

## 早期 HER2 陽性或三陰性乳癌的治療選擇

### 前言

當醫師診斷您屬於 HER2 陽性或三陰性的惡性乳癌種類，代表您現在需要思考是否先做化學治療再手術，以達到乳癌治療目標。



本表單將幫助您瞭解病因及有哪些治療選擇，請跟著我們的步驟，一步步探索自己的需求及在意的事情，希望能幫助您思考適合自己的選擇。

### 適用對象/適用狀況

- (一) 病理組織切片結果證實為乳房惡性腫瘤。
- (二) 腫瘤細胞屬於 HER2 陽性 或 三陰性，且腫瘤大小介於 2 至 5 公分。

### 疾病或健康議題簡介

#### ■ 什麼是乳癌？

乳癌是因為乳房乳腺管細胞或是乳小葉細胞產生不正常分裂、繁殖而形成之惡性腫瘤。

#### ■ 乳癌有分什麼種類？

當醫生幫您的乳癌組織做完切片之後，會有一份病理報告，內容會包含乳癌細胞是否受到女性荷爾蒙與 HER2 (一種致癌基因) 的刺激影響，依照報告的內容，醫生會判定為哪種乳癌類型，再針對不同的類型選擇不同的治療方式。

如果乳癌細胞是受 HER2 調控，則定義為 HER2 陽性乳癌。

如果乳癌細胞完全無 HER2 與女性荷爾蒙調控，則定義為 三陰性乳癌。

### 醫療選項簡介

#### ■ 我的乳癌治療要用什麼方式？

早期乳癌以手術切除為主要療法，但是因乳癌屬於全身性疾病，必須給予藥物輔助治療(化學藥物、標靶藥物)，以清除可能散布至全身的癌細胞。化學治療或標靶治療這 2 種藥物治療方式，可用於手術前也可以用於手術後治療癌症。

#### ■ 術前化學治療可以知道什麼結果？

術前先接受化學或標靶藥物治療，經病理科醫師檢驗後，確認腫瘤可在治療後完全消除者，定義為 病理完全反應(pCR, pathologic complete response)。

有病理完全反應的病人，他們的預後(例如五年後的存活率與腫瘤沒有復發的比率)，會比沒有達到病理完全反應的那群病人更好[參考文獻 1]。

採取術前化學治療，可以得知化療藥物對乳癌的治療結果，當作預後因子。假如接受術前化學治療後，仍無法達到病理完全反應，醫生可以選擇在手術後繼續幫您加做其他機轉的藥物治療 [參考文獻 2, 3]。

乳癌的治療可選擇先手術再做化學治療，或是先化學治療再手術。詳細的化學治療配方與手術時機，將由您的主治醫師按照您的選擇安排。

(一) 先化學治療再手術：指手術前先給予輔助治療(化學治療或包含標靶治療)。

(二) 先手術再化學治療：指先進行手術，之後再給予輔助治療。

您目前比較想要選擇的方式是：

- 先化學治療再手術
- 先手術再化學治療
- 目前還不清楚

請透過以下四個步驟來幫助您做決定

### 步驟一、選項的比較

選項 考量	先化學治療再手術	先手術再化學治療
五年存活率	存活率為 80~95%[參考文獻 1]	存活率為 80~95%[參考文獻 1]
判斷腫瘤細胞 對化療藥物的效果	先化療可以觀察腫瘤對化療藥物的反應，知道哪些藥物對治療有幫助 (知道是否有 pCR) [參考文獻 2, 3, 4]	醫師依照以前病患臨床試驗的結果建議您最佳的化療用藥，但是短時間無法知道化療對您腫瘤的效果(無法知道 pCR) [參考文獻 2, 3, 4]
腫瘤增大風險	有 10% 比例的病人腫瘤對化療無反應，手術前腫瘤可能會增大[參考文獻 5]	手術直接切除腫瘤，無增大風險。
手術併發症	手術後的出血與傷口感染的比例小於 5%	手術後的出血與傷口感染的比例小於 5%

### 步驟二、您對於醫療方式的考量

請用圈選方式表達您對問題的在意程度：0 分代表對您完全不在意，5 分代表對您非常在意。

考量項目	完全 不在意	在意程度					備註： 如果您非常在意這件事，建議您可以考慮選擇的方案
		→	2	3	4	5	
確認藥物反應 (pCR)	0	1	2	3	4	5	先化療再手術
腫瘤惡化	0	1	2	3	4	5	先手術再化療
存活率	0	1	2	3	4	5	兩者皆可

### 步驟三、對於上面提供的資訊，您是否已經了解呢？

1. 先做化學治療再手術，可以知道哪些藥物對治療有幫助。  對  不對  不確定

2. 先做化學治療再手術，腫瘤可能在治療期間持續繼續長大。  對  不對  不確定

### 步驟四、您現在確認好醫療方式了嗎？

我已經確認好想要的治療方式，我決定選擇：(下列擇一)

先化學治療再手術

先手術再化學治療

我目前還無法決定

- 我想要再與我的主治醫師討論我的決定。
- 對於以上治療方式，我想要再瞭解更多，我的問題有：

**瞭解更多資訊及資源：****1. 衛福部國健署-乳癌防治**

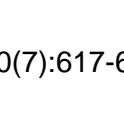
<https://www.hpa.gov.tw/Pages/Detail.aspx?nodeid=205&pid=1124>

**參考文獻****1. <https://doi.org/10.1155/2013/732047>**

Gampenrieder SP, Rinnerthaler G, Greil R. *J Oncol*. 2013;2013:732047.

**2. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1612645>**

Masuda N, Lee SJ, Ohtani S N *Engl J Med*. 2017 Jun 1;376(22):2147-2159.

**3. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1814017>**

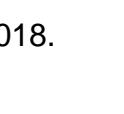
von Minckwitz G, Huang CS, Mano MS, *N Engl J Med*. 2019 Feb 14;380(7):617-628

**4. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.38.8595>**

von Minckwitz G, Untch M, Blohmer JU *J Clin Oncol*. 2012 May 20;30(15):1796-804

**5. [http://doi.org/10.1200/JCO.2016.34.15\\_suppl.518](http://doi.org/10.1200/JCO.2016.34.15_suppl.518)**

Ulrike Nitz, *J Clin Oncol*. 34, no. 15\_suppl (May 20 2016) 518-518.

**6. 台灣乳房醫學會- Early Breast Cancer Neoadjuvant Consensus, 2018.**

出版日期：2019年3月20日



完成以上評估後，您可以列印及攜帶此份結果與您的主治醫師討論。