

肝脏第 VIII 段精准切除治疗乳腺癌肝转移 1 例

孙诚谊^{1,2}, 杨能红^{1,2}, 张 宏^{1,2}, 张 浩^{1,2}, 孙 科^{1,2}

(1. 贵阳医学院附院 肝胆外科, 贵州 贵阳 550004; 2. 贵州省肝胆胰脾疾病研究所, 贵州 贵阳 550004)

[关键词] 乳腺肿瘤; 肿瘤转移; 肝切除术, 精准; 肝 VIII 段

[中图分类号] R657.3; R737.9 [文献标识码] B [文章编号] 1000-2707(2014)06-0940-03

乳腺癌为女性最常见的恶性肿瘤,其死亡率居女性恶性肿瘤的首位^[1-2]。乳腺癌肝转移(BCLM)患者预后不良,化疗、内分泌治疗、血管栓塞治疗、分子靶向药物治疗、射频消融治疗及热消融治疗等辅助治疗方法均不能显著延长 BCLM 患者的生存期,外科手术切除仍是 BCLM 首选的治疗手段,但精准肝切除治疗乳腺癌肝转移目前在国内外则鲜有报道,现报告 1 例利用全频超声乳化吸引刀(cavitron ultrasonic surgical aspirator, CUSA)行肝脏第 VIII 段精准切除治疗乳腺癌肝转移的成功案例。

1 临床资料

1.1 一般资料

女性患者,50 岁,因“右乳乳腺癌根治术后 5 年,发现右肝占位 1 月”入院。患者 5 年前因右乳外侧象限浸润性导管癌行乳腺癌根治术,术后乳腺改变见图 1-A 和图 1-B。术后共接受 4 次 EC 方案化疗(阿霉素 160 mg,环磷酰胺 1.0 g,并连续、规律口服他莫昔芬至今)。体格检查:右侧乳腺可见 15 cm 斜行陈旧性手术疤痕,右腋窝可触及肿大融合淋巴结直径约 2 cm;右锁骨上和颈部亦可触及肿大淋巴结,直径约 0.5 cm、质韧、活动可、无明显压痛。

1.2 辅助检查

上腹部彩超显示肝右叶不均质团块,肝光点细密;上腹部增强 CT 显示肝右叶高密度结节(图 1-C, D)。PET-CT 显示右乳癌切除术后改变,术区未见高代谢病灶,无复发征象,纵膈及左侧内乳区淋巴结,代谢轻度增高;肝右叶结节,代谢增高,肝右叶结节状高密度影,外周呈环形密度减低影,直径

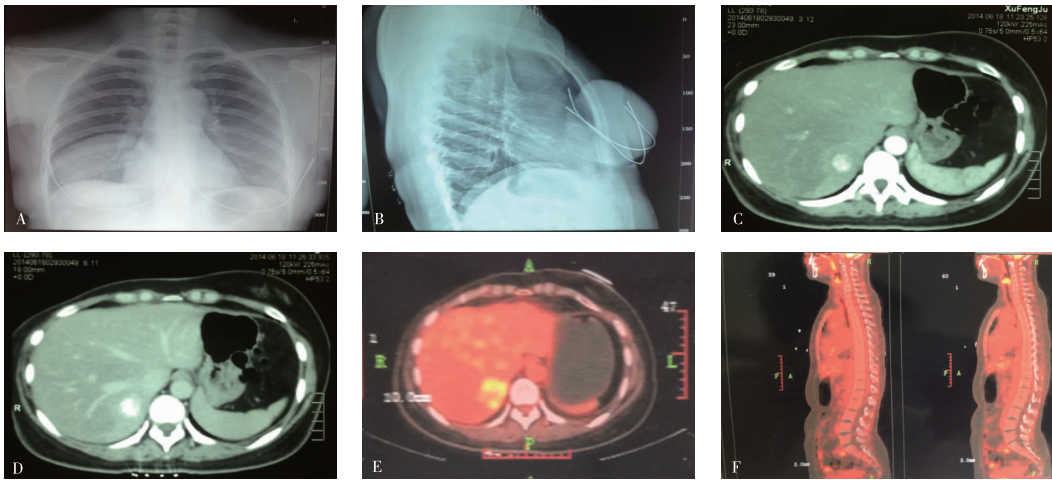
约 3.4 cm,伴 FDG 摄取升高,最大 SUV 约为 6.4,考虑恶性病变,转移可能性大(图 1-E, F)。入院诊断肝占位原因(转移癌?)及乳腺癌术后。

