

【专家共识】

河南省肿瘤医院临床早期乳腺癌手术治疗 专家共识

河南省肿瘤医院乳腺癌诊疗共识专家团队

河南省肿瘤医院, 郑州大学附属肿瘤医院乳腺科, 河南省乳腺癌
诊疗中心, 河南 郑州 450008

【摘要】 手术治疗在乳腺癌综合治疗中仍占据着重要地位。在制定乳腺癌手术治疗决策时需考虑到肿瘤临床分期、原发灶位置和病变范围以及患者意愿, 严格掌握各种手术方式的适应证和禁忌症, 规范手术操作。本共识由河南省肿瘤医院乳腺癌诊疗共识专家团队参照国内外的乳腺癌相关诊疗指南制定, 旨在进一步加强现有乳腺癌相关诊疗指南的可操作性, 为临床实践提供参考。

【关键词】 乳腺癌; 手术治疗; 治疗结果; 共识

中华肿瘤防治杂志, 2019, 26(24): 1833-1837

【中图分类号】 R737.9

【文献标识码】 A

【文章编号】 1673-5269(2019)24-1833-05

本共识基于《NCCN 乳腺癌临床实践指南 2019. V3》、2019 St. Gallen 共识、《中国抗癌协会乳腺癌诊治指南与规范(2019 年版)》《早期乳腺癌保留乳房手术中国专家共识(2019 版)》《中国乳腺癌新辅助治疗专家共识(2019 年版)》《乳腺肿瘤整形与乳房重建专家共识(2018 年版)》《早期乳腺癌染料法前哨淋巴结活检专家共识及技术操作指南(2018 版)》《乳腺癌改良根治术专家共识及手术操作指南(2018 版)》和《乳腺癌切除后乳房重建临床技术指南》, 由河南省肿瘤医院乳腺癌诊疗共识专家团队讨论通过, 旨在进一步加强现有的乳腺癌相关诊疗指南在临床实践中的可操作性, 为临床实践所面临的各种具体问题提供细化的诊疗参考。

1 早期乳腺癌保留乳房手术

循证医学证据证实, 对于早期乳腺癌患者, 保留乳房手术联合放射治疗与全乳房切除具有同样的生存率^[1-10]。对有保留乳房意愿且无保留乳房治疗禁忌证的早期乳腺癌患者首先推荐进行保留乳房手术^[11]。

DOI:10.16073/j.cnki.cjcp.2019.24.02

【执笔人简介】 张崇建, 男, 河南太康人, 硕士, 副主任医师, 主要从事乳腺癌新辅助治疗及手术治疗的研究工作。

Tel: 86-371-65587235 E-mail: 3223351@qq.com

【通讯作者简介】 刘真真, 女, 河南许昌人, 博士, 主任医师, 主要从事乳腺癌的临床和基础研究工作。

Tel: 86-371-65588380

E-mail: liuzhenzhen73@163.com

目前, 国内外乳腺癌相关指南中关于保留乳房手术适应证和禁忌证的选择仍有一定的分歧。河南省肿瘤医院乳腺癌规范化诊疗专家组经过讨论同意推荐以下保留乳房手术适应证和禁忌证。

1.1 适应证

(1) 患者有保留乳房意愿。(2) 肿瘤完整切除达到阴性切缘且通过肿瘤整形技术能够保持良好乳房外形。(3) 新辅助治疗后满足保留乳房条件者。

1.2 禁忌证

1.2.1 绝对禁忌证 (1) 患者拒绝行保留乳房手术。(2) 弥漫分布的可疑恶性微小钙化。(3) 病理切缘阳性。(4) 炎性乳腺癌。(5) 妊娠期乳腺癌, 保留乳房术后放疗无法等到分娩后进行的患者。

1.2.2 相对禁忌证 (1) 累及皮肤的活动性结缔组织病, 尤其是硬皮病、系统性红斑狼疮或胶原血管疾病。(2) 乳房或胸壁接受过放疗。(3) 多中心病灶。(4) 乳腺癌遗传易感性强, 如有 BRCA1/BRCA2 基因突变。

中央区乳腺癌及合并乳头溢血的乳腺癌不是保留乳房手术的绝对禁忌证, 在不具有以上保留乳房手术绝对禁忌证的情况下, 如患者可以接受切除乳头乳晕复合体、肿瘤完整切除达到阴性切缘且术后计划进行放疗时可以选择进行保留乳房手术^[12-15]。

