

## 值得注意的婦女癌症：甲狀腺癌（中）

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

甲狀腺癌在台灣女性近年來有上昇的傾向，已成為女性值得注意的婦女癌症之一。在上一集健康報已經為各位女性朋友介紹過甲狀腺發病原因、臨床症狀及診斷方法，接著要繼續為各位介紹，臨床上依甲狀腺癌病理學分為分化良好型（含乳突癌、濾泡癌）、髓質癌及未分化型為主。不同組織學的甲狀腺癌，臨床上特徵頗異，預後及治療方式也不同，茲將各種甲狀腺癌的臨床行性、治療方式及預後如下說明：

### ◎甲狀腺癌的腫瘤特徵為何？

**乳突癌 (Papillary Thyroid Carcinoma) 【圖 1】：**

(1) 為各種甲狀腺癌中最常見且預後也最好的一種。(2) 好發於年輕年齡群身上，常見於三十~四十五年齡層，也常見發生於碘豐富供應區域或飲食中過多碘攝取者身上。(3) 容易

發生頸部局部淋巴腺轉移，文獻上有高達百分之八十的淋巴腺轉移盛發率。(4) 經常可見腫瘤內有多發性病灶，尤其是頭頸部曾經接受低治療劑量的放射線照射病史者尤甚。(5) 遠處轉移常發生於肺或骨骼。(6) 約百分之七十五的乳突癌會吸收放射性碘，故於施行甲狀腺全切除手術後加上適當使用 I131 及口服甲狀腺素以壓抑甲狀腺刺激素 (TSH)，可降低死亡率。

**濾泡癌 (Follicular Carcinoma) 【圖 2】：** (1) 發生率及良好預後僅次於乳突癌，但好發年齡層比乳突癌稍高，一般多見於四十~五十歲者身上。在飲食中缺碘地域常見發生此類型癌，但是自飲食中增加碘含量後，發生比例已逐漸減低。(2) 較容易由血液行遠處移至肺、骨骼，較少發生局部淋巴腺轉移（少於百分之五）。(3) 大多為單一病灶，組織

病理學依其對包膜 (capsular) 或血管 (vascular) 侵襲程度而分輕微侵犯型 (minimally invasive) 及廣泛侵襲型 (widely invasive)；血管侵襲比包膜侵襲更易發生癌症轉移至肺、骨骼；若呈現多數血管侵襲即屬廣泛侵襲型濾泡癌，應進行全甲狀腺切除。(4) 濾泡癌無法利用細針細胞穿吸檢查得到診斷，也很難於手術中冰凍切片診

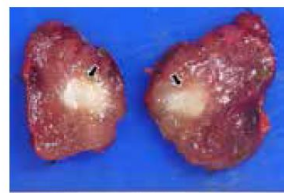


圖1：甲狀腺乳突癌

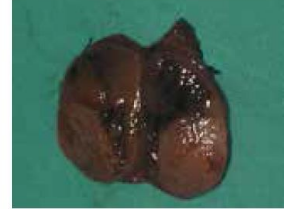


圖3：甲狀腺濾泡性贅瘤

斷出來（但濾泡癌如果明顯包膜侵襲時，有機會於術中利用冰凍切片診斷出來）；因為要診斷良性濾泡腺瘤或是惡性濾泡癌，是取決於腫瘤對於包膜或血管的侵犯與否，因而往往須要在病理永久性固定切片才能得到確立診斷。然而若是施行細胞細針抽吸檢查時，細胞學檢查呈現為濾泡性贅瘤【圖 3】(Follicular neoplasm) 者則約有百分之二十的機會是為濾泡癌。(5) 為各種甲狀腺癌中最會吸收放射性

碘 ( $I^{131}$ )，約百分之八十濾泡癌細胞會吸收  $I^{131}$ ，因此對於微小局部或遠處轉移病處，利用放射性碘來治療，有頗佳的療效。此外，當細針細胞報告呈現賀氏細胞贅瘤 (Hürthle cell neoplasm) 時則約高達 1/3 病例為甲狀腺賀氏細胞癌 (Hürthle Cell Carcinoma)，因此細針細胞報告呈現賀氏細胞贅瘤 (Hürthle cell neoplasm) 時有必要接受手術確定診斷。若大於四公分的賀氏細胞瘤 (Hürthle cell tumor) 則有 80% 為賀氏細胞癌的可能，賀氏細胞癌可經由血行性轉移或產生局部淋巴腺轉移，臨床上比濾泡癌更會產生局部淋巴腺轉移，而且賀氏細胞癌大多不會攝取放射性原子碘 ( $I^{131}$ )，無法有效利用放射性原子碘加以治療，其臨床預後比甲狀腺濾泡癌差，因而過去外科醫師對賀氏細胞癌使用全甲狀腺切除術【圖 4】是為標準且有效的手術策略；然而腫瘤小的賀氏細胞癌產生遠處轉移機會相對偏低，因此現今對於賀氏細胞癌的手術策略則視同濾泡癌。其實賀氏細胞是甲狀腺中的細胞，通常與橋本氏甲狀腺炎、格雷夫氏症、賀氏細胞



圖4：全甲狀腺切除術  
(左：術後檢體；右：術後照片)