1.3 手术治疗

完善相关术前检查,在全麻下行右肝叶第 VIII 段精准肝切除、5-氟尿嘧啶植入术。术中探查见:腹腔内无腹水,腹腔内和肠系膜等处未及肿瘤种植,腹主动脉旁无淋巴结肿大,肝右后叶可扪及约 5.0 cm × 4.0 cm 包块,边界清楚,质地硬。术中行 B 超检查见肝右前叶第 VIII 段有一形态规则圆形包块,直径约 5 cm,肿块周围有晕环征,前贴第三肝门肝短静脉,后紧邻下腔静脉,肿块内血流较少。手术切除范围距肿瘤边缘 2 cm。确定切除范围后,采用 CUSA 将肿瘤边缘肝脏薄壁组织捣碎,细胞碎片经灌注的盐水冲洗后再经中空钛管吸除,比较坚韧的组织如血管和胆管则被保留,然后在直视下对相应血管与胆管进行准确的钳夹、离断和结扎,并将 5-氟尿嘧啶缓释剂植入肿瘤病灶区域。手术顺利。肿块约 6 cm × 3.0 cm 大小,剖面色灰白,鱼肉状,质地稍韧,与周围组织分界清楚(图 2-A, B),患者术后生命体征平稳,术后给予抗炎对症营养支持治疗,患者手术切口恢复良好,并于术后第 8 天出院。

1.4 术后病理及免疫组化诊断

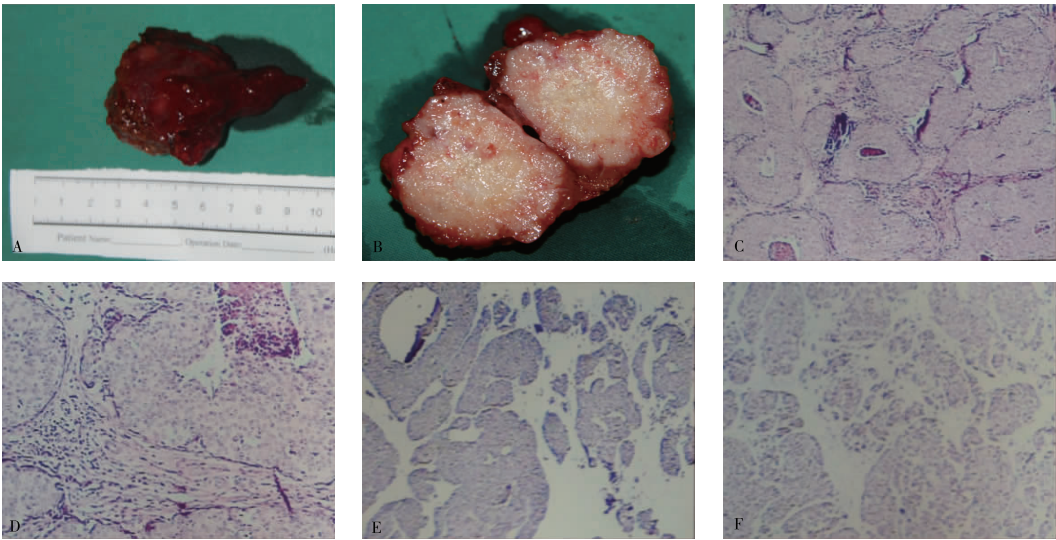
术后病理报告:肝叶 VIII 段恶性肿瘤(图 2-C 和图 2-D)。免疫组化示:CK+, CK7+, CK20-, Villin-, CK19+, GATA-3+, GCDFP-15-, ER+, PR-, CerbB-22+, EMA+, GPC-3-, Hepatocyte-, Ki67+30%。病理诊断乳腺浸润性导管癌肝转移(图 2-E, F)。术后诊断乳腺癌肝转移及乳腺癌术后。



注:A,B 为 X 线摄片(正侧位),C,D 为上腹部增强 CT 扫描,E,F 为全身 PET-CT 扫描

图 1 乳腺癌肝转移患者胸部影像学检查

Fig. 1 Chest images of breast cancer patients with liver involvement



注:A,B 为肝转移癌组织外观,肿块约 6.0 cm×3.0 cm,前面灰白色,鱼肉状,质地稍韧,分界清晰的;

C,D 为病理活检示肝叶 VⅢ段恶性肿瘤;E,F 为免疫组化结果

图 2 乳腺癌肝转移患者肝转移癌组织外观、病理常规活检及免疫组织化学染色

Fig. 2 Metastatic hepatic cancer tissue appearance, routine pathological biopsy and immunohistochemistry staining pictures of breast cancer patients with liver involvement

2 讨论

乳腺癌是女性最常见的恶性肿瘤,有约 20% 的乳腺原发性肿瘤患者手术后出现局部复发或远处转移^[3]。在临床上,乳腺癌肝转移居远处转移第 4 位,以血行转移最多见。本例患者乳腺癌术区未见复发病灶,无局部扩散征象;转移瘤周围无肿大淋巴结,不考虑淋巴道转移,故其转移途径以血行转移可能性大。BCLM 患者的临床特点为早期

转移病灶隐匿,可无任何临床症状。当患者出现腹水、黄疸、肝脏肿大等临床症状和体征时已属晚期,病情常难以控制^[4]。乳腺癌患者在综合治疗后的随访期复查时应以影像学检查为主,首选上腹部 B 超、其次为上腹部 CT,对确诊较困难的疑难病例可进一步行上腹部增强 CT 和 PET-CT 检查辅助诊断,以便能较早的发现肝转移病灶;BCLM 提示预后不良,外科手术切除仍是首选的治疗手段^[5],而精准肝切除是基于现代综合医学模式倡导的全新肝脏外科理念和技术体系,结合现有关于评价各种

