

指南解读

文章编号:1005-2208(2014)04-0294-02

美国《早期浸润性乳腺癌保乳手术的切缘指南》要点解读

吴克瑾

【摘要】 2014年2-3月,外科肿瘤学会(Society of Surgical Oncology,SSO)和美国放射肿瘤学会(American Society for Radiation Oncology,ASTRO)颁布了由多学科领域专家共同制定的《早期浸润性乳腺癌保乳手术的切缘指南》。指南基于荟萃分析结果,提出在多学科合作治疗中,切缘无肿瘤累及可作为早期浸润性乳腺癌的安全手术切缘标准,临床上通常采用的比无瘤切缘更广泛的切缘并无必要。

【关键词】 乳腺癌;保乳术;手术切缘

中图分类号 R6 文献标志码 A

Interpretation of the American Guideline on Margins for Breast-Conserving Surgery in Stages I and II Invasive Breast Cancer WU Ke-jin. Department of General Surgery, Xinhua Hospital, Shanghai Jiaotong University School of Medicine, Shanghai 200092, China

Abstract From February to March in 2014, Society of Surgical Oncology (SSO) and American Society for Radiation Oncology (ASTRO) issued the guideline on margins for breast-conserving surgery in stage I and II invasive breast cancer. A multidisciplinary consensus panel developed the guideline. Based on the results of meta-analysis, it is clear that the use of no ink on tumor as the standard for an adequate margin in early invasive breast cancer is reasonable. More widely clear margins than no ink on tumor adopted common in the clinical work is not necessary.

Keywords breast cancer; breast-conserving surgery; surgical margin

保乳治疗(breast conserving treatment,BCT)作为早期浸润性乳腺癌的标准治疗手段之一已有超过20年的临床实践经验,但是对阴性手术切缘宽度的界定始终没有一个统一的认识。2014年2-3月,外科肿瘤学会(Society of Surgical Oncology,SSO)和美国放射肿瘤学会(American Society for Radiation Oncology,ASTRO)共同制定的有关

《早期浸润性乳腺癌保乳手术的切缘指南》(以下简称指南)同时发表在临床肿瘤学杂志(Journal of Clinical Oncology)、国际放射肿瘤学·生物学·物理学杂志(International Journal of Radiation Oncology Biology Physics)和外科肿瘤学年鉴(Annals of Surgical Oncology)上。至此,一直存在多方争议的关于早期浸润性乳腺癌保乳手术的安全切缘问题终于有了一个比较明确的共识。本文简述该指南要点以飨读者。

1 指南简介

为明确乳腺癌保乳手术切缘宽度与同侧乳腺肿瘤复发(ipsilateral breast tumor recurrence,IBTR)的相关性,制定保乳手术及术后辅助放疗的手术切缘指南,由数名包括乳腺外科、肿瘤内科、放疗以及病理学等多学科临床医师,甚至病人代表组成了专家委员会,共同撰写指南,该指南获得专家委员会的一致通过,并在听取了编外专家的反馈建议后最终成文,经SSO和ASTRO批准。

专家委员会针对手术切缘宽度与IBTR,采用荟萃分析方法,收集了包含28162例病人的33个研究,时间跨度从1965年至2013年1月,中位随访时间为79.2个月,中位IBTR发生率为5.3%。入选或排除标准:(1)早期浸润性乳腺癌病人,不包括接受新辅助化疗的或单纯导管原位癌(ductal carcinoma in situ,DCIS)病人;(2)所有实施BCT病人均接受辅助全乳放疗(whole-breast radiation therapy, WBRT);(3)镜下切缘必须定量报告;(4)必须呈现年龄资料;(5)至少中位随访时间为4年。Meta分析结果发现,手术切缘阳性与IBTR发生风险成倍增加具有明显相关性,必需再次进行手术切除,切缘阴性则无需再手术,系统性综合治疗可降低局部复发风险,但是没有证据表明较宽的切缘可以不需要综合治疗,无论何种生物学亚型、切缘尚存小叶原位癌(lobular carcinoma in situ,LCIS)、浸润性小叶癌(invasive lobular carcinoma,ILC)、含有广泛的导管内癌成分(extensive intraductal component,EIC)的浸润性癌以及年轻乳腺癌,都没有证据表明需要较宽的切缘。基于Meta分析的8项辨证推荐建议详见表1。指南规定,在多学科合作和综合治疗前提下,切缘无肿瘤累及可作为早期浸润性乳腺癌的安全手术切缘标准,而目前临床实践中通常采用的比无瘤切缘更广泛的切缘并不可取。

