

侵犯性乳葉惡性腫瘤

蕭君平

基本資料：

魏女士，46歲，已婚並育有兩個女兒，過去擔任家庭主婦。平時生活規律正常，無抽菸、嚼食檳榔、及飲酒習慣，本身沒有慢性病史。家中僅母親糖尿病史，其餘皆無任何慢性病及癌症病史。目前月經週期仍為正常來潮。

求診經過：

2009/07/02

因有兩年的時間感覺左乳在自我檢查時腫塊狀的感覺，因家人要求而來門診就診。自述並無乳房疼痛、無乳頭分泌物、乳房腫塊感覺則和月經週期無關。理學檢查在左乳並無發現異常腫塊，無皮膚內縮及其他不正常狀況。

當天安排的乳房超音波檢查發現在距左乳頭5點鐘方向約3公分的地方，有一個1.37 x 1.45 x 1公分，呈現中等音波回音、可壓縮、均勻質地的多葉狀腫瘤(圖1)，L/T ratio = 0.7。另外在距左乳頭2點鐘方向約3公分及右乳頭9點鐘方向約2公分的地方，各有一個1.49 x 1.23 x 0.65及0.75 x 0.85 x 0.53公分的水泡樣腫瘤(圖2及圖3)。BI-RADS 評分是4A。多葉狀腫瘤有做細針切片檢查，病理結果是良性的乳管上皮增生，因此預約一年後追蹤檢查。

