

出處：10709健康報

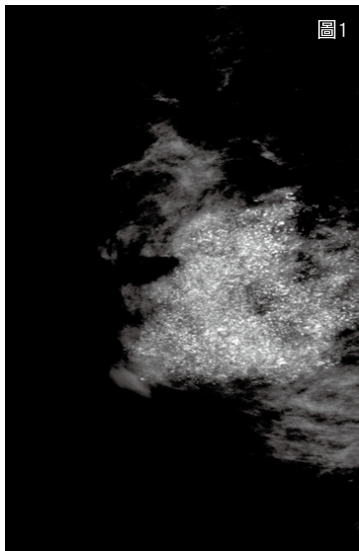
## 帶您認識不會威脅生命健康的乳癌(下)

文 / 臺北醫學大學臺北癌症中心副院長暨附設醫院乳房醫學中心主任 杜世興

上期健康報已經對不會轉移、不會威脅生命的零期乳管原位乳癌做了部分介紹，下文中將會為妳對此擔心的乳房問題做更完整的介紹

### ◎乳管原位乳癌病理學分類

型態學主要分有乳突狀 (papillary)、微小乳突狀 (micropapillary)、篩狀 (cribriform)、實心型 (solid) 及面胞型 (comedo) 等種類；當然常會發現癌腫瘤同時包含多種不同型態的乳管原位乳癌，比如同時含有篩狀、實心型及面胞型的組成。



其中以面胞型原位癌較會有發展成侵襲癌傾向，臨床上行性進展較快，多屬高惡性度核級數也較會呈現 HER2 陽性、雌激素受體陰性、黃體素受體陰性、高增殖指數、P53 基因變異及產生腋下淋巴腺轉移；而且較常在乳房攝影下以鈣化點為表現，顯現出柱狀、線型、分叉型、多樣怪異外型鈣化點【圖 1】；然而鈣化點的分佈範圍並非完全等於腫瘤範圍，此情形尤其存在於低惡性度或非面型乳管原位乳癌，高惡性度面胞型乳管原位癌所看到的鈣化範圍往往比較吻合腫瘤大小，所以在評估非面胞型乳管原位癌切除範圍、安全距離拿捏時更要小心。

### ◎乳管原位乳癌的治療

目前乳管原位乳癌治療上並無一致的共識，但根據南加州大學 Dr. Melvin J. Silverstein 等文獻發

表得知乳管原位乳癌治療不外乎①只局部腫瘤廣範圍切除 (部分乳房切除)【圖 2】②局部腫瘤切除



加上術後放射線治療③單純性乳房切除，即只切除乳房但沒施行腋下淋巴腺清除。治療方式的選擇是依①腫瘤大小②手術切除時腫瘤邊緣安全距離③病理組織惡性度④病患年齡等四種因素作考量。例如腫瘤小於 1.5 公分，癌病灶處手術切割邊緣距離大於 1 公分以上，加上病理組織為低惡性度核級數、非面胞型組織壞死者，而且年齡大於 60 歲則治療上只要施行腫瘤切除即可，術後不需輔加放射線治療。但對於較大腫瘤 (譬如腫瘤大於四公分)，加上手術切緣太接近癌病灶，年齡小於 40 歲而且病理化驗屬於高惡性度核級數者，則建議施行乳房全切除。至於介於上述兩者條件間者，則可考慮施行腫瘤切除加上放射線治療。放射線治療常用於僅施行腫瘤切除後有局部復發之顧慮時，可有效降低 50-60% 局部復發比例，但無法增加長期存活率。因而近年來對於選擇性合適個案常傾向僅施行局部腫瘤切除。現今 NCCN Guidelines 治療建議也如上述但會在局部腫瘤切除後給予 5 年泰莫西芬 (Tamoxifen) 治療。

乳管原位乳癌在手術局部切除得到乾淨切緣後可使用泰莫西芬 (Tamoxifen) 或芳香環酶抑制劑來降低復發率，在降低復發率成效上芳香環酶抑制劑不亞於 Tamoxifen，唯一不同處在於兩種藥物副作用不一樣；副作用部分芳香環酶抑制劑主要為骨折、骨質疏鬆，而 Tamoxifen 則是停經症狀、子宮內膜

