

早期性乳癌

游啟昌

乳頭保留性乳房全切合併立即自體肌皮瓣重建

基本資料：

黃小姐，32歲，未婚，公務員，無任何懷孕及流產史。初經為12歲，月經週期正常規則。沒有家族乳癌史，也沒有賀爾蒙類藥物使用的經驗。日常生活規律正常，無抽菸、嚼食檳榔、及飲酒習慣。除B型肝炎帶原外並無其他慢性病史。

病史：

黃小姐平時有每個月做乳房自我檢查的習慣，意外的於兩個月前自我觸摸到右側乳房外下方有一無痛性腫塊。於自我腫塊發現後一週之後，黃小姐前往外院檢查，在乳房超音波檢查同時，經醫師建議下接受乳房超音波引導穿刺切片並確診這個腫塊為乳腺原位癌。

在穿刺切片檢查後兩週，患者持先前醫院檢查影像及病理報告前往本院門診就疾病的治療方面，詢問第二意見。在門診做完詳細病史詢問及身體理學檢查，由於腫瘤位置與乳頭非常相近，為了評估乳房保留手術及腋下淋巴狀態，立即安排乳房超音波做為評估影像檢查。

理學檢查：

頭頸部並沒有明顯黃膽、貧血、及頸部淋巴結腫大的情形；兩側呼吸音正常；心臟搏動規律無雜音；乳房觸診發現右乳房外下方靠近乳暈處有一個形狀為橢圓型、邊緣界限不太明確、彈性質地部分合併區域堅硬但可移動的腫塊：大小位置為7點鐘方向距乳頭1公分遠處有一個2乘1.5公分；雙側腋下及鎖骨上均無淋巴結腫大；腹部柔軟平坦，肝臟及脾臟無明顯腫大，腸蠕動正常，叩診無漲氣；四肢活動正常。

實驗室檢查：

實驗室檢查顯示白血球數為7900 /uL、紅血球數為4.52 million/uL、血紅素為13.5 g/dL、血比容為40.3 %、血小板為217000 /uL。血清丙酮轉氨基酶 (GOT, glutamate oxaloacetate transaminase) 為23 U/L、麩草酸轉氨基酶 (GPT, glutamate pyruvate transaminase) 為19 U/L、鹼性磷酸酵素 (alkaline phosphatase) 為36 U/L、總膽紅素 (Total bilirubin) 為1.0 mg/dL、尿素氮為 (BUN) 9.3 mg/dL、肌酸酐 (Creatinin) 為0.54 mg/dL、鈣為9.3 mg/dL。腫瘤指數方面，CEA 為<0.5 ng/mL、CA15-3 為5.1 U/mL。

