

本报记者 左妍

每周四,复旦大学附属肿瘤医院副院长、乳腺外科吴灵教授都会来到位于浦东院区的乳房重建多学科门诊。这间诊室里,小桌拼成大桌,多台显示器同时闪烁,放射治疗、影像诊断、护理等方面的临床专家各就各位。这也是全国首个聚焦乳腺癌术后的乳房重建MDT(多学科)门诊,始设于2021年。

活下去是本能,追求美是天性。切除乳房的乳腺癌患者,挣脱了死亡的阴影,自我重建的治愈之路还顺利吗?今天是3·8妇女节,记者带你走进这个专属女人的门诊——



■ 乳房重建多学科会诊室内,复旦大学附属肿瘤医院副院长、乳腺外科吴灵教授(左一)正在问诊
本报记者 徐程 摄

为她们再造美丽

■ “中招”后,这是最好的“结局”

2020年,27岁的张琳琳体检发现右侧乳房有个包块,穿刺活检结果是恶性的。这是她无法接受的结果——乳腺癌。医生给出的切除乳房方案,更是将她的精神防线彻底击穿。

“为了保命,手术是我唯一的选择。”张琳琳说。几小时后,一侧的乳房已经没有了,眼泪也随之流下来。

在中国,每年有30多万女性,遭遇了和她相似的命运,因患乳腺癌,失去了一侧或双侧乳房,但并不是每个人都能坦然接受的。2021年,张琳琳来到肿瘤医院乳房重建多学科门诊,她要重建乳房。吴灵教授团队为她制定了详细的手术方案。由于乳房已被切除,在“即刻重建”和“延期重建”中,留给她的选择只有后者。

这两种方案,前者在乳腺癌切除手术的同时完成,只需一次手术和恢复期;后者则在乳腺癌根治手术、术后辅助放化疗结束后,择期进行。相对后者,前者乳房残留组织顺应性好,可最大限度地保留乳腺美学元素。但部分即刻重建的患者,也可能要面对术后辅助放疗对重建乳房产生的影响。方案各有利弊,须根据实际情况,结合患者意愿,作出最适合的选择。

张琳琳有些担心,她在网上翻阅资料:在欧美发达国家,乳房重建率达到60%以上,而我国仅为10%左右。乳腺癌的综合治疗,除手术外,还需要其他辅助治疗,她不知道在乳房内放置假体,会不会增加复发风险?

吴灵告诉她,这是一项非常成熟的技术,只要调整好心理预期,不必过多担心。乳房重建有严格的适用人群。已转移的患者,或一两年内复发、转移风险高的患者,不宜接受乳房重建。她的情况良好,可以做乳房重建,不会增加复发风险。

手术很成功,这一次她来咨询什么时候可以停内分泌治疗,因为她想生孩子。她最关心的是,自己年纪轻轻就得了乳腺癌,这种“不好的基因”是否会传给孩子?

多学科团队查看了她的资料,经讨论后告诉她,可以暂时停药备孕,孩子生好再继续吃。另外,她已在肿瘤医院做了基因检

测,她的基因突变,并非明确会引起肿瘤的突变,遗传给下一代的概率较小。

张琳琳的顾虑打消了。走出诊室前,她问吴灵,自己的胸部是否还有优化空间。吴灵笑了:“你的状态那么好,我认为不需要改善了。如果还想优化,只能做自体脂肪移植。你那么瘦,要取多少次脂肪?”

张琳琳也笑了,“不做了不做了,我也觉得现在这样很好!”

■ 为了“完美”,她不怕任何“麻烦”

37岁的陈丽佳也是一个乳房重建患者。她身材高挑,穿着时髦的打底裤和短靴,留着微卷而蓬松的短发。虽“打飞的”来看病,依然化了精致的妆。

刚坐下来,她就从文件夹里取出厚厚一沓病历资料递给吴灵,上面用各色彩笔做了标注。“我的经历太坎坷了,太痛苦了。”没等吴灵开口,陈丽佳便开始回顾“重建”前后的心路历程。

她是个对自己要求极高的女性,生活条件也较优渥。2018年因乳腺纤维瘤在当地手术,术后病理证实是恶性肿瘤。当时做了保乳手术,后来发现,病灶边缘未切除彻底,需要重切。这一次,她进行了乳房全切。为了防止另一侧也发病,陈丽佳选择了预防性切除。术后,她在当地找到了最好的乳房重建医生,进行了两侧的乳房重建。

根据材料不同,手术大致有植入假体或自体组织移植等方式。方案的选择要充分考虑病情、意愿、预期等。有的人不希望身上产生多余的伤口,医生会重点介绍假体重建;对于腹部大腿有多余脂肪的人,则可以考虑自体重建。陈丽佳和张琳琳一样,采用了假体——在国内乳房重建患者中,超过八成选择了这一方式。

她说,自己对“失去乳房”的畏惧,要远大于对“乳腺癌”的害怕。感谢医学的进步,乳房“失而复得”,“很少有人知道,我身体曾发生过这样巨大的改变”。

术后的人生,本可以是一个新的开始。但手术的结果并不让她满意。“当地的医院我都跑遍了,大夫都认识我。”陈丽佳认为,她的手术是“失败”的,为此又进行过优化和调整。

这一次,她来到上海询问修复方案。“只要效果完美,我不怕麻烦,在乳房上我已经花费了近百万元。做好了打持久战的准备。”

