

婦產科乳房超音波之何去何從

徐明洸醫師 / 台大醫院 婦產部

隨著掃描科技的精進，帶動解析度和鑑別能力的突飛猛進，乳房超音波作為乳癌篩檢的工具，曾經是夯極一時的標題。數年前，衛生署國民健康局也一度試圖整合國內相關學科，包括婦產科、家醫科、影像醫學科及乳房外科等學科，訂定共同標準，希望能夠建立一套適合本國婦女的超音波乳癌篩檢指南(guideline)。

自 2003 年起，婦產科醫學會即開始著手訓練我們專科醫師的乳房超音波檢查技術，由謝豐舟教授主導，成立種子教官訓練班，並完成第一批約 20 位的婦產科乳房超音波檢查種子醫師的訓練。當時因為乳房外科張金堅及侯明鋒兩位教授的大力支持，超音波醫學會也選定場所，提供我們實際的超音波見習，讓我們在最短時間內讓我們的乳房超音波檢查能夠上手。筆者當時擔任訓練班班長，負責課程的順利進行，並安排後續的超音波見習。

之後在李茂盛、楊友仕及蔡鴻德三位前後任理事長的帶領下，於 2008-2009

年，婦產科醫學會更在乳房醫學會和超音波醫學會專家的協助下，在北、中、南部地區，也完成了兩階段的乳房超音波檢查的「基礎班」以及「精進班」的訓練課程，當時三地約共有 500 多位會員因此完成了乳房超音波檢查技術的必修課程，並通過會後的測驗，使得婦產科醫師在最短時間內能投入乳房超音波檢查的行列，成為乳癌偵測的生力軍。

不過國內以乳房超音波作為第一線工具，用來全面篩檢乳癌，推行過程中似乎也出現困難。其原因盤根錯節，不能一言以蔽之。在此略述一二。

一、經費龐大：目前單獨以乳房超音波檢查來篩檢乳癌，根據 WA Berg 2008 在 JAMA 的結果，在高危險婦女族群，檢出率約為每千人 7.6 個乳癌，靈敏度為 50%。在他的報告中，Ultrasound 或是 Mammography，檢出率及靈敏度都相近。近年來台灣每年新增乳癌病人數已超過 7000 人，所以如果針對一般平均危險度的婦女，以乳房超音波大家認為 3-4/1000

的檢出率來算，每年應該接受篩檢的婦女總數約莫要 200 萬人。依每位 700 元成本計算，國健局須每年準備 14 億現大洋，就算有再多的海角七億，也是兩三下就沒有了，光這點，立院諸公也不會答應。

二、人力不足：乳房醫學會會員 600 人左右，但是包含相當比例的臨床外科醫師，僅有一定比例有實際參予乳房超音波檢查工作。如果加上家醫科、放射線科（大部分已含在乳房醫學會）、以及婦產科醫師，實際上可以常規執行超音波乳癌篩檢的人力充其量應該在 200-300 人左右。意即每位平均一年要做 1 萬個 case。但是由於這是 extra loading，所以醫檢人力恐怕無法因應。此外，醫院也無多餘空間來執行如此龐大的工作。

三、乳房超音波的先天限制：以目前的掃描能力，non-palpable breast tumor 以及早期 DCIS(乳管原位癌)仍是乳房超音波作為乳癌篩檢的最大罩門。目前只有 mammography 篩檢較能符合這個要求。Yang 2004 在