2 前哨淋巴结活检

前哨淋巴结(sentinel lymph node, SLN)是指最早接受肿瘤区域淋巴引流和发生肿瘤转移的第一站淋巴结^[9, 16-19]。前哨淋巴结活检(sentinel lymph node

biopsy, SLNB)是腋窝淋巴结阴性早期浸润性乳腺癌的标准腋窝分期方式^[16-18]。目前,SLNB的适应证和时机以及SLN不同状态下的腋窝处理仍存在争议,河南省肿瘤医院乳腺癌规范化诊疗专家组经过讨论,达成以下推荐意见。

2.1 适应证和时机

SLNB适应证:(1)浸润性乳腺癌分期为 $cT_{1-3}N_0M_0$;(2)导管原位癌接受乳房切除术;(3)腋窝淋巴结阳性(cN_1)新辅助治疗后腋窝淋巴结阴性(cN_0)。导管原位癌接受保留乳房手术时以及妊娠期乳腺癌行SLNB目前仍有争议。

SLNB禁忌证:(1)炎性乳腺癌;(2)腋窝淋巴结穿刺证实阳性未接受新辅助治疗;(3)腋窝淋巴结穿刺证实阳性新辅助治疗后仍为阳性。

对于诊断时腋窝淋巴结阴性、不计划进行新辅助治疗的早期浸润性乳腺癌患者,优先选择SLNB作为腋窝淋巴结分期的标准方式。

对于诊断时腋窝淋巴结阴性、计划进行新辅助治疗的早期浸润性乳腺癌患者,新辅助治疗前还是新辅助治疗后实施SLNB存在较大的争议,两种方式在SLNB的检出率、准确性、手术次数、对初始肿瘤分期的准确性上各有利弊^[20]。对于新辅助治疗前行淋巴结活检,病理学检查确诊SLN为阴性的患者,新辅助治疗后不再手术评估腋窝状态;新辅助前行SLNB并且病理学检查确诊为SLN阳性,不推荐新辅助治疗后行第2次SLNB,建议直接行腋窝淋巴结清除术(axillary lymph node dissection, ALND)。本共识推荐新辅助治疗后进行SLNB。

诊断时临床淋巴结阳性的早期乳腺癌患者新辅助治疗降期后并不都适合进行SLNB,鉴于当前新辅助治疗后降期行SLNB的前瞻性研究,如SENTINA、ACOSOG-Z1071、SN-FNAC和GANEAS2等临床试验纳入的 cN_2 及以上的患者样本量较少,证据不够充分, cN_2 及以上的患者新辅助治疗后不推荐进行前哨淋巴结活检。对于新辅助治疗前 cN_1 患者,新辅助治疗后转为 cN_0 时,新辅助治疗后可以进行SLNB^[21]。

2.2 SLN不同状态下的腋窝处理

SLN阴性:不需要进行进一步腋窝处理。SLN阳性:(1)接受保留乳房手术。未接受过新辅助治疗的 $cT_{1-2}N_0$ 患者,术后常规病理检查1~2枚SLN阳性,计划接受辅助全乳放疗及全身系统治疗时,可免除ALND^[22]。(2)接受乳房切除。未接受过新辅助治疗的 $cT_{1-2}N_0$ 患者,术后常规病理检查1~2枚SLN阳性,建议进行ALND;与患者充分沟通后腋窝放疗可以作为ALND的替代治疗^[23]。(3)除上述2种情况外,ALND是标准治疗。

2.3 新辅助治疗后

(1)新辅助治疗前腋窝淋巴结临床阴性(cN_0),新辅助治疗后腋窝淋巴结仍然临床阴性(cN_0)可以进行SLNB,SLN阴性可以避免ALND;SLN阳性,包括宏转移、微转移及孤立肿瘤细胞(isolated tumour cell, ITC)患者,ALND是标准治疗。(2)新辅助治疗前腋窝淋巴结阳性(cN_1),新辅助治疗后腋窝淋巴结临床阴性(cN_0)可以进行SLNB,也可以直接进行ALND。如进行SLNB,SLN阳性,包括宏转移、微转移及ITC患者,ALND是标准治疗。满足以下条件的SLN阴性患者,经与患者充分沟通后可以避免ALND:新辅助治疗前 $cT_{1-2}N_1$,采用双踪剂,检出 $SLN \geq 3$ 枚,新辅助治疗前穿刺活检阳性的腋窝淋巴结放置标记夹新辅助化疗后行SLNB时一并切除且转为阴性^[9,20-21]。

