



doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2016.05.027
http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.1005-6947.2016.05.027
Chinese Journal of General Surgery, 2016, 25(5):773-775.

· 临床报道 ·

超声引导下麦默通活检术在多发乳腺病灶中诊断早期乳腺癌的意义

陈旭明, 郭巨江, 翁一尹, 陈永浙

(福建省厦门市妇幼保健院 乳腺外科, 福建 厦门 361000)

摘要

目的: 总结麦默通检出早期乳腺癌的经验, 探讨其对检出早期乳腺癌的意义及术后影响。

方法: 回顾性分析 2009 年 12 月—2014 年 1 月厦门市妇幼保健院乳腺外科收治的 21 例超声引导下麦默通微创手术确诊为恶性乳腺多发肿块患者临床资料, 分析其临床特征及术后随访结果。

结果: 21 例均行麦默通微创手术经术后常规病理证实为乳腺癌, 肿瘤直径 5~20 mm, 导管内癌 3 例, 导管原位癌伴微浸润 3 例, 浸润性导管癌 6 例, 混合癌 3 例, 浸润性小叶癌 1 例, 黏液癌 2 例, 周围型导管内乳头状瘤癌变 3 例。经病理确诊恶性后, 均于 2~4 d 内在全麻下行保乳手术或单纯乳腺切除术+腋窝前哨淋巴结活检术或乳腺癌改良根治术, 联合或不联合一期乳房重建术, 均未见区域淋巴结癌转移。对所有患者进行术后定期随访, 随访时间 17~54 个月, 无复发转移者。

结论: 超声引导下麦默通微创旋切术对于多发肿块及可疑恶性病灶, 可达到准确定位、确切诊断, 可实现乳腺良性多发灶的完整切除, 并可能作为发现早期乳腺癌的重要手段。

关键词

乳腺肿瘤 / 外科学; 麦默通; 预后

中图分类号: R737.9

乳房肿瘤是乳腺最常见疾病之一, 其活检方式主要有传统的开放切除术及以麦默通旋切系统为代表的微创手术。高频超声引导下麦默通乳腺微创旋切术治疗乳腺良性病灶较传统手术可以缩短手术时间, 获得较好美容效果和心理满意度, 并发症少, 尤其适用于治疗直径<3 cm且多发的乳腺良性病灶, 较传统手术在治疗乳腺良性病灶中的优势明显^[1]。同时, 麦默通微创活检术以其定位准确、获取标本便捷有效、活检和治疗作用兼备等优势在乳腺恶性肿瘤早期诊断中较明显^[2]。本文通过回顾性分析麦默通旋切系统在乳房多发病灶中检出早期乳腺癌的临床资料, 并对其经标准化治疗后的随访情况进行初步探讨。

1 临床资料

1.1 一般资料

回顾性分析2009年12月—2014年1月期间厦门市妇幼保健院乳腺外科收治的超声引导下应用麦默通微创手术确诊为恶性的患者共35例, 其中出现以下情形之一的患者不纳入分析: (1) 单发肿瘤; (2) 术前影像学检查结果倾向恶性, 由于患者个人原因要求先行微创手术切检者。纳入分析共21例, 中位年龄44(29~53)岁, 肿块大小4.0~25.0 mm, 均为多发病灶。其中彩超下诊断为低回声结节, 考虑良性可能大, 有5例术前影像学BI-RADS 4A级, 其余16例术前影像学BI-RADS3级及以下。患者均有强烈行微创手术的意愿。

1.2 方法

应用美国强生公司生产的麦默通微创旋切系统, SCM23型, 8G取样枪, 患者取仰卧位, B超体表定位病灶后, 常规消毒铺巾, 选择合适切口长约5.0 mm, 一次性旋切针刺入, 在高频超声引导下旋切针槽到达肿块位置, 将病灶完整切除,

收稿日期: 2016-02-08; 修订日期: 2016-04-17。

作者简介: 陈旭明, 福建省厦门市妇幼保健院主治医师, 主要从事乳腺肿瘤及乳腺炎方面的研究。

通信作者: 陈旭明, Email: 29681807@qq.com

将切除的条状肿瘤组织单独分开送常规送病理检查,所有肿物均直接彻底切除,术中超声影像明确无残余病灶。对于多发病灶,切除顺序遵循:双侧手术时,先处理风险小的一侧;同一侧多个病灶时,先处理风险小的病灶。换侧手术前使用稀碘伏清洗微创刀后置于灭菌注射用水中浸泡10 min。术后常规病理确定恶性后,均于2~4 d内在全麻下行保乳手术或单纯乳腺切除术+腋窝前哨淋巴结活检术或乳腺癌改良根治术,联合或不联合一期乳房重建术(应用硅胶假体及/或自体背阔肌皮瓣)。