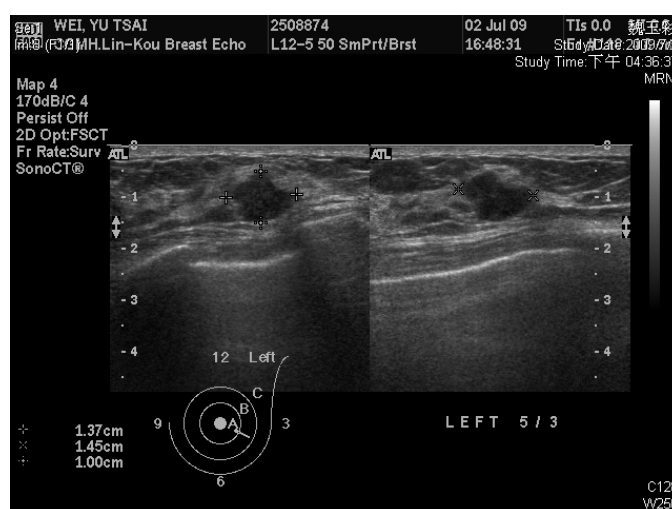


圖 1

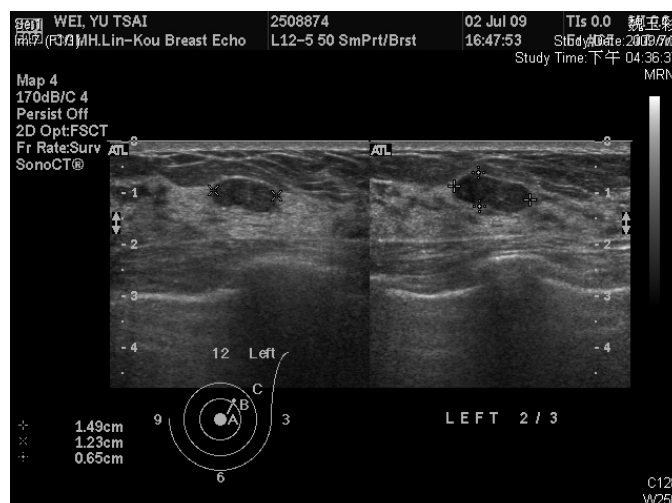


圖 2

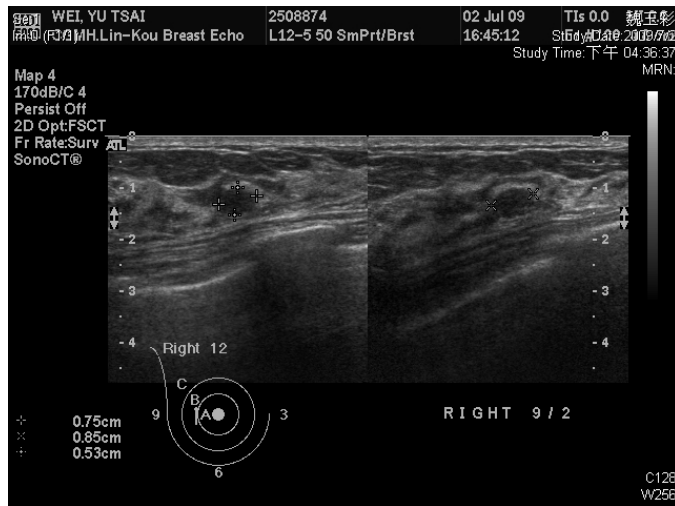


圖 3

2010/06/03

魏女士仍舊覺得左乳自我檢查有腫塊感，但沒有腫塊長大或疼痛等不適。理學檢查在兩側乳房皆沒有觸診到腫塊，兩側腋下淋巴結也沒有摸到淋巴結腫大。

當天安排的超音波追蹤意外在距右乳頭 12 點鐘方向約 4 公分距離發現一個 0.6 公分多葉狀、邊緣不清楚、且後方有低回音性陰影的腫塊 (圖 4)。另外在距左乳頭 2 點鐘方向約 3 公分及右乳頭 9 點鐘方向約 2 公分的水泡樣腫瘤則大小維持不變 (圖 5, 圖 6)。BI-RADS 評分是 4A。右乳那顆邊緣不明顯的腫瘤有做細針切片檢查，病理結果是侵犯性乳管上皮癌(invasive lobular carcinoma)。