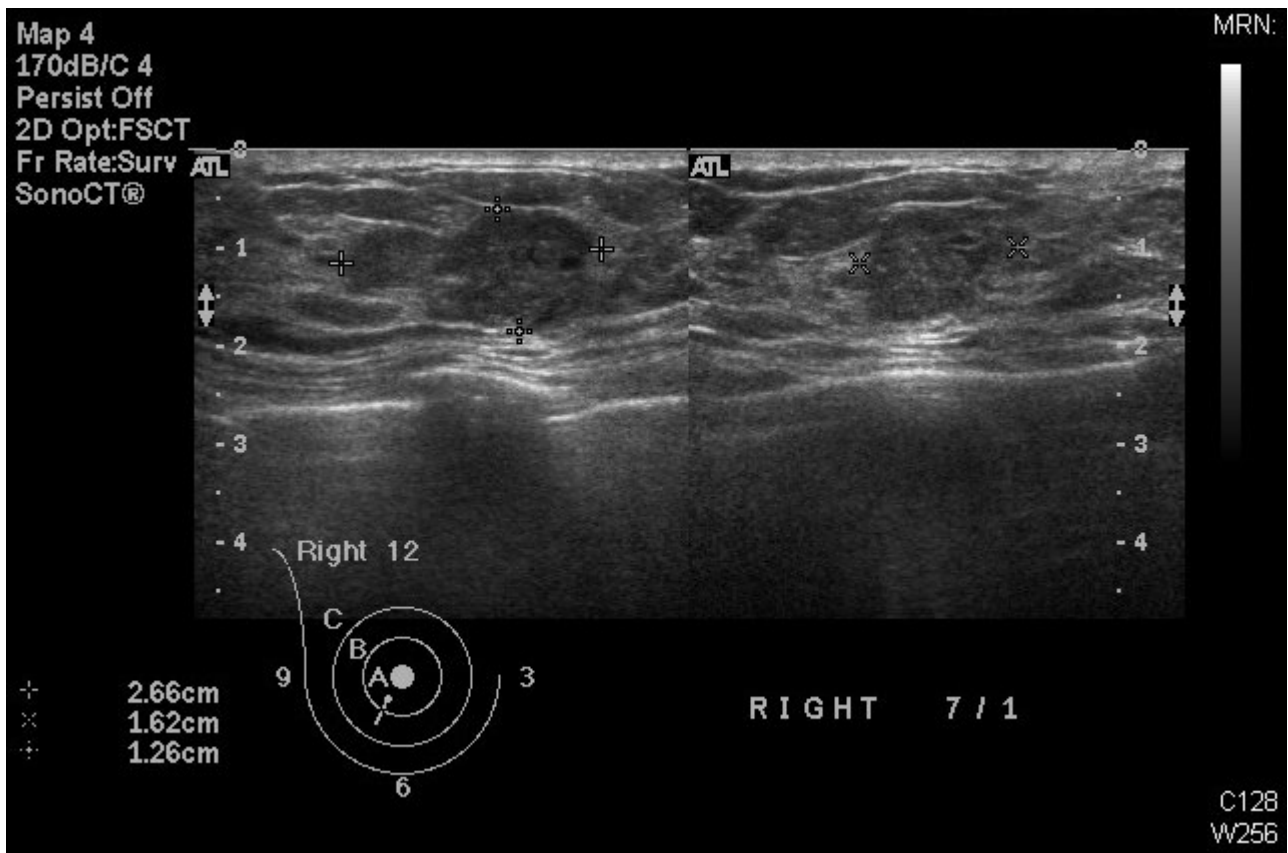
影像檢查：

乳房超音波：右乳房7點鐘方向距乳頭1公分遠處有一個2.66乘1.62乘1.26公分的腫瘤，具多葉型形狀、邊緣界限不明確、低超音波回音、但無血流增加等特徵表現，同時發現腫瘤近端乳管有略為擴張表現(見圖一)。此外，右側腋下有一顆淋巴略為腫大但結構完整，量測