2 结果

在21例经常规病理证实为乳腺癌中,肿瘤直径5~30 mm,临床可及肿块>20.0 mm者3例,<20.0 mm者18例。其中彩超提示微小低回声有血流信号、边界清6例,彩超提示边界不清、内部回声不均匀1例,钼靶片显示不典型钙化灶2例。病理诊断:导管内癌3例,导管原位癌伴微浸润3例,浸润性导管癌6例,混合癌3例,浸润性小叶癌1例,黏液癌2例,周围型导管内乳头状瘤癌变3例。伴良性病变纤维腺瘤12例,乳腺腺病18例,导管内乳头状瘤4例。21例中行保乳手术3例,此3例患者病灶均局限于一个象限内,乳房单纯切除术13例,行乳腺癌改良根治术3例,行皮下腺体切除合并行一期乳房重建术2例。所有手术均切除穿刺处皮肤,术中冷冻切片检查未见癌残留,且均为良性侧先手术。21例中有行前哨淋巴结活检17例,行腋窝淋巴结清扫4例,均未见有癌转移。在随后的扩大切除标本病理检查中发现肿瘤残留1例,系周围型导管内乳头状瘤恶变的病例。双侧乳腺癌1例,系左侧为导管内乳头状瘤癌变及右侧微灶型浸润性导管癌。对所有患者进行术后定期随访,随访时间17~54个月,目前尚未发现有复发转移征象。

3 讨论

随着超声广泛应用于乳腺疾病筛查,大大提高了早期乳腺癌的检出率,特别是临床触诊阴性病例,在Mariotti等^[3]的研究报道中有15%~30%的乳房不可触及病灶为恶性,早期诊断及治疗存活率可达95%~98%。超声引导下麦默通旋切术为

当前乳腺肿物最常用的活检手段之一,其优势在于创伤小,取材充分标本量大,可行免疫组化确定分子分型。超声引导下麦默通活检术对乳腺恶性肿瘤早期诊断具有重要价值,由于其抽取标本量足够且完整连续,与常规手术所获标本差异无统计学意义^[4],因此对于乳腺癌治疗反应和预后指标的检测具备较高准确性。对于临床上诊断良性的肿物亦可应用超声引导下麦默通活检术实现病灶的完整切除,目前已成为良性肿物的主要手术方式,尤其适合有美容需求的年轻女性^[5],对于多发肿物患者更突显其优势。Yu等^[6]发现麦默通诊断乳腺癌的灵敏性为98%、特异性为99.9%,认为其是替代开放手术活检的理想方法。但是其仍存在一些欠缺,如术中未能确切止血,只能依靠使用收缩血管药物及术后加压包扎止血,可能导致浅表静脉炎的发生,术后胸部及腹部的不适感,以及出血率较传统手术高等;其二,如临床检查手段未提示有恶性征象的肿物,特别是多发病灶,如行麦默通微创切除,因担心存在针道种植,使原可保乳的乳腺癌患者可能失去保乳机会。Ohsumi等^[7]研究发现确实存在针道种植转移,但保乳术后局部复发率并无明显增高,其可能原因一是由于宿主的免疫机制清除了孤立于基质或活检针道中的残留肿瘤细胞;二是辅助放疗杀灭了由原发灶转移来的肿瘤细胞。

我科自2007年开展乳腺微创手术至今,年手术量1 000余台,积累了大量的临床经验,对于检测的标本分开送检,笔者认为至关重要,可避免因肿物标本较多,病理取材不够充分,导致漏诊。另一方面还可确定恶性肿物所在的确切位置,有助于后期手术方式的选择。当患者行双侧乳腺手术,原则上分开使用微创刀,如患者要求选择使用同一把微创刀时,除知情告知存在的风险外,还需注意几个方面问题,首先从各影像学检查及临床表现综合判断肿物的恶性风险,手术时选择风险小的一侧先行手术,同一侧多个病灶时,亦需从风险小的肿块先行手术,风险较高的肿物最后行手术切除;其次,换侧行手术时应应对微创刀进行清洗,并置于灭菌注射用水中浸泡10 min,可以最大程度的减少肿瘤种植机会。分析术后病理结果,对于边界清晰的肿块,麦默通手术基本可以达到无肿瘤残留,肿瘤直径<1.5 cm的病灶适当扩大切除范围后可获得较高的残腔边缘阴性率^[8],在严格把握适应症的情况下,对T₁期

以下的早期乳腺癌行麦默通保乳根治手术是安全可行的^[9],但是对于外周型导管内乳头状瘤癌变,残留几率较大,应建议行全乳切除术,不推荐保乳。导管内乳头状瘤癌变,在临床检查中,表现较不典型,容易误诊,故应提高警惕。麦默通活检术是否能引发血行转移尚存争议,目前认为麦默通活检术与空芯针穿刺活检术及开放活检手术类似,可增加癌细胞进入血液循环的概率,但尚无增加血行转移的相关报道^[10]。

麦默通手术应用于单发肿块活检,有较多的数据已证实,其准确性及安全性均较高^[11],但对于多发病灶且临床上不典型或影像学未提示恶性征象的早期乳腺癌,其对术后的治疗及预后影响研究数据较少,本研究基于此目的,做了相关的随访研究,并观察不同术式预后情况,发现行麦默通微创手术确诊后,对其术后的不同术式治疗及预后无明显影响。但因病例数较少,随访时间较短,麦默通乳腺微创手术对早期乳腺癌标准术式后长期预后是否存较高的复发或转移的风险,有待进一步研究数据证实。

