维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253－3626(2005)02－0312－03

早期乳腺癌乳房保留手术后放射治疗近期疗效观察

陈晓品，李宏敏，戴晓波，张 涛，张 菊，张 玲，吴永忠

(重庆医科大学临床学院肿瘤科，重庆 400016)

【摘 要】目的:应用乳房保留手术加术后根治性放疗技术治疗早期乳腺癌，提高患者的存活质量。方法:随访 1999 年 8 月至 2003 年 8 月我科治疗的 46 例早期乳腺癌病人。观察放射治疗后肿瘤局部复发情况、乳房美容效果和生存率。结果:无局部复发者，远处转移 2 例，3 年无瘤生存率为 95.65%，乳房美容满意率 93.18%，治疗后并发症主要有皮肤急性反应及上肢水肿。结论:乳房保留手术加术后根治性放射治疗早期乳腺癌可获得满意的局部控制和存活质量。

【关键词】早期乳腺癌;乳房保留手术;放射治疗

【中国图书分类法分类号】R730.55 【文献标识码】A 【收稿日期】2004－06－08

Results of early breast cancer treated with breast conserving therapy and postoperative radiotherapy

CHEN Xiaopin, et al

(*Department of Oncology, College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To improve life quality of early breast cancer patients treated with breast conserving therapy and post－operative radiotherapy. *Methods*: From August 1999 to August 2003, 46 cases with early breast cancer were treated and followed up in our department. Local recurrence rate, breast cosmetic outcome and survival rate were reported. *Results*: No local recurrence was found. Two cases developed metastasis. Disease－free survival for 3 years was 95.65%. Forty－three patients achieved excellent breast cosmetic outcome. The acute skin reaction and upper arm edema were main complications. *Conclusion*: Satisfactory life quality and local control can be obtained in early breast cancer patients treated with breast－conserving therapy and postoperative radiotherapy.

【Key words】Early breast cancer; Breast conserving therapy; Radiotherapy

乳腺癌是威胁女性健康的常见恶性肿瘤，发病率正在逐渐上升。随着早期乳腺癌检出率的增加和患者对治疗后生存质量(Quality of Life, QOL)要求的提高，乳房保留手术(Breast Conserving Therapy, BCT)结合术后放射治疗、化学治疗、内分泌治疗的综合治疗在国外广泛开展。近年来的研究表明，即使诊断时分期为早期的乳腺癌，也是一种全身性的疾病。因此，其治疗策略已从广泛外科手术为主转变为小手术大放疗的综合性治疗。早期乳腺癌乳房保留手术后的根治性放射治疗，可以达到与根治性手术一样的局部控制率，但保留了乳房的外观美容，减少了患侧上肢水肿的发生，提高了患者的生存质量。1990 年，美国 NIH 已将乳房保留手术加术后放射治疗、辅助性化学治疗规定为早期乳腺癌的标准疗法。在发达国家，大约 80%的早期乳腺癌患者接受这种方法治疗。在我国，早期乳腺癌乳房保留手术加术后放射治疗的应用起步较晚，治疗尚不规范。本研究总结我科承担的重庆市卫生局课题(2000－72)的资料，报告治疗方法的建立和治疗结果。

1 材料与方法

1.1 病例资料

1999 年 8 月至 2003 年 8 月，46 例早期乳腺癌保留乳房手术后的患者在我科接受放射治疗，年龄 28～66 岁，中位年龄 44 岁。术后病理:浸润性导管癌 42 例，粘液腺癌 1 例，导管内癌 2 例，浸润性腺癌 1 例。按 1997 年 UICC 标准分期，Ⅰ期 24 例，Ⅱa 期 16 例，Ⅱb 期 6 例。术后病理腋窝淋巴结阳性者 18 例。36 例 ER 阳性，10 例阴性。