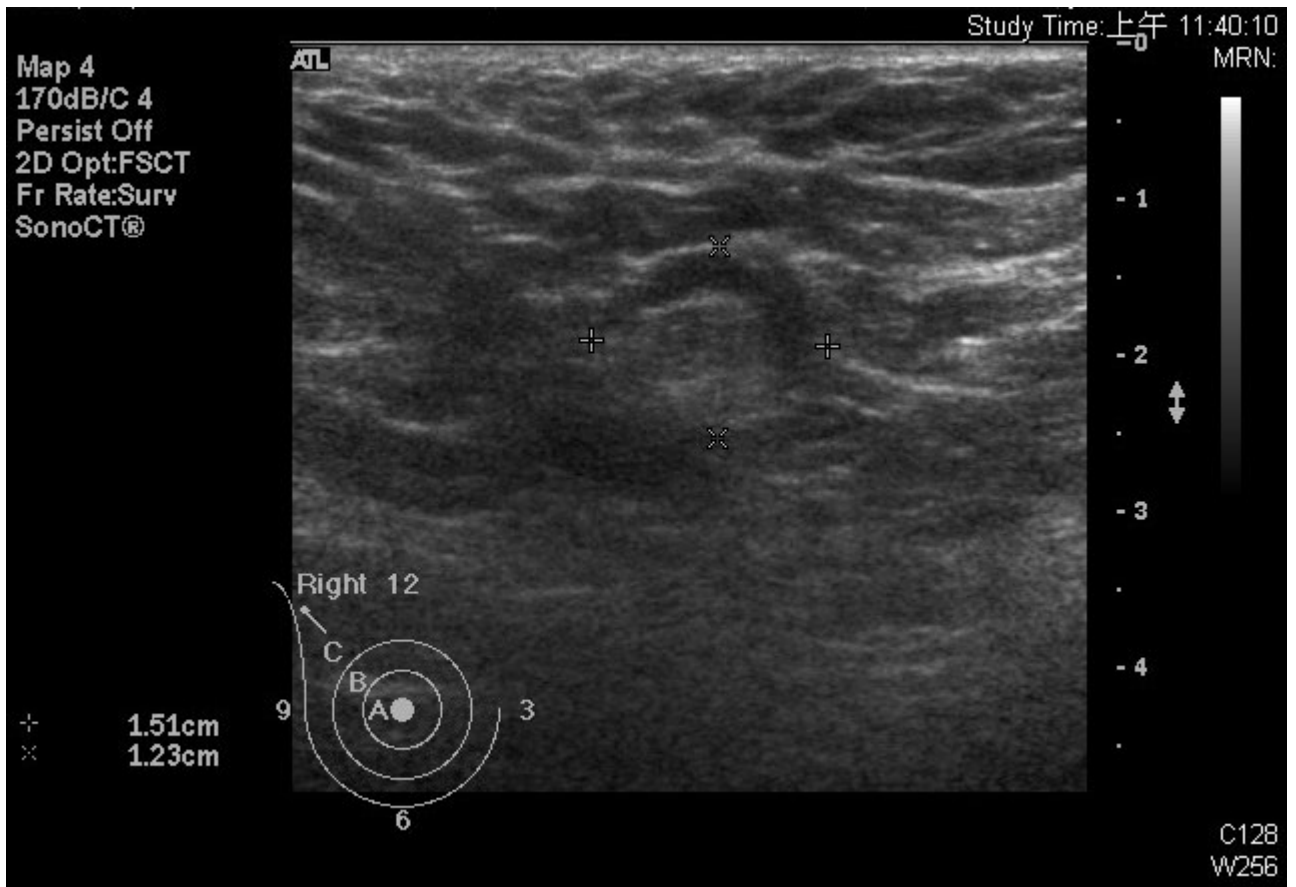
大小為 1.51 乘 1.23 公分(見圖二)，其餘則無特殊異常淋巴。BI-RADS 6。

乳房攝影：雙側乳房多發性、散在性具良性特徵鈣化點(圖三與圖四)，其餘部分則為正常。BI-RADS 2。

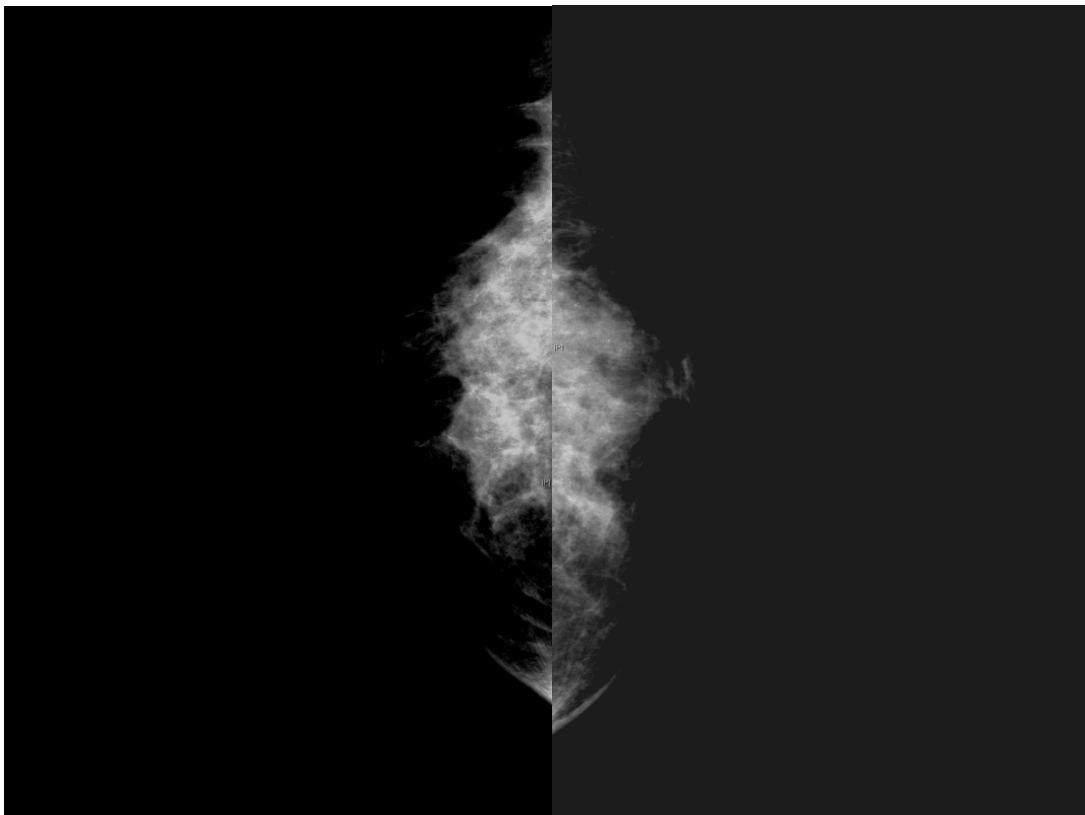
與患者解釋乳房攝影及乳房超音波檢查後，基於懷疑右側乳房惡性腫瘤可能有乳管內浸潤現象，再加上患者本身乳房較小(A cup)，考慮到腫瘤的大小及可能需切除範圍，乳房部分保留切除手術並不建議。建議若考慮手術後乳房外觀上的改變，可接受立即性重建。重建方式在病患與乳房重建整形外科醫師討論後決定接受自體肌皮瓣移植(latissimus dorsi myocutaneous flap)。至於乳癌治療手術部分則確認為乳頭保留乳房全切手術併前哨淋巴切除手術，術中將會就乳頭邊緣及腋下前哨淋巴送冷凍切片以確認是否有無癌細胞感染。若有乳頭邊緣感染則無法做乳頭保留手術；若有前哨淋巴感染則需行淋巴廓清手術。隨即安排病患入院做進一步手術治療。