参考文献

- 王永霞,张爱玲,黄珂铭,等. 麦默通乳腺微创旋切术与传统手术的对比研究[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2010, 17(8):615-618.
Wang YX, Zhang AL, Huang KM, et al. Contrastive research on ultrasound guided mammotome minimally invasive surgery and traditional treatment of benign breast lesion[J]. Chinese Journal of Cancer Prevention and Treatment, 2010, 17(8):615-618.
- 陈积贤,渠宁,薛迪新,等. 超声引导下Mammotome乳腺微创旋切系统活检术在乳腺恶性肿瘤早期诊断中的价值[J]. 浙江医学, 2013, 35(13):1295-1297.
Chen JX, Qu N, Xue DX, et al. Value of ultrasound-directed Mammotome resection in early diagnosis of breast cancer[J]. Zhejiang Medical Journal, 2013, 35(13):1295-1297.
- Mariotti C, Feliciotti F, Baldarelli M, et al. Digital stereotactic biopsies for nonpalpable breast lesion[J]. Surg Endosc, 2003, 17(6):911-917.
- 李玉阳,洪凡真,王永胜,等. Mammotome在早期乳腺癌原发肿瘤诊断中的应用[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2007, 14(9):706-708.
Li YY, Honh FZ, Wang YS, et al. Use of Mammotome system in diagnose of early stage breast cancer[J]. Chinese Journal of Cancer Prevention and Treatment, 2007, 14(9):706-708.
- 康华峰,代志军,马小斌,等. 超声引导下真空辅助微创旋切系统乳腺肿块切除的临床研究[J]. 陕西医学杂志, 2013, 42(2):180-182.
Kang HF, Dai ZJ, Ma XB, et al. Excision of benign breast tumor by ultrasound-guided vacuum-assisted breast biopsy system[J]. Shaanxi Medical Journal, 2013, 42(2):180-182.
- Yu YH, Liang C, Yuan X Z. Diagnostic value of vacuum-assisted breast biopsy for breast carcinoma: a meta-analysis and systematic review[J]. Breast Cancer Res Treat, 2010, 120(2):469-479.
- Ohsumi S, Taria N, Takabatake D, et al. Breast biopsy for mammographically detected nonpalpable lesions using a vacuum-assisted biopsy device (Mammotome) and upright-type stereotactic mammography unit without a digital imaging system: experience of 500 biopsies[J]. Breast Cancer, 2014, 21(2):123-127.
- 黄晖. 麦默通旋切系统早期乳腺癌活检后残腔边缘的临床研究[J]. 吉林医学, 2014, 35(21):4620-4622.
Huang H. Clinical research on the edge of the residual cavity after mammotone biopsy system in early breast cancer[J]. Jilin Medical Journal, 2014, 35(21):4620-4622.
- 张朝锋,侯林都,刘兰,等. 麦默通在乳腺癌保乳根治术中的可行性研究[C]//第五届全国肿瘤诊疗新进展及新技术学术会议暨第八届中国西部肿瘤学术大会论文集. 西安:第五届全国肿瘤诊疗新进展及新技术学术会议暨第八届中国西部肿瘤学术大会, 2013:75-77.
Zhang CF, Hou LD, Liu L, et al. The feasibility study about Mammotone in breast-conserving therapy of breast cancer.[C]// The proceedings of the 5th National Congress of Oncology Diagnosis and Treatment and new technology. Xi'An: The 5th National Congress of Oncology Diagnosis and Treatment and new technology, 2013:75-77.
- Schaefer FK, Order BM, Eckmann-Scholz C, et al. Interventional bleeding, hematoma and scar-formation after vacuum-biopsy under stereotactic guidance: Mammotome®-system 11 g/8 g vs. ATEC®-system 12 g/9 g[J]. Eur J Radiol, 2012, 81(5):739-745.
- 杨波,唐诗,袁月欢,等. 超声引导下麦默通旋切术切除乳腺良性肿块并发症的临床分析[J]. 中国普通外科杂志, 2014, 23(11):1596-1598.
Yang B, Tang S, Yuan YH, et al. Ultrasound-directed mammatome resection of benign breast masses: clinical analysis of its complications[J]. Chinese Journal of General Surgery, 2014, 23(11):1596-1598.

(本文编辑 宋涛)

本文引用格式: 陈旭明,郭巨江,翁一尹,等. 超声引导下麦默通活检术在多发乳腺病灶中诊断早期乳腺癌的意义[J]. 中国普通外科杂志, 2016, 25(5):773-775. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2016.05.027
Cite this article as: Chen XM, Guo JJ, Weng YY, et al. Significance of ultrasound-guided mammotome biopsy in diagnosis of early breast cancer in multiple small breast lesions[J]. Chin J Gen Surg, 2016, 25(5):773-775. doi:10.3978/j.issn.1005-6947.2016.05.027