

• 临床研究 •

B 超引导穿刺定位下乳腺隐匿性病灶切除术

邹强^① 朱锡琪 凌龙生 任长才 王红鹰
华秀云^② 倪伟 陈为民 戴训芦 杨宝年

随着 B 超的广泛应用和 B 超仪器的不断完善,尤其是分辨清晰的高频探头的应用,使得越来越多的乳腺隐匿性病灶被发现,从而给临床判断与处理带来了两个问题。其一:由 B 超所显示而临床又不能扣及的“肿瘤性病灶”,是否为真正的肿瘤而非乳腺增生症。其二:若这些隐匿性病灶确为肿瘤又如何来定位工作。采用 B 超引导穿刺定位行乳腺隐匿性病灶切除术。我院自 1993 年 8 月起就上述问题开展了研究工作。采用 B 超引导穿刺定位行乳腺隐匿性病灶切除术。现将方法及初步结果报道如下。

1 材料与方法

1.1 病例资料:患者年龄为 33~66 岁(平均 38 岁),均为女性。自 1993 年 8 月起 1 年内对 B 超发现的 26 例 53 处乳腺隐匿性病灶进行了定位穿刺。其中单发 17 例;多发者 9 例,最多者双乳隐匿性病灶共 10 处。26 例中有 1 例 B 超提示“脂肪团块”定位穿刺细胞学检查提示为脂肪细胞,故未手术,随访 1 年无进展。还有 1 例虽 B 超提示为纤维腺瘤,但穿刺抽得黄色清亮液体后病灶完全消失也未手术。其余 24 例 51 处病灶均定位切除。上述患者中同时伴有可扣及的 10 处病灶一并切除,但不作统计。

1.2 B 超及定位方法:采用美国 ATL Ultramark9 型 HDI 带 ESP 功能彩色 B 超仪。探头中心频率为 5~10MHz 自动变频。患者取仰卧位,患侧上肢抱头。先作双乳常规超声检查以发现病灶并作出超声诊断。然后在探头上涂以导声胶再用无菌橡皮套包裹,配上消毒过的穿刺导引架。该架引导穿刺角度为 45°。乳房皮肤常规消毒,涂以无菌导声胶。经超声检查找到拟穿刺的病灶,并将其移至设定的穿刺引导线内,通过彩显避开可能存在的血管。相对固定探头,使病灶图像稳定、清晰。

1.3 穿刺针及穿刺方法:采用美国 Cook 公司 Hookwire 定位针。该针由两部份组成,外套针用作穿

刺,内芯为带钩钢丝用作定位引导(如图 1)。穿刺进针点用利多卡因局部麻醉。外套针经导引架穿刺,并在显示屏上见到该针图像及全部穿刺经过(如图 2)。待针尖完全进入肿块后将钢丝置入,再将外套针拔除,而将钢丝留在组织内(如图 3)。若 1 例侧乳腺内有多个病灶,只要能在同一幅画面中显示,则可选择其中 1 枚位置较深,肿块较小即手术较难寻找者进行定位;若为双侧或 1 侧多发而不能同时显示者则需进行多点定位穿刺。



图 1

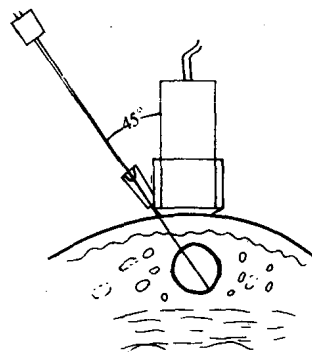


图 2

1.4 手术方法:选用连续硬膜外麻醉或肋间神经阻滞麻醉(尽可能避免局麻造成组织水肿而解剖不清),沿钢丝切开,分离,解剖直至找到肿块,将其完整切除,钢丝完好取出。标本送病理。

2 结果

① 200040 上海医科大学华山医院外科

② B 超室

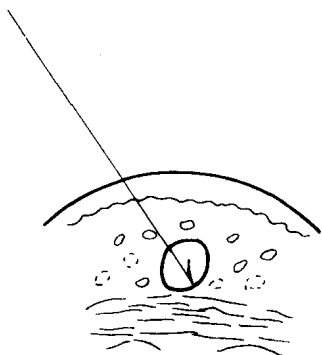


图 3

2.1 B超诊断:本组26例53处病灶为0.4cm~1cm大小。25例52处B超诊断为纤维腺瘤或纤维腺瘤形成者,病理证实为纤维腺瘤者21例47处。1例B超诊断为脂肪团块者细胞学证实。误诊4例5处病灶,计乳腺病1例2处,囊肿3例3处误为纤维腺瘤。资料表明B超诊断乳腺隐匿性纤维腺瘤的符合率为90%(按病灶统计)。B超误诊的可能原因:乳腺病者未能很好分辨包膜情况。囊肿内若液体稠厚,超声图像上难与实质性肿块相鉴别。

