

認識乳房保留手術 (Breast-Conserving Surgery)

一般外科主治醫師 石宜銘

乳癌的手術治療除了傳統的改良型根除性乳房切除術(modified radical mastectomy, MRM)外，另一個方法是乳房保留手術。乳房保留手術是包括腫塊切除 (Lumpectomy)加上腋下淋巴摘除(axillary dissection)及術後放射治療 (Radiotherapy)，這種經過歐美幾個有名的臨床試驗 (Gustave-Roussy, NCI-milan, NSABP-06, NCI-Bothesda, EORTC, Danish group)證實其無疾病存活期及總存活期和傳統常使用的改良型乳房根除術並無差異(表 1)1-4。而這種手術最大的好處是保留乳房的美觀，使女性患者得以維持正常社會心理健康；因此乳房保留手術現在已成為早期乳癌手術的另一種選擇

表 1.乳房保留手術加上放射線治療和乳房切除術的臨床試驗比較

臨床試驗	病人數目		腫瘤大小 (公分)	追蹤時間 (年)	總存活率* (%)	無遠處疾病存活率 (%)	
BCS+	MRM						
1.W.H.O. (1972-1980)	88	9	<2	10	79	80	無差異
2.Milan I (1973-1980)	352	349	<2	13	71	69	無差異
3.NSABP B-06625 (1976-1984)	586		<5	9	69	68	無差異
4.N.C.I (1979-1987)	121	116	<5	10	77	75	無差異
5.EORTIC (1980-1986)	452	426	<5	8	無差異	無差異	
6.Danish (1983-1989)	430	429	---	6	79	82	無差異

*總存活率都無差異

+ BCS: 乳房保留手術

#MRM: 改良型根除性乳房切除術

乳房保留手術適應症(1-9)：

並非所有的乳癌患者都可考慮這種手術，其條件必需是：

- 1.腫瘤小於 2 公分且無遠處轉移
- 2.非多發性腫瘤或廣泛性顯微鈣化腫瘤
- 3.非懷孕病患
- 4.無膠原血管疾病
- 5.非乳暈下腫瘤
- 6.乳房不可太小或太大
- 7.病人社會精神因素合適者

乳房保留手術方法(1-3)：

術前務必要有乳房攝影評估其適應性，且儘量以細針吸取細胞學或核心切片針生檢來做術前病理診斷。皮膚切口應直接在腫瘤塊上做一沿皮紋的弧形切口。為避免皮瓣過薄而影響美觀，應儘量保留皮下脂肪。腫塊切除以標本邊緣無癌細胞為原則。一般取到 1-2 公分的正常乳房組織。腫塊切除後需充份止血，不需放引流管，也不需縫合腫塊切除後遺留的空腔，以免乳房變形，然後用皮下縫合切口。切下的標本應標示方位，馬上送病理冰塊檢查。病理醫師應在切片之前先把整個標本用墨汁(Ink)做邊緣染色。經冰凍病理檢查後，有懷疑癌細胞的方法應再切除，直到無癌細胞為止。

接下來行腋下淋巴摘除術，皮膚切口應和乳房腫塊切口分開，在腋下毛區下方的邊緣做一從大胸肌側邊到闊背肌肉緣的切口，然後行腋下淋巴摘除，其方法和改良型乳房根除術相似。一般做到 level I 及 level II 就夠了，因單獨或跳躍(skip)轉移到 level III 的機會小於 2%。手術結束後放置一根引流管，以皮下縫合術縫合。

乳房保留手術後放射治療(1-3)：

手術後 3-4 星期 (最好不要晚於 8 星期)開始放射治療，劑量為 4500-5000 cGy，分 5 個星期照射。有些專家建議在原位乳癌位置給予 1000-1600 cGy 的加強照射 (Boost)。

乳房保留手術後化學治療(1,2,6,8)：

主要用於腋下淋巴陽性患者。但對於其他它易有遠處轉移的高危險群，如腋下淋巴陰性但腫瘤大於 3 公分且女性荷爾蒙接受體陰性，淋巴管侵犯，高核等級(high nuclear grade)，高 S-phase fraction 及年齡小於 35 歲者，有人建議也給化學治療。其和放射治療的先後次序，現仍無一致看法。