3 乳腺癌改良根治术

随着乳腺癌综合治疗的进步,保留乳房手术和SLNB已经成为早期乳腺癌首选手术方式,但对于部分有保留乳房禁忌和腋窝淋巴结阳性的患者,改良根治术仍然是常用的手术方式^[24]。乳腺癌改良根治术包括切除胸小肌、保留胸大肌的Patey术式和保留胸大肌、胸小肌的Auchincloss术式,其中Auchincloss术式不仅能够达到R0切除的目的,同时具有减少胸肌支配神经损伤的优点,使其在临床上获得更为广泛的应用^[25]。

乳房切除和腋窝清除所带来的手术并发症相对较多,临床实践中应严格把握改良根治术的适应证,规范手术操作,减少手术并发症。

乳腺癌改良根治术的适应证:(1)不适宜行保留乳房的早期乳腺癌。(2)证实腋淋巴结转移。(3)临床评价可以R0切除。禁忌证:(1)不能耐受手术。(2)不能R0切除。

4 保留乳头乳晕的乳房切除术

保留乳头乳晕乳房切除(nipple sparing mastectomy, NSM)-重建术是近年来乳腺癌外科治疗的新方向和热点问题^[26-29]。相比于传统改良根治术,NSM重建术保留乳腺癌患者形体上完整,弥补了患者心理上的乳房缺失感。NSM在乳腺癌外科治疗上的安全性一直争议不断,手术适应证也未完全明确,河南省肿瘤医院乳腺癌规范化诊疗专家组经过讨论,达成以下推荐意见。

适应证为NSM适用于不宜保留乳房但有乳房重建意愿的患者。禁忌证为(1)肿瘤累及皮肤或乳头乳晕复合体。(2)病理检查乳头后方组织切缘阳性。(3)乳头Paget's病。(4)炎性乳腺癌。

肿瘤可能累及乳头乳晕复合体的高危因素有(1)肿瘤直径 >5 cm;(2)肿瘤与乳头的距离 <2 cm;(3)腋窝淋巴结阳性;(4)多中心病灶;(5)组织学分级3级;(6)伴有乳头溢液的乳腺癌(进行NSM手术时,应严格切除乳头内部的大导管)。有以上因素的患者应慎重进行NSM。

5 乳腺癌患者乳房重建

近年来,随着乳腺癌综合治疗水平的提高和乳腺外科的发展,结合整形外科的理念和手段,在保证肿瘤治疗安全性的前提下对患者乳房进行整复甚至美容手术,成为乳腺外科领域重要的发展方向。越来越多的循证医学证据显示,在部分乳房切除或全乳房切除的同时或延期行乳房修复/重建手术,不仅不会影响患者的预后,还可以获得良好的美容效果,改善患者的生活质量^[29-34]。

5.1 适应证

乳房重建适合于因各种原因准备或已经接受乳房切除的女性,或因为保留乳房手术导致乳房明显变形的患者^[9]。

5.2 类型与时机

根据重建的时间,乳房重建可以分为即刻重建、延期重建和分期即刻乳房重建3类。

(1)即刻乳房重建。又称一期乳房重建,是在乳房切除的同时进行乳房重建。即刻乳房重建因与乳房切除手术同期进行,皮瓣坏死、出血、血肿及感染等风险有所增加。一旦出现并发症,相应的治疗及愈合时间延长可能推迟辅助化疗的开始时间。建议优先选择安全性相对较高、手术风险相对较小、恢复较快的即刻乳房重建方式。(2)延期乳房重建。又称二期乳房重建,是指在乳房切除后及放化疗结束后,经过一段的恢复期后,再择期进行的乳房重建。需要进行放疗的患者,建议放疗结束6个月后进行乳房重建。放疗后的延期乳房重建,不宜使用组织扩张器和植入物的重建方法,应首选自体组织乳房重建。(3)分期即刻乳房重建^[35]。如果乳房全切术中无法确定是否术后需要放疗,可先植入扩张器,根据术后病理情况,择期更换永久乳房假体或选择自体组织乳房重建。通过两个阶段完成的乳房重建,称为分期即刻乳房重建。

5.3 并发症

自体组织乳房重建术后并发症牵涉到皮瓣、重建乳房区和供区,包括皮瓣坏死、脂肪坏死以及供区和受区的相关并发症等。假体乳房重建并发症主要和手术以及假体植入相关;手术相关并发症主要有感染、积液、皮瓣坏死及切口裂开等;假体相关并发症包括假体