作者介绍:陈晓品(1964－)，男，博士，副教授，主要研究方向:肿瘤放射治疗。

基金项目:重庆市卫生局课题(2000－72)。

维普资讯 http://www.cqvip.com

1.2 手术适应证及方法

手术适应证为单发病灶,位于乳头外 2cm 以上;肿瘤与乳房的比例适合保留乳房;患者同意接受乳房保留手术且能够长期随访;无胶原血管病史。具有放射治疗条件。

采用象限切除加腋窝淋巴结清扫者 15 例,腺段切除加腋窝淋巴结清扫者 30 例,包块切除加腋窝淋巴结清扫者 1 例。

1.3 放射治疗

放射治疗前首先进行乳腺 CT 扫描,获取影像资料用于治疗计划系统(treatment planning system, TPS)优化治疗计划。CT 扫描层面至少包括胸骨切迹层面,乳头层面,乳房皱襞下 2cm 层面及上述三层面之间的任意二个层面。扫描数据或图像输入 TPS 设计治疗计划,要求乳房和胸壁在 80% 等剂量曲线内,加 15°楔形板,然后在 X 线模拟机下定位,定位及照射时均应用乳腺托架(breast board)。照射野包括乳腺及胸壁切线野,锁骨上区野及内乳野。乳腺及胸壁切线野上界为第二前肋上缘,下界为乳房皱襞下 2cm,外界在乳头外 0.5cm,透视下内界包括肺组织应小于 2cm。锁骨上区野内界沿胸锁乳突肌内缘向上至环甲膜水平,外界避开肱骨头,下界与切线野相接。内乳野单独照射。包括第 1~3 肋间隙。所有病人均应照射乳腺及胸壁,腋窝淋巴结阳性时照射锁骨上区,病灶位于内象限时照射内乳区。乳腺及胸壁切线野以 6MV X 线照射,剂量为 50Gy,锁骨上区野及内乳野以 6MV X 线和 12MeV 电子线混合照射,剂量为 50Gy。手术切口处缩小野以 6MeV 电子线照射 10Gy。以上剂量在照射时均以每次 2Gy,每天 1 次,每周照 5 次的常规分割方法给予。

1.4 化学治疗及内分泌治疗

所有患者均接受化疗,化疗药物为表阿霉素、氟尿嘧啶、甲氨喋呤,4~6 周期。内分泌治疗应用三苯氧胺 20mg/d。

1.5 美容效果评价

结合国内外相关资料,采用定性评估标准,依据患侧乳房水肿、纤维化,患侧上肢水肿、毛细血管扩张等多项指标,分为四级,①美容效果佳(excellent):无肉眼可见的治疗后遗症,两侧乳房外形相称;②美容效果良(good):患侧乳房有轻度色素沉着,局限性毛细血管扩张,手术疤痕可见;③美容效果一般(fair):有明显的后遗症,乳房外形有明显变形,乳头移位,有明显的放射性皮肤改变,但还可以接受;④美容效果差(poor):乳头有严重回缩或乳房严重纤维化,乳房表面皮肤毛细血管扩张。

1.6 统计处理

应 SPSS 10.0 软件进行统计分析,生存率采用 Kaplan-Meier 法。

2 结 果

随访截止于 2004 年 3 月,全组死亡 2 例,死亡率 4.30%,其中 1 例放射治疗后 24 个月肺转移死亡。1 例放射治疗后 20 个月骨转移死亡。其余患者均无复发或转移征象。全组病例 3 年无瘤生存率 95.65%。

乳房美容效果佳、良者 43 例,一般者 2 例,差者 1 例。急性放射副反应主要是皮肤色素沉着、红肿和糜烂,均在放射治疗后 2 周内消失。1 例患侧上肢轻度水肿、轻微麻木。

3 讨 论

早期乳腺癌保留乳房手术加术后放射治疗、化学治疗及内分泌治疗已在发达国家广泛开展,优点是获得与传统根治术相同的生存率的同时,保留了乳房的外观美容和上肢功能。其结果已获得肯定,符合肿瘤治疗应综合治疗、提高生存率同时注重患者存活质量的发展趋势,也是肿瘤外科微创化最成功的例子。在我国开展较少,主要原因是早期乳腺癌检出率低,放射治疗设备欠缺,医生和患者尚未完全接受这一方法等。出于医学伦理方面的考虑,本研究未设不接受术后放疗的对照组。

手术的适应证应严格掌握[1],小于 3cm,距乳头 2cm 以上的单发病灶效果最佳。病灶过大,切除后乳房美容效果欠佳,距乳头距离小者,术后不能保留乳头或疤痕牵拉使乳头移位也影响美容,失去了这种手术的一部分价值。多发病灶给手术带来困难,切除后疤痕过大,且文献报道局部复发率较高。早期乳腺癌 BCT 术后要求局部放射治疗以减少复发,不能曲解为单纯缩小手术范围而不做放疗,因此适应证中我们提及了具备放射治疗条件,因为不准确地理解这种治疗方法而造成的术后不久即发生局部复发的情况在临床上并不少见。部分患者担心 BCT 不是根治性手术,会产生顾虑,因此术前解释获得患者的同意很有必要。

早期乳腺癌 BCT 术后放疗的目的主要是减少区域和局部复发。放射治疗的基础研究和临床试验表明,50Gy 的照射能有效杀灭亚临床病灶,在相当大程度上可控制 BCT 术后的复发。Von Foumier[2] 报告局部复发率单纯手术组与加放射治疗组分别为 30% 和 5%。Veronesi[3] 报告单纯象限切除 273 例,术后局部复发 24 例,而象限切除加放射治疗组 294 例中仅 1 例复发。手术后复发的常见部位是瘤床或

