

乳房開刀式切片以外之另一項新選擇

立體定位 真空輔助乳房切片

影像醫學部主治醫師 王甄

簡歷：臺大醫院影像醫學部 主治醫師

臺大醫學院 放射線科 臨床講師

專長：乳房影像學診斷、乳房介入性切片手術、胸腹部影像學

背景與緣起

現今最常用於診斷乳房疾病的兩項影像檢查，為乳房攝影及乳房超音波。大多數的乳房病灶，可由此兩項或其中一項影像檢查看到。若一個觸摸不到的乳房病灶，只能在乳房攝影偵測到，且由判讀醫師診斷為性質可疑，需做取樣證實其特性時，便須在乳房攝影的導引下做切片手術。這些只有在乳房攝影才看得到的病灶，大多是以密集的微小鈣化點來表現。這些較小的病灶有可能是較早期的乳癌。以較傳統的方式而言，是要以局部開刀之方式將該病灶取出，稱為開刀式切片。做法為：先由放射科醫師以乳房攝影導引的方式，將一條定位細線置入病灶部位，然後進入開刀房，由外科醫師按「圖」（「乳房攝影」）索驥，沿線將病灶開刀取出，故此手術全名為「乳

房攝影導引細針定位暨開刀式切片」。此種開刀式切片之最大好處為取樣之檢體量充足，準確度高（98%-99%）。但是，它也有幾項缺點：（1）傷口約為2.5~7.5公分，傷痕明顯不易平復，而且乳房內部組織疤痕也較明顯，病患恢復時間較長；（2）由於為開刀，對病患心理壓力大；（3）即使影像上診斷為性質可疑之病灶，但事實上病理檢驗結果也只有大約20%為惡性，也就是說，開刀式切片對於約80%的良性病患而言是不必要的。而當開刀式切片結果為惡性時，仍需再做第二次大範圍開刀。於是，歐美國家約在15年前開始，便逐漸不再以開刀式切片為這類病灶之處置方式，進而發展出立體定位導引之粗針切片。這是在X光立體定位的電腦程式計算下，將粗針切片針置入乳房做切片，傷口約只有

0.3 公分大小，準確度接近 96%，被西方國家視為取代開刀式切片之選擇。但粗針切片也有其缺點，例如：（1）粗針切片針有時不易取出乳房內之微小鈣化點，或是取出之鈣化量不足。而當取出鈣化量不足時，取出檢體可能沒有足夠的代表性，以致影響判讀結果；（2）由於取樣量較少，當病理結果和乳房攝影影像不太能配合，以致有 15% 之機會需再做一次切片，以做更進一步之確定；（3）如果病灶真的很小（0.3- 0.4 公分大小），粗針切片有機會將此病灶取出到一個「乳房攝影不易看到此病灶」之地步，故若病理結果為惡性，需做開刀廓清時，可能不易精確定位原切片位置。故美國約於十年前開始，發展出另一套切片方式，是為微創真空輔助切片。

立體定位真空輔助乳房切片

真空輔助切片的原理，是將切片針加粗，並附加真空吸取之功能，所以是有「真空抽吸」加上「切取」雙重功用，可取出更多倍的檢體量。以 11 號大小的真空輔助切片針為例，每單一檢體量是以前 14 號粗針切片的 6 倍左右（註：號碼越小，針越粗大）。真空輔助切片針的另外一大好處，是只要單一皮膚穿刺孔（約 0.4~0.5 公分洞口），便可將切片針置於病灶處，連續 360 度吸取檢體出來，而不需在取樣過程中數度將針拿出來再置入乳房。它造成的傷口只比粗針切片稍大，但可取出數倍之檢體。當病灶範圍小而集中時，真空輔助切片甚至可將病灶取出到幾乎在影像上再也看不出來，所以準確度（接近 98%）

已逼近開刀式切片。而且可能因切片結果不確定而須再次切片之機會只有 9%。X 光立體定位之真空輔助切片，也是以 X 光立體定位之電腦運算後，定出病灶之方位，於局部麻醉後，將切片針置入病灶處進行切片，全程約為一小時，為門診手術，不需住院。依機器種類之不同，受檢個案可以坐姿或臥臥接受檢查，本院之機種需以坐姿接受檢查。由於此種切片檢體量多，所以切片後常需放入一個微小（小於 0.4cm）的「組織標示夾」在切片處，可標示出乳房內取樣切片之正確位置。這是一個非常重要的步驟，因為：（1）真空輔助切片常有可能因取樣量較多，以致切片後在影像上不易辨識原病灶位置。因此，必須於切片之最後，切片針取出之前，將一組織標示夾沿切片路徑放入原切片位置，以供臨床醫師之參考。（2）真空輔助切片雖然取樣檢體量多，但是它終究是一個切片檢查，並不是治療性的開刀手術；所以，當切片之病理檢驗結果為一些不確定之病變甚或惡性，需要於短期內進行決定性、治療性之開刀，此時便需由組織標示夾之位置找出精確的需要開刀之部位，由外科醫師沿此標示部位做大範圍開刀。當切片病理結果為良性而不需開刀時，此組織標示夾仍留置於原位，但此組織標示夾是安全的不銹鋼材質，且極細小，對身體沒有危險，無須擔心。

立體定位真空輔助切片雖有傷口小、取樣多、結果準確的優點，但需知它只是一個切片檢查，所以，若病理結果為惡性或「不典型細胞」（*註）時，便須進一步開刀。此外，當病患的乳房

太小（乳房於壓扁狀態之厚度 <2.7 公分時），病灶太表淺（靠近皮膚）、太深、太偏（接近腋窩），並不適合接受立體定位真空輔助切片。那是因為真空輔助切片針的切片槽較長，於太淺或太深的病灶、或太小的乳房，會使切片針的切片槽無法放置入安全的、適中的位置，故對於這些不適合的病例，需以其他的切片方式取代，例如粗針切片或開刀。立體定位真空輔助切片雖安全，但仍可能有少許之後遺症，如：約 0.1%~0.2% 受檢者可能會有局部乳房發炎之情形；大多人於切片後會有程度不一的、暫時性之乳房淤青或出血，但此情形會在一週後逐漸好轉。要減少這些問題之發生，可鼓勵受檢者於切片後做局部乳房之冰敷，傷口需保持乾燥並不要碰到水，接受切片乳房該側的手在數天內不要舉重物，...等。另外，真空輔助切片針及組織標示夾在本國並不接受健保給付，兩者之

自費費用共計在新台幣 12,000 至 15,000 元之間，價格稍高。

總而言之，立體定位真空輔助切片是一項微創乳房切片手術之變革，在西方國家已使用 10 年，並有極好的結果。它的傷口小，無明顯疤痕，取樣充足，準確度高，可減少許多不必要的開刀，是一個準確又安全，比開刀簡便的切片方式。但是不適用於一些較特定的位置之病灶或較小之乳房，在本國需自費負擔切片針及組織標示夾為其缺點。然而，此技術實是一項極有前瞻性的、值得發展的新檢查。

* 註: "不典型細胞"是指細胞之不正常增生，若因切片檢查結果為不典型細胞而去開刀時，開刀之檢體有 25%~40% 之機會可見到真正的惡性細胞。

X 光立體定位真空輔助切片三元素

A：真空輔助切片針

B：X 光立體定位儀

C：真空輔助切片操作台