2.2 穿刺准确性:24例51处手术均顺利完成。术中见钢丝倒钩正好在肿块内或钩住其包膜者42处;钢丝虽穿过肿块但过深者2处,过浅未触及肿块者5处,但与肿块距离 ≤ 0.5 cm。说明多数穿刺准确,能很好地引导手术。

2.3 并发症:本组病例均未发生穿刺点出血或血肿形成,也无伤口感染,无钢丝残留体内等并发症。有1例穿刺后钢丝已置入病灶内,但因其它因素手术推迟2天进行,也无移位及其它并发症出现。

3 讨论

乳腺疾病为常见病,发病有上升趋势,乳腺纤维腺瘤好发于中、青年女性,术后复发更是令人烦恼的问题。乳腺临床扪诊的符合率为70%~80%,而且有许多小病灶或深部病灶不能扪及,这就可能造成切除可扪及的肿块后将隐匿性肿块残留在乳腺内,以后再次“复发”。因而,为提高其检出率,必须结合一些辅助检查。

钼靶摄片可以发现隐匿性病灶包括隐匿性乳腺癌,并能进行立体定位穿刺活检与手术^[1,2]。但中、青年女性乳腺多为致密型,纤维腺瘤与周围组织反差不大,因此对检查乳腺良性肿瘤而言钼靶摄片并非首选方法。B超则对纤维腺瘤能显示其边界与包膜,易与乳腺增生症相鉴别。本组资料显示其符合率达90%。若注

意到囊液稠厚这一因素并结合穿刺抽吸,可使符合率进一步提高而避免不必要的手术。结合文献报道,B超对乳腺隐匿性病灶有较高的诊断符合率,也能发现隐匿性乳腺癌并作定位^[3~5]。

对于乳腺隐匿性病灶是采取随访观察还是手术切除?我们认为若B超明确提示为肿瘤性病灶,应手术切除活检。尤其是伴有可扪及的病灶,手术时应一并并切除病灶,以减少“复发”。为了避免过多地切除正常乳腺,术前应准确定位并作标记。以往标记方法很多,如在乳腺内注射美兰等染料,但易扩散到周围组织中去,造成定位不明确,也可在乳房表面作标记,但因体位改变及乳房松软等因素而造成偏差。1976年Frank推荐的Hookwire定位穿刺针目前被多数学者采用^[6]。因为它具有细针穿刺所具备的创伤小,不易造成肿瘤播散等优点^[7],而且因有倒钩不易移位滑脱,术中引导明确。

B超引导穿刺也有一定偏差,可能与以下因素有关:如穿刺针在超声显像上分辨不清时会使穿刺过深或过浅。若肿块位置深而又穿刺过头,钢丝易进入乳腺后间隙。再者,若穿刺针不够锋利(非一次性使用),遇到质硬而又活动的小肿块时,就不能很好地刺入肿块,而将其推向旁边。因此,在定位时应仔细辨认针尖影像,选用锋利穿刺针,并适当将乳房压迫固定。

参考文献

1. 邹强等. 乳腺钼靶摄片立体定位穿刺活检与手术. 介入放射杂志, 1994; 3(2): 27-29
2. Bolmgren J. et al. Stereotaxic in struement for needle biopsy of the mamma. Am J Roentgenal, 1977, 126: 121-125
3. Ciatto S. et al. Fine - needle aspiration cytology of nonpalpable breast lesions; US versus stereotaxic guidance. Radiology, 1993, 188: 195-198
4. Fornage BD, et al. Breast masses; US - guided fine - needle aspiration biopsy. Radiology, 1987, 162: 409-414
5. Rissanen TJ, et al. Breast cancer recurrence after mastectomy: diagnosis with mammogrphy and US. Radiology, 1993, 188: 463-467
6. Svane G. Astereotaxic technique for Preoperative marking of non - palpable breast lesions. Acta Radiologica Diagnosis, 1983, 24: 145-151
7. 谷振声. 实用乳腺外科病理学. 北京: 人民军医出版社, 1991, 20~21

(收稿 1994-08-30)