作者单位:上海交通大学医学院附属新华医院普外科,
上海 200092

E-mail: kejinwu@163.com

表1 临床指南推荐总结

临床问题	推 荐	证据级别
阳性切缘绝对增加IBTR风险吗? 放疗、系统治疗和好的肿瘤生物学可以降低这风险?	切缘阳性至少增加2倍IBTR风险,且并不随着实施放疗、系统治疗和好的生物学情况而降低	Meta分析和来自前瞻性试验和回顾性研究的2级数据
较宽的切缘是否降低IBTR?	切缘阴性,即“切缘无肿瘤累及”可有益于避免IBTR,更宽的切缘对此无助而不予推荐	Meta分析、回顾性研究
内分泌、生物靶向治疗或化疗等对IBTR的影响? 没有接受这些系统治疗者是否需要更宽的切缘?	应用系统综合治疗可减少IBTR,但没有证据表明较宽的切缘不需要这种治疗	多项随机试验、Meta分析
不良的生物学亚型(如三阴性乳腺癌)是否需要较宽的切缘?	切缘宽度不取决于生物学亚型	多项回顾性研究
切缘宽度是否取决于实施WBRT?	WBRT的选择不依赖于切缘宽度	回顾性研究
切缘存在LCIS是否需再切除? ILC是否需要较宽的切缘? 切缘多形LCIS的意义?	浸润性小叶癌无需较宽的切缘;切缘有经典的LCIS非再切除指征;切缘多形LCIS的意义不确定	回顾性研究
<40岁的年轻乳腺癌病人需较宽的切缘吗?	没有证据显示较宽的切缘降低年轻乳腺癌的IBTR	来自前瞻性试验和回顾性研究的2级数据
肿瘤标本中有EIC的意义以及对切缘的影响?	没有证据显示当切缘阴性时增加这类病例的IBTR	回顾性研究

注:引自参考文献[1-3]

2 指南解读

2.1 手术切缘标准界定合理 切缘复发是保乳术后局部肿瘤复发的主要表现之一。在诸多影响切缘复发的因素中最主要的是由于切缘不够导致的肿瘤残留,而此恰恰为外科医师可控的一个重要环节。本次基于特定人群的荟萃分析纳入了多项1级证据水平数据和大型回顾性研究资料,提供了令人信服的证据。根据该荟萃分析得到结果而制定的早期乳腺癌保乳手术的切缘指南获得了广泛认同。本指南提出的采用 切缘无肿瘤累及 作为早期浸润性乳腺癌保乳手术切缘标准体现了安全性和合理性,让特定情况下放弃再切除术 有据可依,从而避免过度治疗。该指南可能潜在改变目前的临床工作常规,在降低再手术率的同时保证良好疗效,可最大限度减少不必要的手术进而减少手术创伤。

2.2 规定的切缘标准易于临床实施 现行的保乳手术阴性切缘宽度有1~10 mm,尺度不一,大多数操作建议集中在2~5 mm。阴性切缘到底达到多少宽度才足够 一直是临床医师讨论的热点。临床实践中,外科医生很难在术中精准地把握这几个毫米的差别。临床常用的标识所切除标本切缘的方法包括墨水染色法、简单易行的5点标记法(即在切除标本的上、下、内、外和底部各点标记)等,传统切缘判断多以肿瘤距切缘的最短距离和切缘的病理性点取材为准,有较大的随意性和不确定性。指南规定的墨水染色技术使保乳手术切缘的评估较为客观、可靠。切缘无肿瘤累及 直接成为病理判断的惟一指标,从而使切缘问题得以明确,更易于临床实施。

2.3 指南存在一定局限性 指南是由乳腺专家委员会根据临床证据达成的共识,但本次荟萃分析基于特定的人群,如早期浸润性乳腺癌(、期浸润性乳腺癌)病人,且

接受WBRT和综合治疗支持等,因此得到的结论只可应用于背景相似的病例。另外一些特殊情况并未列入该荟萃分析,如近切缘残留可疑微钙化者、期乳腺癌、接受新辅助化疗者、单纯DCIS以及只接受部分乳腺放疗或未经放疗的病人等等。因此,不能将该指南简单理解为 切缘无肿瘤累及就是安全切缘。每例病人应该由多学科小组进行综合评估后决定治疗方案。

综上所述,由该指南非常及时地明确了阴性切缘的定义,不仅有益于临床医师的工作,也为病人提供了医学信息,使其能更好地了解自身病情。但是任何指南总归存在某些局限性,临床医师在实践过程中,应加强多学科合作,重视肿瘤病人的个体化治疗。

参 考 文 献

- [1] Moran MS, Schnitt SJ, Giuliano AE, et al. Society of Surgical Oncology-American Society for Radiation Oncology consensus guideline on margins for breast-conserving surgery with whole-breast irradiation in stages I and II invasive breast cancer [J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2014, 88(3):553-564.
- [2] Moran MS, Schnitt SJ, Giuliano AE, et al. Society of Surgical Oncology-American Society for Radiation Oncology consensus guideline on margins for breast-conserving surgery with whole-breast irradiation in stages I and II invasive breast cancer [J]. J Clin Oncol, 2014, [Epub ahead of print].
- [3] Moran MS, Schnitt SJ, Giuliano AE, et al. Society of Surgical Oncology-American Society for Radiation Oncology consensus guideline on margins for breast-conserving surgery with whole-breast irradiation in stages I and II invasive breast cancer [J]. Ann Surg Oncol, 2014, 21(3): 704-716.

(2014-03-15收稿)