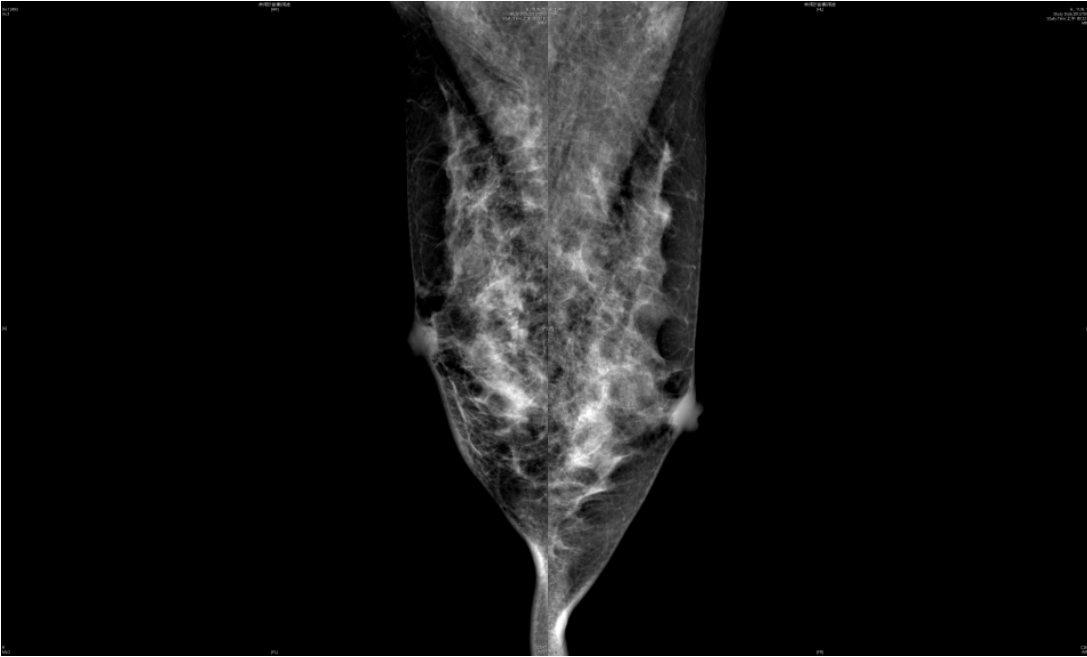
圖一



圖二



圖三



圖四

住院治療經過：

患者於 2012 年 11 月 25 日入院，於 11 月 26 日術前先接受放射性同位素注射來做為前哨淋巴定位，手術方式預定為右乳頭保留乳房全切手術併前哨淋巴切除手術及立即性自體肌皮瓣移植(latissimus dorsi myocutaneous flap)。右側乳房乳頭保留乳房全切手術併前哨淋巴切除手術順利，術中乳頭邊緣及前哨淋巴經冷凍切片檢查均無感染現象後實行自體肌皮瓣移植(latissimus dorsi myocutaneous flap)。

病患術後恢復順利，於術後第二天做傷口衛教及教導前臂及肩部復健運動，術後第四日出院。術後第十天回診，右乳及後背傷口癒合良好乳頭及乳暈也無壞死變化；左肩部運動正常；每日所紀錄之引流液為量之組織液，故拔除引流管。

最終病理報告為 grade I invasive solid papillary carcinoma，切除的邊緣乾淨沒有腫瘤侵犯，腫瘤大小為 2.4x2 公分；淋巴狀況以(感染顆數/切除總數)(positive/total)標示如下：前哨淋巴(0/2)；病理分期 pT1N0；IHC stain 表現為 ER(2+),PR(3+),Her-2-New(1+)；ki-67:10%。

後續所安排之胸腹部電腦斷層及骨骼掃描檢查皆正常，並無遠端轉移現象。轉介至腫瘤科進行後續化學治療及賀爾蒙治療。

問題與討論：

1. 哪些乳癌情況不適合做乳癌手術併立即性自體組織重建？

Ans: 一般而言，有以下幾種狀況為乳癌手術併立即重建的相對禁忌情況

- advance stage breast cancer(stage III or higher)
- need for postoperative radiotherapy
- medical comorbidities such as obesity, smoking, or cardiopulmonary disease
- insufficiency vascular supply of donor site flap

2. 乳頭保留乳房全切手術可行嗎？

ANS: Simmons et al 的研究中發現在一系列的檢查乳房全切手術檢體中有 10.7% 的潛藏乳頭感染現象(occult nipple involvement)。[1] Vljajic et al 的研究分析中歸納出在(1) tumor size < 2.5cm 及(2) tumor-to-nipple distance > 4cm 狀況下行乳頭保留手術是安全的。[2] 近來對於乳頭保留乳房全切手術的適應症有些專家有主張放寬趨勢，在 Benediktsson and Perbeck 主持的前瞻性研究中証明了(1) 在乳頭乳暈無感染下，乳頭保留乳房全切手術與乳房全切手術在 disease-free survival and overall survival 是一樣安全(2) 乳頭保留乳房全切手術有做 radiotherapy 比沒有做 radiotherapy 有較低的局部復發率。[3] 總結，在乳頭乳暈無感染下，乳頭保留乳房全切手術時是可行。

參考文獻：

1. Simmons RM et al. Analysis of nipple/areolar involvement with mastectomy: can the areola be preserved? *Annals of Surgical Oncology*. 2002;9:165-8.
2. Vljajic Z et al. Nipple-areola complex preservation: predictive factors of neoplastic nipple-areola complex invasion. *Annals of Plastic Surgery*. 2005;55:240-4.
3. Benediktsson KP et al. Survival in breast cancer after nipple-sparing subcutaneous mastectomy and immediate reconstruction with implants: a prospective trial with thirteen years median follow up in 216 patients. *European Journal of Surgical Oncology*. 2007;1-6.

領域團隊合作照護教案討論(醫師)

教學目標：

1. 了解乳癌相關病史及家族史之詢問重點。
2. 了解乳房理學檢查的技巧及描述方式。
3. 了解各項實驗室檢查的代表意義及數值判讀。
4. 了解乳房惡性腫瘤手術適應症。
5. 了解乳房重建的手術適應症及方式。
6. 了解乳房惡性腫瘤的特殊臨床及影像學表現。
7. 了解乳房惡性腫瘤手術後的治療重點及常見併發症。
8. 能讓病人及家人術前充分了解手術方式及可能面對的風險。
9. 能衛教術後傷口照護、復健運動及後續追蹤的注意事項
10. 學習和其他領域的專業人員合作，達到專業能力互相交流與溝通，使病人獲得跨領域完整照護。