移位、假体外露、假体可触及、假体渗漏或破裂、假体包膜挛缩等。

结语与展望

外科手术是乳腺癌综合治疗中的主要方法,但局部治疗的彻底性和患者乳房外形的完整性、美观度往往不可兼得。近年来,随着乳腺癌综合治疗水平的提高和乳腺外科的发展,结合整形外科的理念和手段,在保证肿瘤安全性的前提下对患者乳房进行整复手术,已成为乳腺外科领域重要的发展方向。在制定乳腺癌手术治疗决策时仍需考虑肿瘤本身的因素和患者意愿,严格掌握各种手术方式的适应证和禁忌证,规范手术操作,避免手术切除范围无原则的扩大化。

顾问:

崔树德 左文述(山东省肿瘤医院乳腺病中心)

组长:

刘真真 李连方

执笔人:

张崇建

专家团成员(按姓氏拼音排序)

| | |
|-----|------------|
| 崔树德 | 河南省肿瘤医院乳腺科 |
| 陈秀春 | 河南省肿瘤医院乳腺科 |
| 李连方 | 河南省肿瘤医院乳腺科 |
| 刘法文 | 河南省肿瘤医院乳腺科 |
| 刘真真 | 河南省肿瘤医院乳腺科 |
| 刘明阁 | 河南省肿瘤医院病理科 |
| 陆寓非 | 河南省肿瘤医院放疗科 |
| 卢振铎 | 河南省肿瘤医院乳腺科 |
| 毛书明 | 河南省肿瘤医院乳腺科 |
| 乔江华 | 河南省肿瘤医院乳腺科 |
| 秦 丽 | 河南省肿瘤医院乳腺科 |
| 孙献甫 | 河南省肿瘤医院乳腺科 |
| 孙亚冬 | 河南省肿瘤医院乳腺科 |
| 宋 魏 | 河南省肿瘤医院病理科 |
| 王承正 | 河南省肿瘤医院乳腺科 |
| 王修身 | 河南省肿瘤医院放疗科 |
| 吴军召 | 河南省肿瘤医院乳腺科 |
| 夏庆欣 | 河南省肿瘤医院病理科 |
| 袁 鹏 | 河南省肿瘤医院乳腺科 |
| 张崇建 | 河南省肿瘤医院乳腺科 |

利益冲突:

本共识不存在与工作职责冲突的任何个人经济或非经济利益以及任何直接或间接的义务和责任。

参考文献

- [1] Fisher B, Anderson S, Bryant J, et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer[J]. *N Engl J Med*, 2002, 347(16): 1233-1241.
- [2] Veronesi U, Cascinelli N, Mariani L, et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer[J]. *N Engl J Med*, 2002, 347(16): 1227-1232.
- [3] Litiè Re S, Werutsky G, Fentiman IS, et al. Breast conserving therapy versus mastectomy for stage I - II breast cancer: 20 year follow-up of the EORTC 10801 phase 3 randomised trial [J]. *Lancet Oncol*, 2012, 13(4): 412-419.
- [4] 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.
- [5] van Maaren MC, de Munck L, Jobsen JJ, et al. Breast-conserving therapy versus mastectomy in T₁₋₂N₀ stage breast cancer: a population-based study on 10-year overall, relative, and distant metastasis-free survival in 3071 patients[J]. *Breast Cancer Res Treat*, 2016, 160(3): 511-521.
- [6] Bosma SC, van der Leij F, van Werkhoven E, et al. Very low local recurrence rates after breast-conserving therapy: analysis of 8485 patients treated over a 28-year period [J]. *Breast Cancer Res Treat*, 2016, 156(2): 391-400.
- [7] Christiansen P, Carstensen SL, Ejlersen B, et al. Breast conserving surgery versus mastectomy: overall and relative survival-a population based study by the Danish Breast Cancer Cooperative Group(DBCG)[J]. *Acta Oncol*, 2018, 57(1): 19-25.
- [8] Clough KB, Lewis JS, Couturaud B, et al. Oncoplastic techniques allow extensive resections for breast-conserving therapy of breast carcinomas[J]. *Ann Surg*, 2003, 237(1): 26-34.
- [9] 中国抗癌协会乳腺癌诊治指南与规范(2019年版)[J]. *中国癌症杂志*, 2019, 29(8): 609-679.
Guidelines and specifications for breast cancer diagnosis and treatment of Chinese Anti-Cancer Association(2019) [J]. *China oncology*, 2019, 29(8): 609-679.
- [10] NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology(Breast Cancer). Version 3. 2019.
- [11] 中华医学会外科学分会乳腺外科学组. 早期乳腺癌保留乳房手术中国专家共识(2019版)[J]. *中华外科杂志*, 2019, 57(2): E001-E001.
Chinese Association of Breast Surgery. A consensus statement on the breast-conserving surgery of early-stage breast cancer(2019) [J]. *Chinese journal of surgery*, 2019, 57(2): E001-E001.
- [12] 林舜国, 许春森, 韩晖, 等. 中央区乳腺癌保乳治疗可行性的临床观察[J]. *中华外科杂志*, 2011, 49(4): 380-381.
Lin SG, Xu CS, Han H, et al. Clinical observation on the feasibility of breast conserving therapy for central breast cancer [J]. *Chin journal of surgery*, 2011, 49(4): 380-381.
- [13] Pezzi CM, Kukora JS, Audet IM, et al. Breast conservation surgery using nipple-areolar resection for central breast cancers[J]. *Arch Surg*, 2004, 139(1): 32-37.
- [14] Faure C, Escalon J, Brémond A, et al. Oncoplastic technics with nipple-areolar complex resection for the treatment of central breast cancers[J]. *Ann Chir Plast Esthet*, 2008, 53(2): 112-123.
- [15] Wagner E, Schrenk P, Huemer GM, et al. Central quadrantectomy with resection of the nipple-areola complex compared with mastectomy in patients with retroareolar breast cancer[J]. *Breast J*, 2007, 13(6): 557-563.
- [16] Krag DN, Anderson SJ, Julian TB, et al. Sentinel-lymph-node resection compared with conventional axillary-lymph-node dissection in clinically node-negative patients with breast cancer: overall survival findings from the NSABP B-32 randomised phase 3 trial[J]. *Lancet Oncol*, 2010, 11(10): 927-933.
- [17] Wernicke AG, Goodman RL, Turner BC, et al. A 10-year follow-up of treatment outcomes in patients with early stage breast cancer and clinically negative axillary nodes treated with tangential breast irradiation following sentinel lymph node dissection or axillary clearance[J]. *Breast Cancer Res Treat*, 2011, 125(3): 893-902.
- [18] Lyman GH, Temin S, Edge SB, et al. Sentinel lymph node biopsy for patients with early-stage breast cancer: american society of clinical oncology clinical practice guideline update[J]. *J Clin Oncol*, 2014, 32(13): 1365-1383.
- [19] 郭宝良, 李挺, 刘荫华, 等. 早期乳腺癌染料法前哨淋巴结活检专家共识及技术操作指南(2018版)[J]. *中国实用外科杂志*, 2018, 38(8): 855-858.
Guo BL, Li T, Liu YH, et al. Expert consensus and technical operation guidelines for dye-based sentinel lymph node biopsy of early breast cancer(2018) [J]. *Chinese journal of practical surgery*, 2018, 38(8): 855-858.
- [20] 邵志敏, 江泽飞, 李俊杰, 等. 中国乳腺癌新辅助治疗专家共识(2019年版)[J]. *中国癌症杂志*, 2019, 29(5): 390-400.
Shao ZM, Jiang ZF, Li JJ, et al. Expert consensus on neoadjuvant therapy for breast cancer in China(2019) [J]. *China oncology*, 2019, 29(5): 390-400.
- [21] Kuehn T, Bauerfeind I, Fehm T, et al. Sentinel-lymph-node biopsy in patients with breast cancer before and after neoadjuvant chemotherapy (SENTINA): a prospective, multicentre cohort study[J]. *Lancet Oncol*, 2013, 14(7): 609-618.
- [22] Giuliano AE, Ballman KV, McCall L, et al. Effect of axillary dissection vs no axillary dissection on 10-year overall survival among women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: The ACOSOG Z0011(Alliance) randomized clinical trial [J]. *JAMA*, 2017, 318(10): 918-926.
- [23] Donker M, van Tienhoven G, Straver ME, et al. Radiotherapy or surgery of the axilla after a positive sentinel node in breast cancer (EORTC 10981-22023 AMAROS): a randomised, multicentre, open-label, phase 3 non-inferiority trial[J]. *Lancet Oncol*, 2014, 15(12): 1303-1310.
- [24] 王殊, 杨后圃. 乳腺癌改良根治术的适应证与手术规范[J]. *中华普外科手术学杂志(电子版)*, 2015, 9(6): 8-11.
Wang S, Yang HP. Modified radical mastectomy: Indications and

