

DOI: 10.3971/j.issn.1000-8578.2011.11.027

新辅助化疗对Ⅲ期乳腺癌手术的影响

廖 妮, 王泽强

关键词: 新辅助化疗; 乳腺癌; 腋窝淋巴结

中图分类号: R737.9 文献标识码: A 文章编号: 1000-8578(2011)11-1322-02

0 引言

乳腺癌为女性常见肿瘤之一, 全世界每年约411 000位女性死于该病^[1]。新辅助化疗(neoadjuvant chemotherapy, NCT)亦称术前化疗或诱导化疗, 因其能增加保乳率、降级、降期等优点, 受到越来越多学者的青睐, 并逐渐广泛应用于不可手术及可手术的局部乳腺肿块较大的乳腺癌患者中。由于患者就诊时大多已处于中晚期, 肿块较大, 相对于中国女性较小的乳腺, 直接行手术治疗, 可能需要植皮, 增加手术难度, 局部复发风险较大。对于局部大肿块, 新辅助化疗已成为首选。但国内对于新辅助化疗的报道多集中在新辅助化疗后病理组织学及乳腺癌相关指标等变化上, 对于仍存在争议的新辅助化疗周期数上未有相关报道。现对58例Ⅲ期乳腺癌患者新辅助化疗后的临床术中腋窝淋巴结情况进行研究, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集2007年2月—2010年8月间株洲市一医院乳腺科经病理证实的乳腺癌病例88例, 包括浸润性非特殊癌78例、浸润性特殊癌10例。临床分期均为Ⅲ期患者, 年龄30~70岁, 平均年龄48岁。其中术前经穿刺确诊并完成新辅助化疗的乳腺癌58例, 化疗均有临床缓解, 仅4位患者经3周期及以上化疗后达到病理缓解; 直接行手术乳腺癌患者30例。A组经穿刺确诊后行3周期以上新辅助化疗患者29例, B组经穿刺确诊后仅行1~2周期新辅助化疗患者29例, C组为患者要求直接行手术切除30例。A、B、C组患者均行乳腺癌改良根治术, 于术后行辅助化疗, 共完成6周期化疗, 见表1。

1.2 研究对象特点及治疗

收稿日期: 2010-10-29; 修回日期: 2011-07-07

作者单位: 412000 湖南株洲, 株洲市一医院乳腺外科

作者简介: 廖妮(1980-), 女, 硕士, 主治医师, 主要从事乳腺疾病的诊断和治疗

所有患者均为女性, 年龄30~70岁, 平均年龄49.57岁(A组49.65岁, B组49.47岁, C组49.61岁), 进行t检验, 三组间差异无统计学意义($P>0.05$); 两组分期、病理类型、手术方式均相同, 具有可比性。术前均行CAF方案化疗: 5-氟尿嘧啶500 mg/m², 静脉滴注, 第1天; 吡柔比星40 mg/m², 静脉滴注, 第1天; 环磷酰胺500 mg/m², 静脉滴注, 21天为1个周期, A组及B组患者乳腺肿块均有一定程度缩小。术后对乳腺癌标本进行常规病检、免疫组织化学染色观察。

表1 乳腺癌患者病理分型及手术方式

Table 1 The difference between pathological type and operative method in Group A, B and C

	Group A	Group B	Group C	χ^2	P
Pathological type					
Invasive non special type cancer	27	24	27		
Invasive special type Cancer	2	5	3	1.625	0.444
Operative method					
Classical radical operation	1	2	5		
Modified radical mastectomy	28	27	25	3.370	0.185

1.3 判断标准

三组患者均在全麻下行乳腺癌改良根治术, 术后继续原方案或改多西他赛90 mg/m²3周期化疗, 共完成6周期化疗。观察患者术中腋窝淋巴结与腋血管粘连程度: 腋窝淋巴结与腋血管之间的距离小于0.5 cm。

1.4 统计学方法

计量资料采用M描述性分析; 运用 χ^2 检验统计学方法进行分析。上述检验均以 $\alpha=0.05$ 的双尾概率作为统计学检验的显著性水准。

2 结果

在乳腺癌根治术中观察乳腺癌患者腋窝淋巴结与腋血管粘连情况, 新辅助化疗3周期以上可明显降低乳腺癌根治术中腋窝淋巴结与腋血管粘连情

况的关系:A 组与 B 组、C 组之间差异有统计学意义(A 组与 B 组间 $\chi^2 = 39.771, P = 0.000$; A 组与 C 组间 $\chi^2 = 26.315, P = 0.000$),B 组及 C 组之间的差异无统计学意义($\chi^2 = 3.082, P = 0.079$),但 B 组粘连的比率(93.10%)比 C 组粘连比率(70.00%)高,见表 2。

表 2 分组情况与腋淋巴结粘连情况

Table 2 The adhesion of axillary nodes in group A, B and C

Groups	A	B	C
Adhesion	3(10.34%)	27(93.10%)	23(70.00%)
NO adhesion	26(89.65%)	2(7.41%)	7(30.00%)
Sum	29	29	30