她做足了功课,只希望找到“最好的医生”,做“最好的手术”。

吴灵为她检查发现,重建的乳房可能出现了轻微的假体偏转,导致胸型有那么一点“别扭”,但也并非像她自己说的那么糟糕。“你的预期很高,任何医生可能都无法达到你的要求。”不过,他还是给出了建议,“可以进行脂肪移植,少量多次,脂肪移植不会诱发癌症,这样子你的修复动静小一点”。

吴灵告诉记者,随着患者对形体要求的提升,越来越多的乳腺癌患者对术后的生活质量提出更高要求。乳房重建并不是一项简简单单的乳房美容手术,确保肿瘤疗效永远是首位。他也会反复提醒,失去了乳房,不代表人生就“残缺”了。重建是一种选择,却不应当成为一个“枷锁”。击败病魔,不仅需要规范的治疗,也需要积极的心态。

■ 困惑的男人:妻子想要切除她的乳腺

当天门诊的最后一位患者,是一位40岁男性。他两手空空,什么资料也没带。

“我是代人咨询的。”男子打开视频连线,屏幕那头,是身在外地的妻子。

妻子郑慧35岁,但因工作原因两人分居两地。妻子的母亲不久前因乳腺癌去世,这件事对她打击极大,她不得不面对自己在医学上的身份——“乳腺癌患者直系亲属”。更令她沮丧的是,基因检测发现,她存在BRCA2基因突变,这是一个“致病突变”。

“BRCA1和BRCA2是重要的抑癌基因,其中任何一项突变都会引起基因的不稳定性增加。美国癌症协会最新一项研究显示,一般女性一生罹患乳腺癌的概率为12%,而BRCA1/2致病性基因突变的携带者到70岁乳腺癌风险则提高到50%~85%,卵巢癌的风险为11%~40%。”网上查询到的资料令郑慧担忧害怕。她想起来,多年前,安吉丽娜·朱莉做了预防性切除乳腺,也是因为存在BRCA基因突变。

郑慧目前还是医学意义上的健康人,没有患病,但是为了在乳腺癌来临前降低患病的可能性,她想选择这种激进的做法。“吴教授,我在网上看到您做的手术切口很小,重建做得也很好,您能帮我切除乳房并即刻重建吗?”

吴灵委婉地告诉她,预防性切乳在医学界存在争议,对患者有多少获益仍需要长期跟踪和评估。目前,国内绝大部分医生对预

防性切除保持谨慎的态度。“你的身体状况完全正常,即使基因突变致病率高,但不代表真的会患病。现在乳腺癌早发现早治疗,预后很好,而预防性切除并不能100%阻止乳腺癌的发生;而且,预防性切除,即便接受重建,也有一定的手术并发症,根据以往的研究报道,手术以后因为感觉的减退,有些人的满意度并不高,进而影响到生活质量。我劝你再认真考虑一下,这种做法可以带来多少预防疾病的空间?”

其实,郑慧的家人也对她的这种执念不解。丈夫的观念更趋保守:“有病治病,没病为什么要做这么大的手术?”

吴灵认为,“朱莉效应”增加了一些女性想要切除乳腺的迫切性和盲目性。有了乳房重建手术后,她们似乎更大胆了。但是,临床上对于非乳癌患者是否实施切除手术有着非常严格的筛选标准。“你现在刚刚经过家庭变故,还没有平静,作出的决定可能不成熟的。虽然医生可能对这类手术很有把握,但是手术也有潜在的局限性,千万不要草率……”

可见,面对乳腺癌这个“红颜杀手”,女性们承受了巨大的压力和恐惧。在吴灵领衔的这个乳房重建多学科门诊,“失而复得”的故事背后,依然还有很多遗憾、误解和偏见。

“比如,很多患者会担心重建手术会影响后续的治疗开展;另一方面,仍有很多乳腺癌患者在术前并不知道乳房重建这一选项,从而错过了重建的最佳时机。”吴灵说。

乳房重建在国际上已有非常成熟的临床规范指南。早期的患者,能保乳则保乳,并非所有患者都切了乳房去做重建。另有部分局部晚期患者,局部情况比较严重,或淋巴有转移,但身体远处其他地方没有转移的,就先做辅助治疗,肿瘤缩小了以后如果患者意愿强烈也可以做保乳或者重建。若肿瘤退缩不明显的患者则不建议做重建了。乳房假体不会增加乳腺癌的发病风险。乳腺癌患者接受乳房假体重建后发生局部复发和远处转移的比率 and 全乳切除术的患者是类似的。

乳房重建手术是一个复杂而漫长的过程,也需要专科护理团队加强病人的全过程管理和指导。乳腺外科浦东院区护士长管佳琴告诉记者:“现在乳腺癌病人越来越年轻化,而且经过规范治疗后生存期很长。治疗疾病只是第一步,我们更希望乳腺癌患者在接受治疗后,重回往日的状态。”

(文中患者均为化名)