

乳癌復發怎麼辦

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

◎前言

我在五年前已接受手術切除乳癌病灶，術後也接受化學治療，怎麼現在還會有乳癌復發呢？陳小姐滿臉疑惑不解『乳癌怎麼又找上門了』？殊不知乳癌其實是一種全身系統性疾病，並非如想像中簡單只要把病灶切除就沒事！往往術後還需根據腫瘤病理條件、生物標記等資料進一步給予術後輔助性治療以降低局部復發甚至遠處轉移的機會。

◎乳癌復發的常見時間

乳癌復發約一半發生在前五年，另一半復發在五年之後的長期追蹤期。

在其中有兩個復發高峰期，第一次高峰在術後 2-3 年，此時復發對象往往為高復發危險族群（如淋巴腺轉移尤其多顆轉移、腫瘤較大、高惡性度腫瘤、人類上皮因子接受體第 2 蛋白 HER-2 基因陽性（圖 1）、荷爾蒙受體陰性即雌激素受體陰性 ER(-) 及黃體素受體陰性 PR(-) 或曾接受化學治療者）。第二波高峰在術後 7-8 年，此時復發對象往往為中、低復發危險族群（如淋巴腺未轉移或 1-3 顆轉移、荷爾蒙受體陽性即雌激素受體陽性 ER(+) 或黃體素受體陽性 PR(+))。

◎乳癌復發的治療

乳癌復發可能為局部復發（復發於乳房、乳房皮膚、腋窩或附近組織）（圖 2）或遠處復發轉移（即四期乳癌）（圖 3），遠處轉移常發生於骨骼（圖 4）、肺部、肝臟、

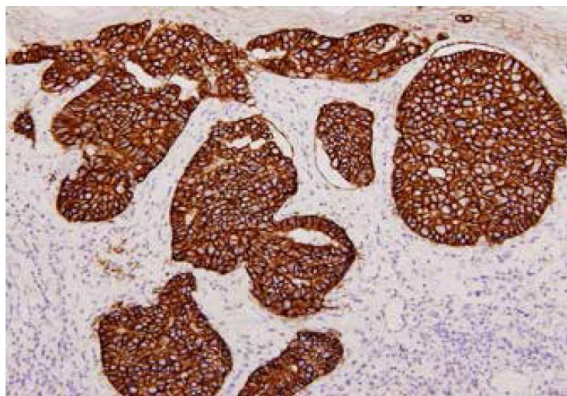
腦部；其中骨骼是最常受癌症轉移侵襲的器官，對於乳癌在最後威脅健康時，骨轉移的發生幾乎是無法避免的，乳癌因骨骼轉移而導致病理性骨折時會增加對生命的威脅，此外肺部相對上也是常見轉移處所。

一但局部復發，原則上儘量切除復發病灶，但不宜冒太高手術風險及高併發症風險。若第一次手術為乳房保留手術但未曾接受放射線治療者，乳房發生局部復發宜施行病灶切除繼之給以放射線治療；若第一次手術為乳房保留手術加上放射線治療者，發生局部復發宜施行全乳房切除。上述局部復發病灶經由手術切除後接著可考慮給予荷爾蒙治療、化學治療、標靶治療、甚至輔以放射線治療。

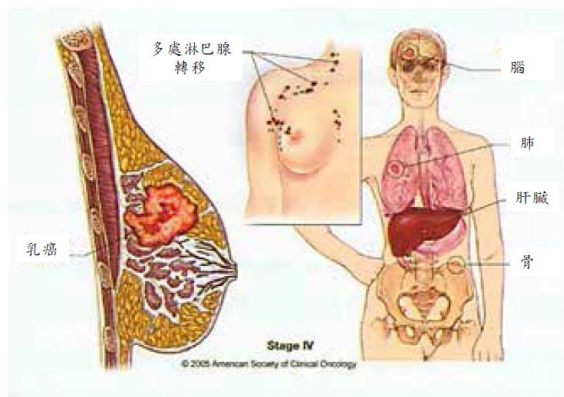
若復發於身體遠處，應予化學治療、荷爾蒙治療或標靶治療等全身性療法而少用手術切除轉移病



(圖2)



(圖1)



(圖3)

■ 健康保健

灶(除非是確定僅為單一轉移病灶)假如發生骨骼轉移治療除了常使用緩解疼痛止痛藥或含有麻非成分止痛藥外可加上卓骨袖(Zometa)或癌骨瓦(denosumab)來改善骨骼疼痛。至於選擇荷爾蒙治療、化學治療或標靶治療, (圖4)



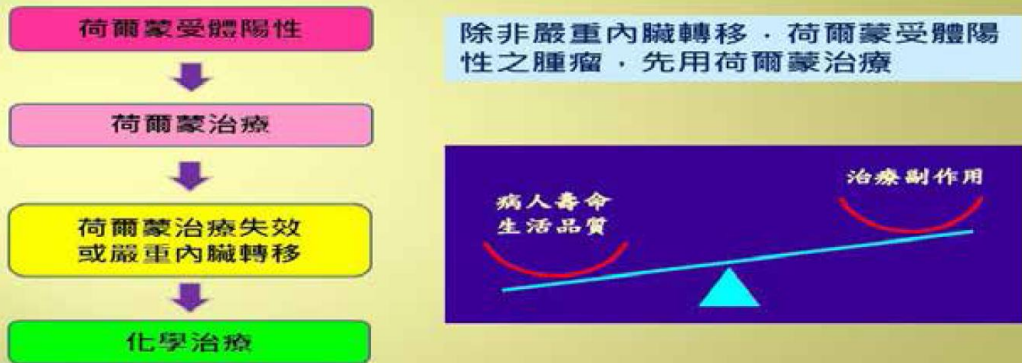
則視轉移至何種器官、病程進展速度、重要臟器(如肝臟、肺、腦部)轉移與否、女性荷爾蒙受體狀態、停經與否、年齡及 Her-2/ 是否陽性而決定。

原則上單純骨骼轉移, 祇要雌激素受體陽性 ER(+) 則採用荷爾蒙治療, 停經前者用 Tamoxifen ± 類黃體激素釋放素(LHRH Agonist); 停經後者用 Tamoxifen

或芳香環轉化酶抑制劑(Aromatase inhibitor)、法洛德(Fulvestran)、或諾曼癌素(Aromasin)加癌伏妥(Afinitor); 甚至使用芳香環轉化酶抑制劑如復乳那(Femara)加 CDK4/6 抑制劑(如 Palbociclib) 或法洛德(Fulvestran)加 CDK4/6 抑制劑或單獨使用 CDK4/6 抑制劑。

對於乳癌發生遠處轉移時的治療除了傳統小紅莓(如 Doxorubicin、Epirubicin)、紫杉醇類(如 Taxol、Taxotere)外也可輔用溫諾平(Vinorelbine)、健澤(Gemcitabine)、Cisplatin、賀樂維(Eribulin)或太平洋紫杉醇 Paclitaxel 加癌思停 Bevacizumab (Avastin) 或口服截瘤達或使用較不具心臟毒性副作用、較不會掉髮的微脂體小紅莓(liposomal doxorubicin)。若發生肝、肺、腦部嚴重轉移, 或疾病快速惡化時荷爾蒙治療一般效果差, 此時應選擇化學治療(甚至合併血管增生抑制劑 Avastin), 若呈現 Her-2neu/3 + 或 FISH 陽性(FISH+) 則可加上 Herceptin、Tykerb、Pertuzumab、T-DM1 等標靶藥物的使用。

轉移性乳癌治療準則



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