

乳癌治療百百種 怎樣選擇專屬的精準治療？

郭玟伶¹

¹ 台北長庚紀念醫院外科部一般外科及乳房外科, 台北, 台灣

乳癌的常規治療可以分為五類，包括 (1) 手術，(2) 放射治療，(3) 化療，(4) 標靶治療以及 (5) 抗賀爾蒙的治療。

乳癌的分期主要由腫瘤的大小來看，還有淋巴，腋下淋巴有沒有被轉移的情形，另外再加上遠處器官有沒有轉移的三個指標，一般腫瘤大小在 2 公分以下是屬於第 1 期，淋巴轉移的話，就必須加上淋巴的因素，如果淋巴有轉移的病人為第 2 期的末段以上，如果轉移已到遠處器官就是第 4 期，介於這中間可能就是 2 期到 3 期。

以往的觀念中是用期別來選擇治療方式，但如果有的話就傾向化療；腫瘤的期別小，手術上就不需要做到乳房的全切除，可以做部分切除即可。乳癌其實不是一個單一的疾病，尤其是西元 2000 年以後對乳癌的認識，已經從病理學的角度進入分子醫學的層級，依照分子醫學的分類，可以將乳癌腫瘤類型分成四種，每種類型的治療方式都不一樣，這也是個相當新的概念。

大家會關心乳癌，是因為乳癌盛行率很高，在台灣，乳癌是發生率第一的女性的癌症。在治療方式的選擇上，乳癌期別固然是一個重要的指標，但是他的分子類型才是現在治療中最需要考慮的依據，分子類型的檢測通常由我們的手術中或手術後取下的檢體來做生物指標的分析。

第 1 個指標是檢驗賀爾蒙受體，也就是



通訊作者：郭玟伶 醫師
電話：886-2-2713-5211
地址：台北市松山區敦化北路 199 號

女性荷爾蒙接受體的表達情況，主要是 ER (estrogen receptor) 與 PR (progesterone receptor)；第二是看 HER2 (human epidermal growth factor receptor 2) 的表達，HER2 是上皮生長因子接受器，被視為第 2 指標；還有腫瘤細胞生長分裂情形做為第 3 指標。一般來說，我們跟醫師溝通主要是講 ER，PR，HER2 這三種受體的表達情形，另外再加 KI67 細胞分裂指標，以 4 種指標來看，依照這些指標的陽性 (+)，陰性 (-) 排列組合，可以區別出四種預後以及治療型態都不同的類型。意即乳癌如果根據這個 4 個指標來區分時，可以分成不同的亞型，因此這不是單一疾病，不同亞型指的是不同種的乳癌，致病原因不同，治療方式也不同，復發的形式跟時間也都不一樣，是很明顯可以區別出來的四種疾病。

在所謂使用「賀爾蒙治療」的方式指的其實是「抗賀爾蒙治療」，以抗女性荷爾蒙的方式來治療腫瘤上有 ER 或 PR 受體陽性表現的乳癌；另外像標靶治療則是根據 HER2 指標，如果乳癌有 HER2 的表達的話，那就適合做抗 HER2 的標靶治療。

在化療方面，目前並沒有很明確的指標可以判定甚麼情況可以進行化療或是給甚麼樣的化療有效，化療有很多不同的藥物，並非為單一的藥物治療，一般而言，大原則就是淋巴有轉移的情形需要考慮給予化療，如果淋巴沒有轉移，就不一定要進行化療。因此，治療的區分，5 種中有 3 種是由內科給予藥物治療，另外一個是外科，還有一種是電療。

外科治療中，所謂「乳房全切除」是把乳腺組織、乳頭和皮膚下面大部分的組織都切除，所以切除後胸部會是平的，還會留下 20-30 公分長的疤痕；如果是「部分切除」，則為腫瘤跟腫瘤以外的安全範圍，只要能切除乾淨，醫師就會保留乳頭也盡量保留乳房的外觀，這就是乳房保留手術。如果患者要做乳房保留手術的話，前提必須能接受術後的放射治療，也就是「電療」，以電療搭配部分切除的療效才能夠跟乳房完全切除的療效一樣好。

美國電影明星安潔莉娜裘莉的手術就是保留乳頭的部分切除，但她的情況比較特殊，因為她並不是一個乳癌的病人，只是帶有容易得到乳癌的基因，所以在這個前提下做預防性的切除，因此切除範圍可以保留乳頭，也不需要這麼廣泛的將乳腺拿掉，所以這跟我們一般做乳癌的手術上有很大的不同，如果是乳癌的病人，考量就不是依照這種情形。

「部分切除」還是可以保留大部分的乳腺組織，只要切除的範圍在乳腺的 20% 以下，就可以算是部分切除，甚至到 30% 都可以，只是為什麼可以部份切除，因為後續還有其他治療要做，像電療、化療等全身性的治療，所以保留這些乳腺並不至於會帶來很大的復發的結果，因為後面還有其他的治療搭配，所以乳癌的治療其實是多重治療合併的模式，並非單一的治療方法。而在手術治療中，民眾比較常關心的問題像住院天數，全切除的病人一般住院為 4 天，部分切除及預防性手術也都差不多，但若再加上合併重建，手術後的立即重建通常