肝切除技术的最佳证据以及传统外科方法进行个体化手术规划,制订针对个体病例的最佳手术治疗方案。精准肝切除重视先进科技方法和手段的合理应用,通过精确术前评估、精密手术规划、精工手术操作和精良术后处理,实现“治疗有效性、手术安全性和干预微创化”的理想目标。精准肝切除应用 CUSA、超声止血刀、水刀、TissueLink 等精细肝实质离断器械可有效减少肝切除出血,甚至做到在不阻断入肝血流下的无血肝脏切除。精准肝切除理念和技术的应用将会进一步显著改善肝脏外科病患的预后和生活质量。本例患者转移瘤位于肝右前叶第Ⅷ段,紧邻第 2 肝门,其后方为肝后下腔静脉上半段,左侧为中肝静脉,右侧为右肝静脉,肝动脉和门静脉的右前上分支也延伸进入此段。因此,该转移瘤犹如镶嵌在肝脏大血管之间的一颗“毒瘤”,手术切除时面临着肝脏大血管损伤所导致的致命性大出血或空气栓塞的可能,所以在应用 CUSA 刀进行手术时需要特别注意辨清肿瘤与周围组织、血管的解剖关系,仔细操作,避免不必要的损伤。此外 BCLM 患者还有化疗、内分泌治疗、血管栓塞治疗、分子靶向药物治疗、射频消融治疗、热消融治疗等辅助治疗方法^[6-7]。BCLM 患者对化疗的敏感性比其他部位的转移都要低,预后比其他部位转移也要差,所以 BCLM 患者目前的标准治疗方法仍然是手术切除结合化疗、激素等辅助治疗的综合疗法^[8]。

3 参考文献

- [1] 黄建军,王志,杨海松,等. 乳腺癌改良根治术的改进及效果分析[J]. 贵阳医学院学报, 2007 (3):318-319, 321.
- [2] 李珀,何常,徐恒天,等. 乳腺癌中 TIP30 蛋白的表达及意义. 贵阳医学院学报, 2013 (5):499-501.
- [3] Manes K, Delis S, Papaspyrou N, et al. Neuroendocrine breast carcinoma metastatic to the liver: Report of a case and review of the literature[J]. Int J Surg CaseRep, 2014 (8):540-543.
- [4] Elsberger B, Roxburgh CS, Horgan PG. Is there a role for surgical resections of hepatic breast cancer metastases? [J]. Hepatogastroenterology, 2014(129):181-186.
- [5] Sabol M, Donat R, Chvalny P, et al. Surgical management of breast cancer liver metastases [J]. Neoplasma, 2014 (17):74-79.
- [6] 潘耀振,孙诚谊,李铸,等. 射频消融术治疗肝癌 18 例疗效观察[J]. 山东医药, 2009 (11):71.
- [7] Vogl TJ, Farshid P, Naguib NN, et al. Thermal ablation therapies in patients with breast cancer liver metastases: a review[J]. Eur Radiol, 2013 (3):797-804.
- [8] Treska V, Cerna M, Liska V, et al. Surgery for breast cancer liver metastases - factors determining results[J]. Anticancer Res., 2014 (3):1281-1286.

(2014-08-13 收稿,2014-09-25 修回)

编辑: 吴昌学

关于医学符号的使用

统计学符号不论用哪种字母,也不论大写或小写一律都用斜体。要注意区分拉丁字母和希腊字母。例如均数的符号是字母 \bar{x} , 卡方的符号是希腊字母 χ^2 , 自由度的符号是希腊文“v”, 不是拉丁文“V”。样本的相关系数是英文“r”, 不能误为希腊文“ γ ”。

化学元素及核素在医学写作时一般多采用符号,都是拉丁字母正体大写。离子态是在右上角用数字加“-”或“+”表示。例如 Na^+ , Ca^{2+} , P^{3-} 等等,不采用 Ca^{++} , P^{---} , Al^{+3} , O^{-2} 表示,核素的核子素(质量数)应写在元素符号的左上角,例如: ^{131}I , ^{32}P 。表示激发状态的 m 写在右上角,例如: $^{99}\text{Tc}^{\text{m}}$, $^{133}\text{In}^{\text{m}}$ 。在科技论文和专著中不应写核素的中文名称,即不能写成 131 碘、 $^{133\text{m}}$ 钪、 P^{32} 、 $\text{Tc}^{99\text{m}}$ 。

近几年分子生物学发展很快,并已渗透到许多学科,大多数分子生物学名词术语的符号已有统一的确定形式,要对符号的来源及其内涵有深刻的了解,使用时不致发生错误,例如:RNA 有 rRNA(ribosomal RNA)、tRNA(transfer RNA)、mRNA(messenger RNA)3 类。r、t、m 是表示类型的符号应小写,RNA 应大写。

《贵阳医学院学报》编辑部