3 讨论

由于新辅助化疗的作用机制不同于手术后 6~8 个疗程的辅助化疗。由于化疗开始越早,产生抗药性的机会越小。而在乳腺癌的诊治中,特别对于中晚期患者及局部晚期乳腺癌患者,新辅助化疗的作用举足轻重:(1)新辅助化疗可以缩小乳腺肿块,使乳腺癌患者降期,并使根治术成为可能;(2)可了解不同患者乳腺癌细胞对化疗的敏感度,进一步体现乳腺癌的个体治疗;(3)可使手术时乳腺癌细胞的活力降低,不易播散入血;(4)可避免体内残留的肿瘤在手术后因凝血机制加强及免疫抑制而容易转移;(5)早期消灭恶性肿瘤可避免耐药性;(6)新辅助化疗可降低患者血中乳腺癌细胞的浓度,避免在原发灶切除后 1~7 天内体内潜在的继发灶加速生长;(7)乳腺癌肿块缩小降期后可增加保乳率。由于目前尚不能肯定新辅助化能否代替辅助化疗,因此术后仍需给予一定周期的辅助化疗,以保证疗效。

目前新辅助化疗的疗效是值得肯定的,然而对于新辅助化疗到底需要几周期,各界学者及临床工作者目前仅根据患者及家属意愿、乳腺肿块变化等情况来制定。周期数太长,不管是对患者身体或心理来说均是一项严重打击,且长期的带瘤生存不是每一位患者都能承受的;而周期数太少,新辅助化疗的疗效下降,不能达到新辅助化疗目的。本研究结果可看出,新辅助化疗以 3 周期及以上为最佳,腋窝淋巴结与腋血管粘连率明显下降,降低手术难度,差异有统计学意义(A 组与 B 组间 $\chi^2 = 39.771, P < 0.05$; A 组与 C 组间 $\chi^2 = 26.315, P = 0.000$),但对于仅 1~2 周期化疗是否

导致腋窝淋巴结与腋血管粘连加重,目前仅有比率上的差别(B 组粘连的比率 93.10% 比 C 组粘连比率 70.00% 高),无统计学意义($\chi^2 = 3.082, P = 0.079$)。Ⅲ期乳腺癌患者,腋窝淋巴结均有转移,甚至融合。癌细胞扩散到局部淋巴结后,先聚集于边缘窦,之后生长繁殖而累及整个淋巴结,使淋巴结肿大、质地变硬,进一步淋巴结由于癌组织侵出被摸而相互融合成团块^[2],癌组织继而向周围浸润至血管,导致粘连。有相关报道称化疗后可导致淋巴结内转移的肿瘤细胞有退变坏死、血管周围炎症细胞浸润及纤维化等改变,且淋巴结无论有无转移均可见结构改变,淋巴结细胞松散,正常滤泡结构减少或消失,少数出现正常淋巴结没有的充血现象,有成团的吞噬细胞反应^[3~4]。化疗引起淋巴结内转移的肿瘤细胞出现蜕变坏死、钙化、纤维化^[5],大量坏死的血管周围炎症及淋巴结结构的改变可能导致淋巴结与腋血管的粘连加重,而化疗周期数增加到一定数量后,癌细胞大量坏死、液化、吸收后炎症及粘连程度可能降低。因本研究仅从临床手术角度观察新辅助化疗对淋巴结与腋窝血管粘连情况,还有待更多相关学者对期作进一步研究。

新辅助化疗对于乳腺癌患者,特别是中晚期及局部晚期乳腺癌患者,其临床意义与重要性有目共睹,3 个周期以上的新辅助化疗降低腋窝淋巴结与腋血管粘连程度,能降低乳腺癌术中操作难度,对于患者和手术医生都是上佳选择。因本研究还处于初步阶段,研究病例数偏少,需增加病例数,进一步结合病理组织学、多个细胞因子、化疗用药情况及多年的随访等,对相关结果作深入剖析研究,增加多个方面数据进行比较。

参考文献:

- [1] Parkin D M, Bray F, Ferlay J, et al. Global cancer statistics[J]. CA Cancer J Clin, 2005, 55(2): 74~108.
- [2] 杨光华. 病理学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 87~88.
- [3] 吉庆明. 新辅助化疗后乳腺癌的临床病理学变化及意义[J]. 中国实用医刊, 2008, 35(16): 7~9.
- [4] 刘洪军, 沈丹华, 刘鹏, 等. 新辅助化疗后乳腺癌的临床病理学改变[J]. 中国妇产科临床杂志, 2005, 6(1): 44~47.
- [5] 王殊, 张嘉庆, 乔新民, 等. 新辅助化疗后乳腺癌病理变化 31 例分析[J]. 中国妇产科临床杂志, 2007, 8(4): 282~284.

[编辑:刘红武;校对:杨卉]