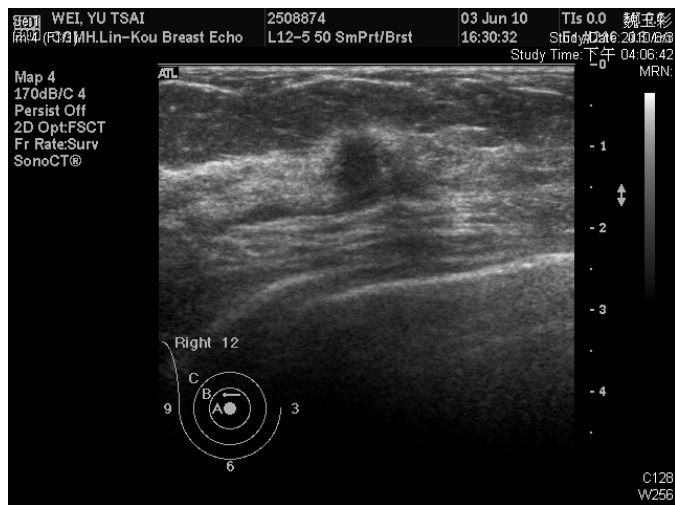


圖 4

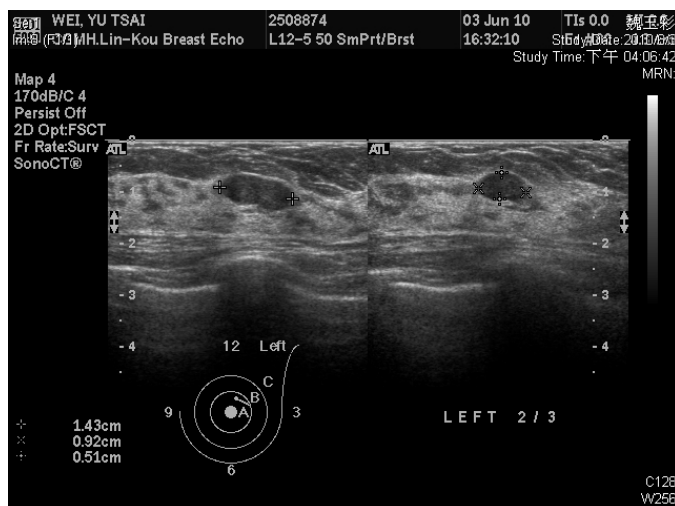


圖 5

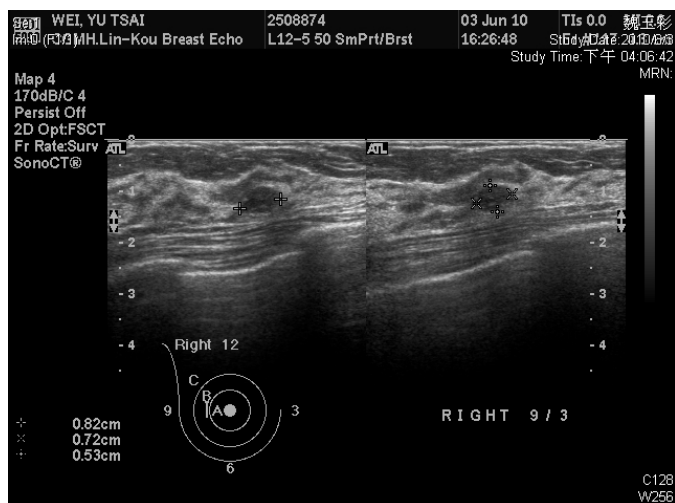


圖 6

2010/06/17

安排住院檢查，其中血液及生化抽血結果如表 1。

檢驗項目	檢驗值	單位
WBC	9.9	1000/uL
RBC	6.66	million/ul
Hemoglobin	13.0	g/dL
Hematocrit	41.3	%
MCV	62.0	fL
MCH	19.5	pg/Cell
MCHC	31.5	g/dL
RDW	16.4	%
Platelets	193	1000/uL
Segment	81.4	%
Lymphocyte	15.2	%
Monocyte	2.8	%
Eosinophil	0.4	%
Basophil	0.2	%
CA15-3	12.6	U/ml
CEA	2.5	ng/ml
Albumin	4.48	g/dL
BUN	12.6	mg/dL
Calcium	10.1	mg/dL
Creatinin	0.72	mg/dL
AST	10	U/L
ALT	13	U/L
ALK-P	68	U/L
Total Bilirubin	0.6	mg/dL