增生及肺部栓塞等問題。

至於乳管原位乳癌局部切除手術切緣安全距離應該多少才合適？美國臨床腫瘤學會，外科腫瘤學會和美國放射腫瘤學會聯合發布了一項新的手術指南，用於診斷為乳管原位乳癌的婦女。依據已發表的文獻數據進行審查後，目前建議對接受保留手術加上全乳房照射治療的乳管原位乳癌患者建議 2 mm 手術切緣，以降低腫瘤復發率。

### ◎手術後是否需輔加荷爾蒙或化學治療？

乳管原位乳癌若是施行局部切除手術且雌激素受體陽性者，可給予五年 Tamoxifen、或芳香環酶抑制劑等荷爾蒙治療以降低局部復發率，減低對側乳房發生乳癌機會；但若是施行乳房切除術後一般不需輔加荷爾蒙治療，乳管原位乳癌切除乳房再使用荷爾蒙治療目的在降低對側乳房罹癌風險，術後不需化學治療，也不需標靶治療。

### ◎乳管原位乳癌手術後的放射線治療

相當多的前瞻型隨機研究結果證實乳管原位乳癌在局部手術切除後加上放射線治療能有效的降低 50-60% 復發局部復發率。

近來短期低分次照射或加速局部照射也應用於取代傳統全乳房照射方式；因為約 60-75% 的復發多在原發腫瘤位子附近，術中放射線治療於術中將放射線直接釋放於手術局部切除處不僅能減少對正常組織的照射及對心臟、肺部副作用的傷害；同時也能降低乳管原位乳癌及早期侵襲型乳癌的復發。

文獻回顧瞭解到並非每一位乳管原位乳癌患者都值得進行局部切除後加上放射線治療。在 2008 NCCN 治療準則上即指出低復發族群的乳管原位乳癌不需術後的放射線治療，至今 2018 年 NCCN 治療準則仍維持此論點。雖然放射線治療能有效的降低 50-60% 復發局部復發率但卻無法達到增加存活

率，因此臨床上還是須慎選乳管原位乳癌在局部手術切除後加上放射線治療的合適對象。

### ◎乳管原位乳癌腋下淋巴腺處置

由於乳管原位乳癌極少產生腋下淋巴腺轉移，文獻上報告約 2% 會有腋下淋巴腺轉移；因而手術時絕大多數不需施行腋淋巴腺切片或傳統腋淋巴腺清除術。但是當進行全乳房切除或對臨床上懷疑有合併侵襲癌情形時：如腫瘤較大 (> 4 公分)、高惡性度、廣泛惡性鈣化點、觸摸得到腫瘤、腫大腋下淋巴腺的原位乳癌則適宜利用前哨淋巴腺切片術 (sentinel node biopsy)【圖 3】來偵測前哨淋巴腺是否有癌細胞轉移。



### ◎結語

由上可知乳管原位乳癌是零期乳癌，預後極佳，術後不用輔以化學治療或標靶治療。早期發現主要靠乳房 X 光攝影而偵測出，在新生乳癌案例中其所佔比率快速成長。治療方式隨腫瘤大小、手術切緣安全距離、病理組織惡性度及年齡層考量而異。不同治療方法僅會影響局部復發率但對長期存活率並無顯著差異，因此術前須與病患討論溝通依個案條件選擇治療策略。乳房切除治療幾可痊癒，但還有高比率患者只施行腫瘤切除即可。



### 臺北癌症中心副院長暨乳房醫學中心主任 杜世興

主治專長

乳房外科、甲狀腺外科

經歷

國泰綜合醫院乳癌中心主任 / 國泰綜合醫院乳房外科主任  
台灣乳房醫學會理事 / 台灣內分泌外科醫學會理事

門診時間

週一上午 / 下午、週四上午 / 下午