维普资讯 http://www.cqvip.com

其周围,因此,在针对乳腺及胸壁照射后应对局部手术切口追加剂量(boost),剂量以 10～16Gy 为宜。Colette[4]对 5318 例多中心合作随机对照研究结果进行分析后报告,术后放射治疗可使局部复发率降至 6.8%,瘤床加量进一步降低至 4.3%,均大大低于根治术后的复发率。加量的方法目前有三种,电子线照射,近距离插植治疗及光子切线野。我们选择电子线照射,该方法优点是简单易行,效果可靠。近距离插植治疗为有创性,美容效果略逊,且要求低剂量率放射源,国内较少。光子切线野仅适合于外上象限病变,应用有限。乳房及胸壁切线野的照射剂量以 50Gy 常规分割为宜,一些作者研究[5]了不同分割方法的效果,其它方式均未显示出明显优势。

放射治疗会有一些急性副反应或晚期并发症,急性副反应主要是皮肤色素沉着、充血水肿,一部分病例有皮肤糜烂,均可在停止放疗后消失。晚期并发症包括肺纤维化、乳房纤维化、患侧上肢水肿及心血管并发症。本组病例照射时均采用乳腺托架,有文献报告采取此技术可使心脏并发症概率由 7.4% 降至 0.3%[3]。肺纤维化的发生主要与肺组织受照射的范围、剂量等因素有关,因此,在模拟机下定位时,要求照射野包括肺组织应小于 2cm,如果不能满足此条件,应调整升床,机头转角等参数。患侧上肢水肿除与手术方式有关外,腋窝照射也是一个主要因素,已有大量文献报告腋窝淋巴结清扫术后照射腋窝弊大于利,因此,本组研究的病例均未照射腋窝。

参 考 文 献

[1] Early breast Cancer Trialists' Collaborative Group Favourable and unfavourable effects on long term survival of radiotherapy for early breast cancer: an overview of the radomised trials[J]. Lancet, 2000; 355, 1757－1770.

[2] Von Foumier D, Junkerman H, Schlegel H, et al. Current status of radiotherapy following ablative and breast－sparing treatment of breast cancer[J]. Radiology, 1998; 208(1): 109－120.

[3] Veronesi U, Luini A, Del Vecchi M, et al. Radiotherapy afierpreserving surgery in women with localized cancer of the breast[J]. N Engl. J. Med, 1993; 328(22): 1587－1591.

[4] Colette L, Fourquet A, Horiot JC, et al. Impact of a boost dose of 16Gy on local control in patients with early breast cancer: the EORTC boost versus no boost trial[J]. Radiother Oncol, 2001; 56 (s 1): s46.

[5] Whelan TJ, Mackenzie RG, Levine M, et al. A randomised trial comparing two fractionation schedules for breast irradiation postlumpectomy in node－negative breast cancer[J]. Proc ASCO, 2000; 1s: 2a.

[6] Canney PA, Sanderson R, Deehan C, et al. Variation in the probability of cardiac complication with radiation technique in early breast cancer[J]. Br J Radiol, 2001; 74(2): 262－265.

(上接第 306 页)

其预报效能有待大样本对其评估和进一步研究。

综上所述,我们应充分认识 IGT 的危害性,寻找高效能的预报因子,并对 IGT 人群进行及时有效的处理,对提高全民的健康水平具有重要意义。

参 考 文 献

[1] 傅 茂,傅祖植. 糖耐量减低的危害及其机制[J]. 中华内分泌代谢杂志,2002,18(1):78.

[2] American Diabetes Associations. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus [J]. Diabetes Care, 1997, 20: 1183.

[3] Edelstein SL, Knowler WC, Bain RP, et al. Predictors of progression from impaired glucose tolerance to NIDDM: an analysis of six prospective study[J]. Diabetes, 1997, 46: 701－710.

[4] 邹立新,王玉华,魏中华,等. 糖耐量减退个体胰岛素水平检测与临床意义[J]. 重庆医学,2003,32(1):89－90.

[5] 刘瑞杰,牛好敏,王景福,等. 高脂血病和相关疾病[M]. 科学技术文献出版社,北京:1999;330.

[6] 刘淑梅,蔡英秋. 血清总胆固醇和高密度脂蛋白胆固醇的比值在冠心病检测中的意义[J]. 北京医学,2000,22(5):273－274.

[7] 金文胜,潘长玉,译. 糖耐量减低和空腹血糖受损:定义及干预的现状[J]. 中华内分泌代谢杂志,2003,19(1):附录 1－1－附录 1－8.