- surgical standardization[J]. Chinese journal of operative procedures of general surgery(electronic version), 2015, 9(6): 8-11.
- [25] 刘荫华, 刘真真, 王翔, 等. 乳腺癌改良根治术专家共识及手术操作指南(2018 版)[J]. 中国实用外科杂志, 2018, 38(8): 851-854. Liu YH, Liu ZZ, Wang X, et al. Expert consensus and operation guidelines of modified radical mastectomy(2018) [J]. Chinese journal of practical surgery, 2018, 38(8): 851-854.
- [26] 保留乳头乳晕复合体乳房切除术的专家共识与争议(2015 年版)[J]. 中国癌症杂志, 2016, 26(5): 476-479. Expert consensus and controversy on nipple-sparing mastectomy(2015) [J]. China oncology, 2016, 26(5): 476-479.
- [27] 夏想厚, 俞洋, 杨红健. 保留乳头乳晕乳房切除-重建术研究进展[J]. 中华乳腺病杂志(电子版), 2016, 10(4): 243-246. Xia XH, Yu Y, Yang HJ. Research progress of nipple-sparing mastectomy and reconstruction [J]. Chinese journal of breast disease(electronic version), 2016, 10(4): 243-246.
- [28] Weber WP, Haug M, Kurzeder C, et al. Oncoplastic Breast Consortium consensus conference on nipple-sparing mastectomy[J]. Breast Cancer Res Treat, 2018, 172(3): 523-537.
- [29] 中国抗癌协会乳腺癌专业委员会(CBCS), 中国医师协会外科医师分会乳腺外科医师专委会(CSBS). 乳腺肿瘤整形与乳房重建专家共识[J]. 中国癌症杂志, 2018, 28(6): 439-480. Chinese Anti-Cancer Association, Committee of Breast Cancer Society(CBCS), Chinese Society of Breast Surgeons(CSBS). Expert consensus on breast oncoplastic surgery and reconstruction [J]. China oncology, 2018, 28(6): 439-480.
- [30] Bezuhly M, Temple C, Sigurdson LJ, et al. Immediate postmastectomy reconstruction is associated with improved breast cancer-specific survival; Evidence and new challenges from the Surveillance, Epidemiology, and End Results database[J]. Cancer, 2009, 115(20): 4648-4654.
- [31] Nedumpara T, Jonker L, Williams MR. Impact of immediate breast reconstruction on breast cancer recurrence and survival[J]. Breast, 2011, 20(5): 437-443.
- [32] Baek SH, Bae SJ, Yoon CI, et al. Immediate breast reconstruction does not have a clinically significant impact on adjuvant treatment delay and subsequent survival outcomes[J]. J Breast Cancer, 2019, 22(1): 109-119.
- [33] Siotos C, Naska A, Bello RJ, et al. Survival and disease recurrence rates among breast cancer patients following mastectomy with or without breast reconstruction[J]. Plast Reconstr Surg, 2019, 144(2): 169e-177e.
- [34] 中华医学会整形外科学分会乳房专业学组. 乳腺癌切除后乳房再造临床技术指南[J]. 中华整形外科杂志, 2016, 32(2): 81-88, 135. Society of Plastic Surgery of Chinese Medical Association, Breast Group. Clinical technique guidelines of breast reconstruction after mastectomy[J]. Chinese journal of plastic surgery, 2016, 32(2): 81-88, 135.
- [35] Steven J, Kronowitz. Delayed-immediate breast reconstruction: technical and timing considerations[J]. Plastic and reconstructive surgery, 2010, 125(2): 463-474.

收稿日期: 2019-10-28 修回日期: 2019-11-25
(编辑: 穆晗)

【本文文献著录格式】

河南省肿瘤医院乳腺癌诊疗共识专家团队. 河南省肿瘤医院临床早期乳腺癌手术治疗专家共识[J]. 中华肿瘤防治杂志, 2019, 26(24): 1833-1837. DOI: 10.16073/j.cnki.cjcp.2019.24.02

中华肿瘤防治杂志编排规范 关键词

数量 关键词是便于编制文献索引、检索和阅读而能反映文章主题概念的词或词组, 每篇论文选取 3~6 个关键词, 多个关键词之间分别以“;”隔开。

来源 关键词尽量从美国 NLM 的 MeSH 数据库(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=mesh>)中选取, 其中文译名可参照中国医学科学院信息研究所编译的《医学主题词注释字顺表》。未被词表收录的新出现的专业术语(自由词)可直接作为关键词使用。中医药关键词应从中国中医科学院中医药信息研究所编写的《中医药主题词表》中选取。