2010/06/18

乳房攝影發現在右乳外上方有一個約 0.6 公分的腫塊，內含一些不規則分佈的微小鈣化點；左乳外上方則有三個約 1.5 公分的結節樣腫塊（圖 7，圖 8）。

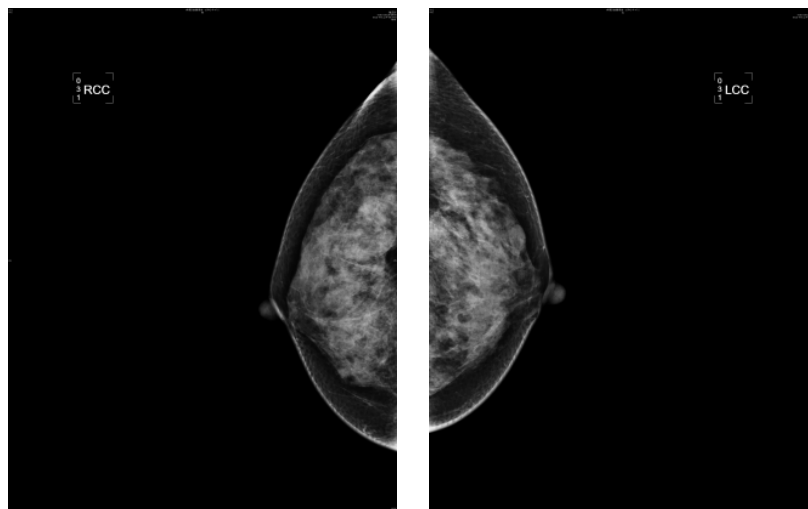


圖 7

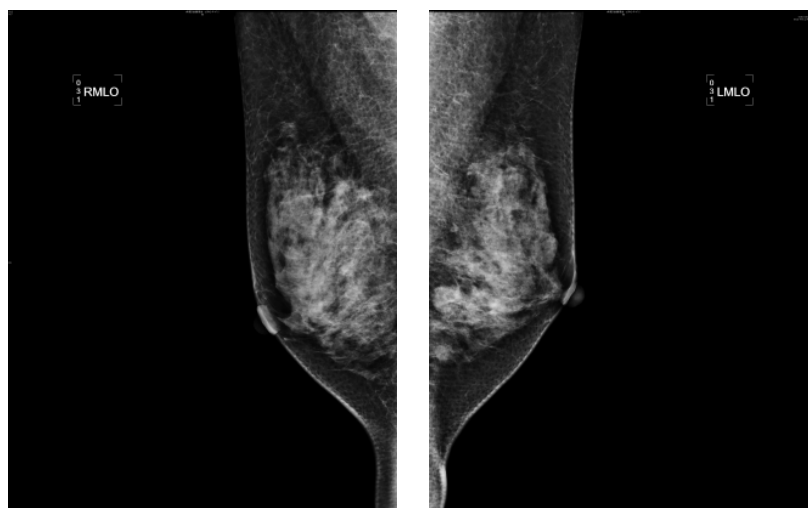


圖 8

2010/06/19

安排手術，原計劃是右乳部分切除併前哨淋巴結切除術，但術中前哨淋巴結的冷凍切片病理報告是轉移性腺癌(Metastatic adenocarcinoma)，因此術式更改為部分乳房切除術併腋下淋巴結廓清術。

術後病理報告發現右乳腫塊是侵犯性乳葉惡性腫瘤 (invasive lobular carcinoma)，戒環狀細胞類 (Signet-ring cell type)，且手術標本邊緣亦有侵犯。腋下淋巴結共 37 顆，其中有 35 顆受到侵犯 [LEVEL I (22/24), LEVEL II (2/2), LEVEL III, (6/6), RIGHT INFRACLAVICULAR (5/5)]。

2010/06/28

再次安排手術，術式為右側乳房全切除術。術後病理報告指出，巨觀下(Macroscopic)腫瘤約為 0.8 x 0.7 x 0.5 公分；微觀下(Microscopic)，乳葉惡性腫瘤為多發性，其中最大顆約為 4.4 公分，另外還有約 0.7 公分的乳葉原位癌 (lobular carcinoma in situ)。免疫染色為 ER(2+)、 PR(3+)、HER-2(NEGATIVE)。

顯微鏡下的特徵主要為腫瘤細胞呈站衛兵狀一圈一圈地圍著乳管，沿著細胞間質像網狀地散佈出去，這樣的特殊散佈方式有如蜘蛛網狀 (spider-web like)(圖 9)。而戒環狀細胞的主要特點為有大量的 mucin 在細胞質裡面，而把細胞核推向一邊 (圖 10)。