教學重點：

1. 乳房理學檢查重點。
2. 乳房惡性腫瘤的好發形態及臨床表現
3. 乳房惡性腫瘤的診斷及治療方式。
4. 常見的乳癌手術術式
5. 乳房重建的手術適應症及方式
6. 乳癌手術術後的常見併發症
7. 乳癌的分期。

教學方式與媒介：

1. 共同研讀：研讀相關電子資料庫、包括參考書籍、醫學期刊、治療指引。
2. 案例討論。
3. 實際演練。
4. 和其他領域(護理、放射、腫瘤等)師生共同討論。

問題與討論：

1. 術前應做哪些影像學檢查？
2. 可否作乳房保留切除手術？
3. 電腦斷層檢查及骨骼掃描等檢查是否應於術前完成？

學習評核方式與回饋：

1. 心得報告。
2. 筆試。
3. 口試。

跨領域團隊合作照護教案討論(護理)

教學目標：

1. 能瞭解乳癌患者的主要不適症狀。
2. 能瞭解乳癌手術後傷口及引流管之觀察重點。
3. 能運用家庭發展理論進行家庭評估並瞭解家族病史。
4. 能運用相關護理指導患者住院及返家後的照護。

教學重點：

1. 乳癌不同術式的不同傷口位置。
2. 乳癌的照護重點及衛教內容。
3. 以家庭為中心的護理，家庭內在結構及外在結構需評估的項目。
4. 面對疾病復發其病患及家屬心理之調適。
5. 病患住院及返家後自我照護相關護理指導。

教學方式與媒介：

1. 學員預習案例相關知識(教師可提供相關知識來源)。
2. 講授。
3. 臨床實際評估及護理指導。
4. 案例報告。
5. 討論。

問題與討論：

1. 乳房部分切除與乳房全切除術後的照護及觀察重點有何不同？
2. 乳房重建術後的照護及觀察重點有何？
3. 患者的復健運動指導包括哪些？
4. 患者其家庭評估包括哪些？

學習評核方式與回饋：

1. Mini-CEX 評量。
2. DOPS 評量。
3. 筆試。
4. 口試。

跨領域團隊合作照護教案討論(腫瘤)

教學目標：

- 1.熟悉乳癌輔助治療選擇之原則及常見併發症。
- 2.了解化學治療、賀爾蒙治療及標靶治療之間應用的差異。

教學重點：

- 1.了解化學治療、賀爾蒙治療及標靶治療的選擇、使用方式及參考因子
- 2.如何監測、避免及治療輔助治療時所產生的嚴重併發症？

教學方式與媒介：

- 1.講授
- 2.個案討論

問題與討論：

1. 選擇使用化學治療、賀爾蒙治療及標靶治療時各需注意什麼樣的副作用？

學習評核方式與回饋：

1. 心得報告。
2. 筆試。
3. 口試。

跨領域團隊合作照護教案討論(放射)

教學目標：

1. 能了解常規胸部 X 光及乳房攝影檢查技術。
2. 了解前哨淋巴結攝影檢查。
3. 能為患者做好必要輻射防護措施。
4. 能了解胸腹部電腦斷層的攝影技術及顯影劑的劑量

教學重點：

1. X 光攝影與電腦斷層之準備工作與必要之攝影參數與技術調整。
2. 前哨淋巴結攝影檢查之原理及臨床操作
3. 進行衛教的解說重點與技巧。
4. 輻射防護鉛衣與設備的使用。

教學方式與媒介：

1. 臨床教師現場模擬教學。
2. 學員觀摩臨床教師實際執行方式，並於檢查完成後進行討論。
3. 影像評估與解說。

問題與討論：

1. 乳房攝影檢查如何正確操作。
2. 如何正確定位前哨淋巴結。
3. 如何依據病患個別狀況調整攝影參數與技術。
4. 患者所接受之輻射曝露劑量與影響為何。
5. 若患者腎功能不佳該如何調整顯影劑劑量？

學習評核方式與回饋：

1. DOPS 評量。
2. 課後討論。
3. 學員學習成效自我評量。