。根据缺损位置及形状，将背阔肌肌瓣折叠至合适形态并予以可吸收缝线固定，将缝合后的背阔肌肌瓣填充至乳房缺损区域，调整位置后可吸收缝线固定缝合，置引流管1根于皮下，行邻近淋巴结清扫者加置1根引流管于腋窝，逐层缝合。术后加压固定包扎。

1.2.3 术后治疗

患者术后均予以定期换药，加压固定包扎2周以上。所有引流管在引流液连续3d少于20ml时拔除，胸部引流管拔除时间为10~14d,平均12d;腋下引流管拔除时间为9~14d,平均12d;后背引流管拔除时间为12~21d,平均16d。胸部拆线平均14d,后背拆除缝线平均21d。1例术后供区出现血清肿予以抽取积液2次，1例乳房皮瓣边缘表皮轻微坏死予以换药后康复，其余患者未出现明显并发症。术后患者门诊定期随访，3个月内每月复查，2年内每3个月1次，2年后每半年1次，5年后每年1次。

原发疾病进一步治疗：1例良性肿块术后无放射治疗；7例恶性肿块乳腺保乳后常规放疗，恶性患者根据常规病理及免疫组化结果选择不同的化疗方案，激素受体（ER,PR）阳性者接受内分泌治疗。

2 结果

2.1 乳腺原发疾病随访

所有患者定期门诊复查，该组病例中无失访随访患者。末次随访结果所有患者未出现原发疾病的复发及转移。

2.2 整形效果随访

患者主观评价标准为：非常满意4例，占50%，满意4例，占50%，无不满意者。客观标准予以Harris评价标准：优：重建乳房与健侧乳房基本对称，位置对称，患者非常满意；良：重建乳房与健侧乳房大小位置相差不大，术前患侧乳房与健侧乳房大小位置相差不大，患者比较满意；一般：双侧乳房明显不对称，修建后双乳侧明显。患者不满意；差：重建乳房严重变形，术前患侧乳房与健侧乳房大小位置相差不大，患者不满意。术前患侧乳房与健侧乳房基本对称，位置对称。患者非常满意，术语评价：优；良5例，5例，优良率100%。

典型病例（图3）：患者，女，因“确诊左乳浸润型导管癌”入院，患者保乳意愿强，根据 MRI及病理类型乳腺科医师判断可行保乳手术治疗，但肿物体积较大，与患者沟通后行“保乳手术+利用背阔肌肌瓣的乳房再造术”，术后随访结果：患者评价：非常满意，术语评价：优；良5例，5例，优良率100%。

3 讨论

目前对于保乳手术适应证临床共识为患者有保乳要求，肿瘤分类低度恶性，单发且直径较小，边缘整齐，不侵犯胸肌，术后不影响乳房形态，当肿物体积较大时，行保乳手术后将导致乳房畸形，不能达到理想审美效果。通常认为切除肿物体积小于20%可直接选择容积移位的方法修复，当肿物体积达到乳房总容积的20%~50%时，需要整形手术进行修复。
保乳手术联合即刻整形主要优点为：(1) 可获得更好的生活质量；(2) 可获得较好的乳房柔软度；(3) 为肿物体积较大但能够保乳患者的一个较好选择。

【参考文献】


3. 易 琳, 蒋雪梅, 雷 海, 等. 保乳手术与改良根治术对早期乳腺癌患者生活质量的影响[J]. 临床肿瘤学杂志, 2016, 21(7): 638-641