AJR 報告從超音波看到 90% (54/60) 的乳管原位癌，這應該是曠世絕作。在這裡，如果不是超音波學會陳理事長自己在作，一般人執行超音波檢查，要百分百看出 DCIS，實際上的困難度頗高。Shin HJ 2008 在 AJR 的報告在高危險群，也說超音波可以找到 89% (95/106) 的 DCIS，但是還是要有 mass lesion (佔 74%) 為佳。有關這兩種病灶的超音波特性及檢查要領，要多多就教於陳理事長，如果超音波學會有安排課程時，務必要多聽。而 2004 年起的國健局委託 5 年計畫，由台大黃俊升教授擔任主持人，結合台灣多所醫學中心及區域醫院，在 40-49 歲婦女篩檢之隨機試驗，也顯示：以乳攝為第一線，篩檢敏感度 = 90.6%，其中 DCIS 佔 32.5%。但若以乳超為第一線，篩檢敏感度僅 = 60.1%，其中多為 mass lesions，DCIS 僅佔 16%。所以就已現有資料看來，執行超音波檢查來作為乳癌篩檢的第一線工具，其成效顯然不彰。尤其 DCIS 容易被 miss 掉。既然講「篩檢」，偽陰性太容易發生時，要想是否會被告，不得不慎。

有鑑於此，國健局改弦更張，改採 45 歲以上一般婦女接受常規定期乳攝篩檢，其他具乳癌家族史等高危險婦女則在 40 歲以後作常規乳攝篩檢，受檢婦女規模大大縮小，其可行度及思考邏輯應屬合理。然而乳房

超音波該何去何從呢？

我們要從癌篩的利基點來探討這個議題。

有效的篩檢至少可以帶來三項益處：發現時是較小的腫瘤，發生淋巴轉移的機會較少，以及腫瘤級數較低。所以它的最大益處就是可以早一些偵測出潛在會快速生長的癌症。由於癌症的直徑愈大，級數愈高的可能性就愈大，Tabar L, et al 在 2005 出版的教科書中表示：在邏輯迴歸分析之後，乳癌在 10-14 公厘時，Grade 3 的 odds ratio 是 1.83；但是如果是 15-19 公厘時，OR 是 3.76；一旦腫瘤直徑超過 20 公厘；Grade 3 的 OR 就至少是 5.83 以上。所以儘量讓我們發現的腫瘤能夠不要超過 20 公厘，也就是不大於 2 公分，就是乳房超音波的首要目標。乳房超音波沒有必要找出看不明顯的 DCIS。

另外 Tabar 的統計也發現，同樣是小於 1 公分的腫瘤，Grade 3 的比例在 40-49，50-59，60-69 的年齡層中分別是 19.1%，14.9% 及 11.9%。顯示比較年輕的乳癌，她們是 Grade 3 Cancer 的機會也比較大；這就顯示年輕的婦女如果多接受乳癌檢查，因而早些發現乳癌，所獲致的 benefits 應該是最多。然而年輕的乳房如果接受乳房攝影檢查，由於緻密的組織也會造成干擾而影響檢出率。(Kolb et al, Radiology 2002) 所以乳房超

音波的優勢便在於可以在不同的乳房密度的檢查中，仍保持一致的靈敏度。

我們婦產科醫師，大多是做超音波起家的。既然可以做複雜的胎兒異常檢查，乳房腫瘤的診斷自然不會是我們的障礙。所以真正的陷阱是在於我們是否充分了解以乳超作乳癌的檢查，其 limitation 在哪裡？而我們能夠提供的線索是到哪裡？也就是說：嗨，傢伙，問題在你（妳）的解釋！

總而言之，企圖用乳超來執行乳癌篩檢，是極為危險的動作。但是如果是善用新一代超音波來作”看得到”的乳房腫瘤的鑑別診斷，那就是如虎添翼，再恰當不過。本屆婦產科醫學會謝理事長也很重視乳房超音波檢查的訓練，所以我們也會持續與超音波醫學會及乳房醫學會合作，辦理會員的繼續教育。

我們在此帶給各位的 take home messages 是：

1. 目前超音波仍不是第一線乳癌篩檢的合適工具；
2. 檢查者必須盡量把自己訓練到很熟悉檢查步驟；
3. 同時也要能夠將乳房攝影所提供的訊息與超音波所見充分整合；
4. 當然如果可以的話，一起把細針穿刺 (FNA) 也完成。這樣可以提供最佳的診斷及治療的服務及參考。

大家加油！