乳房保留手術後荷爾蒙治療(1,2,6,8)：

因荷爾蒙治療可降低復發，故停經後，患者的女性荷爾蒙接受體為陽性者，若具高危險因素則應每天服用 Tamoxifen 20mg 至少二年以上。

乳房保留手術合併症(1-6)：

合併症主要和高劑量放射治療有關，但大部份都可避免。

- 1.乳房嚴重纖維化
- 2.乳房水腫
- 3.肋骨骨折
- 4.肺炎
- 5.心包膜炎或心肌病變
- 6.臂神經叢病變
- 7.手臂淋巴水腫
- 8.皮膚感覺異常
- 9.肌瘤或白血病
- 10.手臂運動障礙
- 11.軟組織壞死

乳房保留手術後的復發(1-9)

這種手術的 5 年局部復發率約 2-12%，10 年局部復發率為 10-25%，這和是否有接受放射治療有極大的關係(表 2)。

表 2.乳房保留手術加上和未加上放射治療的臨床試驗比較

臨床試驗	病人數目		腫瘤大小 (公分)	追蹤時間 (年)	總存活率(%)		無遠處疾病存活率(%)		局部復發率(%)	
	BCS+RT*	BCS			BCS+RT	BCS	BCS+RT	BCS		
1.NSABP B-06 (1976-1984)										
	632	625	<4	9	無差異		無差異		43	12%
2.Swedisch (1981-1988)										
	197	184	<2	5	90	91	87	90	18	2%
3.Ontario(1984-1989)										
	396	403	<4	5	86		88 無差異		30	8%
4.Scottish (1985-1989)										
	294	291	<5	6	82	83	64	80	29	6%\$
5.Milan III (1985-1989)										
	273	294	<2.5	4	無差異		無差異		9	0%

*BCS+RT: 乳房保留手術加上放射治療

+ BCS: 乳房保留手術

\$: p<0.05

具下列高危險因素者其復發率較高：

復發危險因素	復發率
1.無術後乳房放射治療	25-43%
2.切除標本有或靠近癌細胞	20-35%
3.廣泛性管內癌 (Extensive Intraductal Component,EIC)	20-25%
4.年齡小於 40 歲	20-25%
5.多發性腫瘤	16-35%
6.腫瘤細胞核的分化不良 (high nuclear grade)	10-20%

早期局部復發大部份是因有殘留癌細胞，且遠處無疾病率及總存活率也會降低。

4 復發部位大部份 (75%)發生在原乳癌細胞附近，一般建議整個乳房切除。其預後比原先接受改良型乳房根除術患者併復發的預後來得好。

參考資料：

1. Bland KI, Copeland EM III. The Breast, Comprehensive management of benign and malignant diseases. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1991.
2. Harris JR, Recht A, Connolly J et al. Conservative surgery and radiotherapy for early breast cancer. *Cancer* 1990; 66:1427-1438.
3. Harris JR, Hellman S, Handerson IC, Kinne DW. Breast Disease , 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1991.
4. MacMillan RD, Purushotham AD, George D. Local recurrence after breast-conserving surgery for breast cancer. *Br J Surg* 1996; 83:149-155.
5. 陳啓明. 早期乳癌病人之乳房保留手術. 陳啓明,雷永耀, 彭芳谷等編. 乳房疾病. 九洲圖書文物有限公司. 1988; 103-107.
6. Khanna MM, Mark RJ, Silverslein MJ, et al. Breast conservative management of breast tumors 4cm or larger. *Arch Surg* 1992; 127:1038-1043.
7. Morrow M. Lumpectomy and axillary dissection. *Surgical Rounds* 1991; 14:753-756.
8. Baloh CM, Singletary SE, Bland KI. Clinical decision - making in early breast cancer. *Ann Surg* 1993; 217:207-225.
9. Eberlein TJ. Current management of carcinoma fo the breast. *Ann Surg* 1994; 220:121-136.