須在術後額外加上 3 天至 1 周左右的住院時間。重建方式有很多種，每種需要的後續照顧都不同，所以需要的天數也不同。

最後一種方式則是「電療」，電療在乳癌的治療裡頭是一個比較獨立的治療方法，為期一個月左右，每天去做放射線照射，一次 5-10 分鐘，這對於乳癌進行保留手術的乳癌病人來說，是非常重要的，一定要能夠接受電療的前提下，保留乳房才會有意義。當然有些病人可以免除電療，考量的原因例如年紀比較大，或者乳癌屬於低風險類型的，這種類型也能考慮免除電療。電療可能會造成皮膚的紅腫，然後像曬傷一樣，有脫皮的情形，但是這些情況都會在數個月內慢慢恢復。

一般治療醫生通常是以手術為優先考量，但前題是腫瘤不能太大，評估後能以手術切除乾淨，我們便以手術來作為治療的開端，但病人如果腫瘤過大，或必須全切除但他想以部分切除進行，這種情況再考慮另外一種治療模式，就是先將後面需要的化療或是標靶治療提到手術前來做，這種治療我們叫做「先期性的全身性治療」，這樣的方式可能讓腫瘤在手術前先縮小，使得範圍不需要那麼大就可以清乾淨，這樣對某些病人來說是比較好的治療方式。

一般而言，腫瘤超過 3 公分要以部分切除比較困難，還有腫瘤位置離乳頭越近，做部分切除也越困難，但這都是相對於乳房大小、腫瘤大小及位置而定，所以沒有一定要依照 3 公分這個標準，另外就是有些乳癌的類型，例如

有些亞型對術前的化療或是標靶治療反應非常好，這類的乳癌患者如果能先接受先期性治療，有高達 60%-70% 的機會使腫瘤縮小，就會考慮先期治療再進行後續較小範圍的手術，這對某些病人來說是一個很好的機會。

假如乳癌已經到了轉移的程度，像轉移到遠處器官，則手術就不是第一個治療選擇，必須要考慮以全身性治療為主，包括賀爾蒙治療，化療或是標靶治療，等這些治療告一段落後再來考慮局部切除的可能性。意思是比較晚期的乳癌患者像淋巴轉移，在術前也都可以藉由先期的化療，讓腫瘤縮小，甚至淋巴可以達到消退，就會提高手術中切乾淨的機會。

如果是 HER2 陽性的乳癌，約 40%-60% 的病人在手術前，合併標靶加化療，甚至有些最新的雙標靶化療，都有很高的機會能讓腫瘤縮小，所以這類型乳癌目前在治療上會傾向先做先期性化療。另外一種類型就是三陰性乳癌，ER，PR，HER2 三個都是陰性的乳癌，這類型對化療反應滿好的，所以有一些病人可以在手術前藉由化療讓腫瘤縮小；至於所謂賀爾蒙受體 ER，PR 陽性的類型，能夠讓腫瘤縮小機會比較低，藉由化療讓腫瘤迅速縮小的機會沒有像其他兩個類型那麼高，所以一般會盡量選擇先開刀，再配合做後續的治療，除非腫瘤真的大到某個程度，才會試著給化療或者是其他的治療，讓腫瘤看有沒有機會縮小。

上述所提到三陰性乳癌，就是 ER、PR 加 HER2 指標皆為陰性。ER、PR 陰性就是對賀爾

蒙治療無效，HER2 指標陰性表示對標靶治療無效，那就只剩下化療可以使用，所以這類型的乳癌基本上除了手術，電療外，他想要控制就只好靠化療，而這類型也是所有類型裡預後最差的，因為他沒有一個好的治療標的，既不能進行賀爾蒙治療，也不能以標靶治療，所以在乳癌治療上，三陰性乳癌相當棘手，對醫生或病人來說都很頭痛，而且這類型的復發通常是在 3 年內，也容易轉移到肺部或肝臟等重要的器官，所以說要治療三陰性乳癌，要以嚴肅的態度來看待，也要盡量鼓勵病人術後或術前的一些治療，讓他們配合地做完。

一般乳癌像受體陽性的類型常在 5 年後復發，甚至到 8 年或 10 年都會有一些小的復發的高峰期出現，所以這類型常常須延續至抗賀爾蒙治療，以類似泰莫西芬 (Tamoxifen) 藥物，至少吃 5 年，甚至最新的一些臨床試驗結果，有些建議要吃到 10 年長期控制，這樣才有辦法壓制 5 年之後的晚期復發率。

賀爾蒙治療有很多不同的選擇，泰莫西芬是最經典的類型，他在 1967 年就被發現了，是一款很老也很安全的藥，還有一些免疫製劑可以用在停經後的女性乳癌，或是新的類型也是針對賀爾蒙受體有破壞性，為第三線的賀爾蒙治療藥物，目前有很多選擇可以提供給病人。

關於另類治療，醫生常在診間向病人建議說明她的乳癌治療方法後，她還是很害怕，又聽到鄰居說在哪邊做了甚麼樣的另類的治療最後都好了，有一個很重要的概念就是乳癌其實

不是一種單一病，她可能是有四種病，每個人身上的乳癌期數、分子亞型都不一樣，所以每個乳癌病人最後接受的治療組合都是不一樣的，再加上年紀、腫瘤位置等等，這些都可能造成治療差異及後續的問題，不能以別人的狀況來判定自己的情形。

我們研究腫瘤的生物性指標，依照這個指標來給對他有效的藥，才能夠控制乳癌，而不是不管甚麼類型全部給一種相同的另類治療，這種另類治療如果說效果很好，在一些知名期刊應該都能夠看到療效，但通常他們的療效都沒有被廣泛地證實，因此還是要鼓勵病人接受正規的治療。