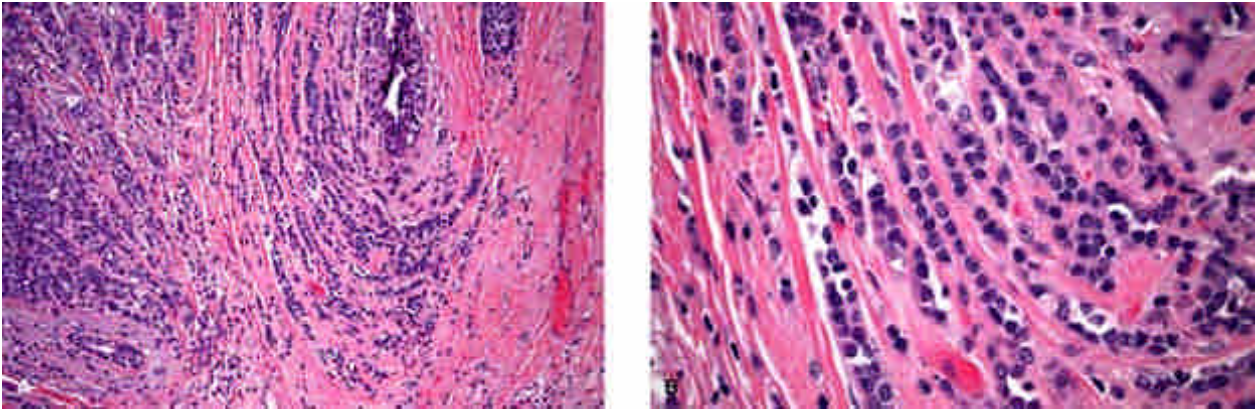


圖 9

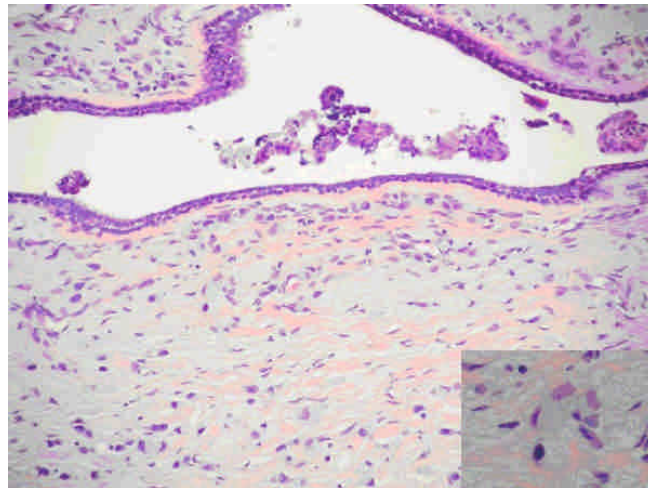


圖 10

問題與討論：

1. 2009 年第一次乳房超音波及細針切片檢查是否足夠？

ANS: 由於患者年齡已超過 45 歲，每年應安排一次乳房攝影做為乳癌篩檢工具，因此雖然超音波沒有發現異常的病灶，但仍加做乳房 X 光攝影來比照是否有超音波下沒有發現的病灶。此患者於 2009 年做的乳房超音波檢查因為沒有在右乳發現異常，細針切片檢查也是針對左乳房多葉狀腫瘤，就第一次的檢查項目而言，若病理檢查沒有發現異常，安排一年追蹤一次十分合理。這樣的檢查結果也符合侵犯性乳葉惡性腫瘤的表現方式，常觸摸不到且超音波檢查看不見腫塊；即使超音波有發現腫塊，也必須細針採取樣方向和侵犯性乳葉癌生長方向一致，才能看出端倪，因此常會被忽略。國外有文獻表示 MRI 檢查可以提昇診斷率，但由於侵犯性乳葉癌很難有臨床表徵，若僅為了找出可能罹病者而以 MRI 做大規模的篩檢，實不符效益。

2. 侵犯性乳葉惡性腫瘤有什麼樣特別的臨床表現？

ANS: 侵犯性乳葉惡性腫瘤佔乳房惡性腫瘤的第二大宗 (約 5-10%)，比起侵犯性乳管惡性腫瘤較易在兩側發生，較易有多病灶性 (multifocality)，且常合併乳葉原位癌(約 70-80%)。比起乳管癌，它有較不易形成可觸診腫塊的特點，因此常會被忽略。診斷工具上以超音波為佳，因這類腫瘤常會表現出不規則狀的低回音腫瘤，且有後回音的情形，另外也會呈現出一塊消失的陰影而找不到明確的腫瘤位置。

3. 侵犯性乳葉惡性腫瘤與侵犯性乳管惡性腫瘤在遠端轉移的位置上有什麼不同點？

ANS: 侵犯性乳管惡性腫瘤較易轉移至肺、肝、及腦基質；而侵犯性乳葉惡性腫瘤則較易轉移至腦膜、腹膜、後腹腔、消化道、生殖道、及骨頭。

4. 本病例未來的治療計劃？

因患者已接受單側乳房全切除術，但侵犯性乳葉癌這個疾病本身有較高的兩側發生率，因此術後兩年內每三個月應回診追蹤並接受乳房超音波檢查。化學治療部分，因侵犯性乳葉癌對化學治療的完全反應率很差(complete response rate)，約 3%(侵犯性乳管癌約 15%)，不過侵犯性乳葉癌的長期存活率及再發率均較侵犯性乳管癌來得佳，因此是否要加做化療，可與患者再多做討論。此案例的動情素荷爾蒙接受器是陽性，若患者已停經，術後可建議長期服用動情素荷爾蒙拮抗劑。

