

乳房葉狀肉瘤 (Phyllodes tumor)

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

相對於常見的乳房纖維腺瘤，乳房葉狀肉瘤其發生率約為纖維腺瘤的 2-4.4%，約佔女性乳房腫瘤 0.3-0.5%。葉狀肉瘤起源於乳腺間質組織，但也含有乳管上皮細胞成分，過去對葉狀肉瘤有多種稱呼，如 cystosarcoma phyllodes，在 1981 年世界衛生組織，醫界才統一稱之為葉狀肉瘤 (Phyllodes tumor)。

◎臨床表徵為何？

形成原因不明，無誘病因素，好發於 40-50 歲年齡層，但也有文獻報告發生於 10 歲及 86 高齡病患者。臨床表現類似纖維腺瘤，常呈現有點堅硬、平滑、界線清楚、可活動性，少有疼痛的乳房腫瘤，也常會被診斷為纖維腺瘤，有時甚至會被誤判為乳癌。

◎與纖維腺瘤有何不同？

葉狀肉瘤容易呈現快速成長，甚至腫瘤巨大（圖一、二）導致乳房皮膚可清楚的見到皮下靜脈。臨床上表現與它極相似的乳房纖維腺瘤（圖三、四）則是卅歲以下年輕女性常見疾病，因乳腺體乳管上皮細胞及乳小葉內間質組織纖維增生而形成數公分（常見一至三公分）大小的圓形，或橢圓形腫瘤，摸起來平滑、柔軟、界限清楚，有時會有輕微壓痛。形成原因不明，沒有特別方法可以預防，飲食無法避免它的產生，也沒有藥物可讓它消失。大多數纖維腺瘤是單一腫瘤，少部分（約 10% 至 15%）為多發性，臨床追蹤顯示，大部分腫瘤會持續存在或

增加其大小，少部分有機會消失。良性纖維腺瘤一般不需手術切除，但是如門診追蹤顯示腫瘤持續增大，或形成巨大纖維腺瘤（譬如大於 4-5 公分），或影響美觀時可以考慮切除腫瘤。至於葉狀肉瘤則建議手術切除，因為其良性或惡性區分上往往須將整個腫瘤切除才能確定診斷。

◎診斷方法為何？

(1) 細針細胞穿吸術：可以協助診斷，但宜多做幾處之細胞穿吸以增加其準確率，無法利用此法區別良性或惡性。

(2) 粗針穿刺切片術：不失為可依賴的檢查方法，但有時檢體在判讀時不易與良性纖維腺瘤區別，因此病理報告常呈現 fibroepithelial lesion；若傾向為葉狀肉瘤可能性時則需進一步施行切片手術 (excisional biopsy) 以得到更多檢體來進一步分析是纖維腺瘤 (fibroadenoma) 或是葉狀肉瘤 (phyllodes tumor)

(3) 切片手術：能最有效確診為葉狀肉瘤，也是最有效區分出良性或是惡性葉狀肉瘤的方法。

(4) 乳房 X 光攝影：葉狀肉瘤在乳房 X 光攝影常呈現與纖維腺瘤類似影像，但無法有效幫助區分出良性或惡性葉狀肉瘤。

(5) 乳房超音波：常呈現界線清楚的低回音腫瘤或者實心腫瘤中有液體影像（圖五）臨床上無法利用乳房超音波區分出良性或惡性葉狀肉瘤。



圖一



圖二



圖三



圖四

◎病理分類

葉狀肉瘤依組織形態分為三種：(1) 良性；(2) 邊緣性惡性 (borderline)；亦即低惡性度；(3) 惡性。分佈比例上以良性居多，惡性次之，邊緣性惡性較少。良性、惡性之區分主要依間質細胞之變化為依據，例如間質細胞過度成長 (overgrowth)、細胞變異、多樣化 (pleomorphism)、邊緣浸潤、核分裂顯著則屬於高惡性度；約 1/3 高惡性度葉狀肉瘤會發生遠處轉移，常見轉移處為肺、骨骼或肝、腦也可能發生。良性葉狀肉瘤則間質核分裂數目較少，間質細胞中度成長，細胞外形變異輕微。

◎治療

以手術治療為主，化學藥物及荷爾蒙治療並沒有明確治療角色存在。手術方式依腫瘤大小及病理組織變化而選擇。常見手術方法

(1) 廣泛局部切除 (Wide local excision)：不管良性或惡性，首次手術常以此法為標準治療方式；手術除了切除腫瘤外，腫瘤外緣周邊組織也須有 1-2 公分切緣距離；但臨床上術後常見局部復發，尤其邊緣性惡性或惡性者復發率更高。

(2) 單純性全乳房切除 (Simple mastectomy)：通常應用於腫瘤太大無法得到腫瘤周邊組織足夠的切緣距離、快速成長導至疼痛的巨大腫瘤以及切除後皮膚外形美觀堪慮者。此法也用於先前已經施行廣泛局部切除但仍一再發生局部復發之良性或惡性葉狀肉瘤。因惡性葉狀肉瘤少見產生腋淋巴腺轉移，因此術中不必例行腋淋巴腺擴清術，除非臨床上腋淋巴腺有懷疑轉移時才施行。邊緣性惡性或惡性葉狀肉瘤，祇接受廣泛局部切除者，術後可考慮施行放射線治療以降低局部復發率；但良性葉狀肉瘤在接受廣泛局部切除後不需輔予放射線治療。



圖五



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