瘤或賀氏細胞癌（以前被認為是濾泡性甲狀腺癌的亞型）相關，上述



情形可顯示出賀氏細胞存在。

**髓質癌 (Medullary Carcinoma)：**源自甲狀腺旁濾泡細胞 (para follicular C-cell)，腫瘤特性 (1) 為目前唯一確知有家族遺傳的甲狀腺癌。(2) 極容易發生局部淋巴腺侵犯或血行性遠處轉移，因而醫師一致公認手術時應施行全甲狀腺切除術併施行頸部淋巴腺清除。(3) 能分泌 CEA、抑鈣素 (calcitonin)，能有效應用它為腫瘤指標來偵測髓質癌的存在或復發。也能利用抑鈣素激發試驗 (provocative test) 後，藉由血中 calcitonin 的上升，或利用抽血檢驗 RET 腫瘤基因，而能在早期診斷出罹患髓質癌的家族成員。(4) 預後介於乳突、濾泡型癌及未分化癌間，約百分之五十患者於五年內死亡。(5) 可合併其他疾病的產生，如多發性內分泌贅瘤症 II A (multiple endocrine neoplasia syndrome type II A; MEN II A) - 含甲狀腺髓質癌、腎上腺嗜鉻細胞瘤及副甲狀腺亢進症。亦可能合併多發性內分泌贅瘤症 II B (MEN II B) - 含甲狀腺髓質癌、腎上腺嗜鉻細胞瘤、多發性神經瘤。

**未分化型甲狀腺癌 (Anaplastic Thyroid Carcinoma)：**(1) 好生於年齡較大者 (六十歲以上)，病史往往長年存在有甲狀腺結節腫，忽然於最近局部快速腫大；或是曾患有分化良好型甲狀腺癌 (尤其乳突癌) 病史者，可能經由原先甲狀腺癌細胞變性而發展成未分化型癌。(2) 臨床上除甲狀腺腫硬外，也常伴有聲音沙啞、吞嚥困難、呼吸困難等；少數伴有明顯頸部淋巴結腫大。(3) 預後極差，很少存活期超過一年 (縱使經開刀、化學治療、放射線治療絕大多數患者亦然)。

### ◎如何區別腫瘤期數或劃分低危險群及高危險群？

腫瘤期數第三期或第四期則預後比第一、二期差，高危險群預後比低危險群不好，因而區別患者期數或危險族群的分類可幫助醫師決定手術時術式的使用，並預測患者存活率。甲狀腺期數分類，目前大都採用於一九八七年世界會防癌組織 (UICC) 的 TNM 期數分法，此法利用腫瘤大小、淋巴腺轉移程度及是否有遠處轉移而定出疾病期數 (分 I-IV 期)。另一種甲狀腺癌期數分類法，根據美國癌症聯合委員會 (American Joint

Committee on Cancer; AJCC) 的 TNM 加以區別期數。T 即腫瘤大小，N 即淋巴腺轉移 (受影響) 程度，M 即發生遠處轉移與否。以最常見的分化良好型甲狀腺癌 (包括乳突癌、濾泡癌) 為例；其考量因素包括年齡層低於 55 歲或高於 55 歲，分化良好型甲狀腺癌中，年齡 < 55 歲族群條件預後比 > 55 歲者來的好。當然甲狀腺癌預後評估上，越早期預後越好及痊癒機會就越高。其他如髓質癌，未分化型也有其 TNM 的分期，由於其臨床上較少見則不再贅述。

復發風險分級常見有美國癌症聯合委員會 (American Joint Committee on Cancer; AJCC) - TNM 系統，美國甲狀腺協會 (American Thyroid Association; ATA)，歐洲癌症研究與治療組織 (EORTC)、以及基於遠處轉移、年齡、腫瘤是否完全切除、腺外侵犯、腫瘤大小的評分系統 (metastasis-age-completeness of resection-invasion-size, MACIS) 等來預測未來復發風險及治療策略參考。

有關甲狀腺癌相關手術方式與術後原子碘追蹤與治療，將於下集中再介紹。

臺北醫學大學附設醫院  
Taipei Medical University Hospital  
乳癌防治健康講座

**寵愛女人 與乳同行**  
定期乳房篩檢 守護自我健康  
把握「及早預防、及早發現、及早治療」3大原則

時間：2019年6月22日(星期六) 13:00-17:00  
地點：臺北醫學大學杏春樓四樓大禮堂  
主講：北醫附醫乳房醫學中心 杜世興副院長

※活動流程※ 歡迎所有關心乳房健康朋友們一起來報名參加

時間	講題	主講者
13:00-13:30	報到	
13:30-13:40	開幕致詞	彭汪嘉康 院士
13:40-14:40	認識乳癌	乳房醫學中心 杜世興 副院長
14:40-14:50	表演	百合溫馨關懷聯誼會
14:50-15:10	休息 Tea Time	茶敘交流
15:10-16:10	乳癌治療新契機 新型口服標靶藥物	乳房醫學中心 杜世興 副院長
16:10-17:00	專家座談「問與答」	專業醫療團隊

報名方式：免費參加 (名額有限，請預先報名)  
報名專線：02-2736-2405；02-2737-2181分機1123或3907  
報名網址：<https://goo.gl/AEayyK>



### 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