參考文獻：

1. Lee JH, Park S, Park HS, et al. Clinicopathological features of infiltrating lobular carcinomas comparing with infiltrating ductal carcinomas: a case control study. *World J Surg Oncol*. 2010 Apr 27;8:34
2. Gao F, Carter G, Tseng G, Chivukula M, et al. Clinical importance of histologic grading of lobular carcinoma in situ in breast core needle biopsy specimens: current issues and controversies. *Am J Clin Pathol*. 2010 May;133(5):767-71.
3. Lopez JK, Bassett LW, et al. Invasive lobular carcinoma of the breast: spectrum of mammographic, US, and MR imaging findings. *Radiographics*. 2009 Jan-Feb;29(1):165-76.
4. Katz A, et al. Primary systemic chemotherapy of invasive lobular carcinoma of the breast. *Lancet Oncol* 2007 Jan; 8(1): 55-62
5. Mann RM, et al. The effectiveness of MR imaging in the assessment of invasive lobular carcinoma of the breast. *Magn Reson Imaging Clin N Am* 2010 May; 18(2): 259-76

跨領域團隊合作照護教案討論(醫師)

教學目標：

1. 了解乳房理學檢查的技巧及描述方式。
2. 了解各項實驗室檢查的代表意義及數值判讀，能了解在不同的鑑別診斷下須額外安排哪些實驗室檢查？
3. 了解乳房腫瘤的手術適應症。
4. 了解各種乳房腫瘤 X 光及超音波影像學表現。
5. 了解乳房超音波的各项描述方式及 BI-RADS 分類。
6. 了解乳房手術後的治療重點及常見併發症。
7. 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。
8. 能衛教術後飲食、傷口恢復、及後續追蹤的注意事項
9. 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. 乳房超音波查及表達方式
3. 乳房腫瘤的影像學特異性表現。
4. 常見的直腸及肝臟手術術式
5. 乳房手術術後的常見併發症
6. 乳房惡性腫瘤的分期。

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、藥劑、放射、醫檢等)師生共同討論。

問題與討論：

1. 術前應做哪些影像學檢查？
2. 乳房手術應做哪些術前準備？
3. 乳房手術術後衛教重點？

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.能瞭解乳房手術後傷口照護及引流管觀察重點。
- 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. 乳房手術不同術式的不同傷口位置。
2. 術後上肢水腫的應對方式。
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. 單純乳房切除與改良式乳房全切術的術後照顧有何不同？
2. 如何在家做乳房復健運動？
3. 患者的護理指導應包括哪些？
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(藥劑)

教學目標：

- 1.熟悉外科手術術常用的止痛藥物內容
- 2.乳癌術後常見的化療藥物

教學重點：

- 1.術後常見的止痛藥物劑型與給予方式
- 2.乳癌術後常見的化療藥物調配方式？

教學方式與媒介：

- 1.講授
- 2.個案討論
- 3.臨床藥事照護

問題與討論：

1. 不同的化療藥物有怎麼樣的副作用？
2. 哪些化療藥物可以使用生理食鹽水調配？

學習評核方式與回饋：

- 1.筆試
- 2.口試
- 3.客觀結構式臨床測驗 (OSCE)

跨領域團隊合作照護教案討論(放射)

教學目標：

1. 能了解常規胸部及乳房 X 光檢查攝影技術。
2. 能與患者及家屬進行良好溝通。
3. 能為患者做好必要輻射防護措施。

教學重點：

1. 乳房 X 光攝影之準備工作與必要之攝影參數與技術調整。
2. 進行衛教的解說重點與技巧。
3. 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. 進行入院放射檢查之目的為何。
2. 如何依據病患個別狀況調整攝影參數與技術。
3. 患者與其家屬所接受之輻射曝露劑量與影響為何。

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。

跨領域團隊合作照護教案討論(醫檢)

教學目標：

- 1.熟悉血液檢驗的相關技術及白血球分類判讀技術。
- 2.熟悉細菌培養的相關技術
- 3.腫瘤標記的各種測量方法

教學重點：

- 1.術前檢查的相關血液、體液、尿液常規、生化檢驗項目之介紹。
- 2.腫瘤標記的各種測定方法

教學方式與媒介：

- 1.講授。
- 2.臨床實際操作。
- 3.指導學員閱讀相關教科書與文獻搜尋。

問題與討論：

- 1.癌症病患在血液常規檢查會出現哪些異常現象。
- 2.各項腫瘤標記的代表器官。

學習評核方式與回饋：

1. 乳癌案例討論與分析：檢驗數據判讀、異常處理與主動通知。
2. 實際操作測試。
3. 口試及筆試。