

# 早期乳癌需要化療嗎？

曾嶽元（國泰綜合醫院 分子醫學科主任）

小玲（化名）昨天才剛過完45歲生日，今天竟然失眠了。

「辛苦了大半輩子，好不容易才坐上了中階主管的位置。明年度的工作計畫還在構思中，現在全都擱下來了。」小玲翻個身子，心裡回想著今早回診時的過程。

「李小姐，病理報告證實是乳癌。」醫師推一推鼻樑上的眼鏡，繼續說：「是雌激素受體陽性的乳癌，而且沒有淋巴結轉移。李小姐，這是不幸中的大幸呢！早期乳癌的治療效果很好。有些甚至連化療都不需要呢！」

乳癌是女性最常見的癌症，所以這方面的消息時有所聞，這類的實例也時有所見。但是當有這麼一天，自己也是其中一名病人時，才發現自己所知甚少。小玲腦海裡盡是禿頭的阿姨和整天戴著帽子的王媽媽的影像。

「真的嗎？我真的可以不用化療嗎？」這一瞬間，小玲覺得背脊的寒意去掉了一大半。

醫師立刻把手上的筆擱下，接著說：「不，我不是說妳不用化療。我只是說很多早期乳癌的病人

不用化療。」小玲一臉迷惑地看著醫師。醫師看一看小玲，繼續說：「要不要化療，可做基因檢測得到答案。但這要送到國外去做，費用大約15萬左右。」

近年來醫學研究發現，像上述小玲那樣的病人大約只有15%需要化療。對於這類的病人，若是不分青紅皂白地一律給予化療的話，那麼就有85%的病人接受了不需要的化療。也就是說，病人沒得到療效卻冤枉地蒙受化療之害。問題是，小玲到底是屬於該用化療的、還是不需使用化療的病人？

荷蘭有一個實驗室，分析70個基因來計算癌症轉移風險，然後建議低風險的病人不必接受化療；而高風險的病人可從化療受益。美國的實驗室則分析21個基因來計算癌症復發風險，然後建議低風險的病人不必接受化療；高風險的病人應接受化療；至於中等風險的病人，則未知是否應接受化療。

「什麼？健保不給付基因檢測！」小玲高分貝的質疑，一下子把醫師給愣住了。醫師繼續解釋：「其實歐洲乳癌共識會議已建議可用免疫染色法評估是否需要化療，這可便宜多了。不過免疫染色法在判讀上比較困難，並非每個醫院皆有辦法出具整合型的報告。而要臨床醫師將每項免疫染色之

結果合併成整合型的報告，並不妥當，也蠻不可靠的。」

小玲坐正了身體，還想問下去。但醫師已抬頭看牆上的鐘，護士也按了號碼鍵，下一號的病人走進來了。

「不知道現在半夜幾點了。」小玲再翻個身子，將枕頭往下拉，把頭墊高一點。心裡想：「現在的醫師怎麼都這樣？告訴我有許多乳癌病人不用化療，卻又不說清楚我到底要不要化療？我聽過基因檢測，可是什麼是免疫染色？整合型報告又是什麼？為什麼醫師說不是每個醫院都有辦法出具整合型的報告？為什麼我上網查了一個晚上都沒有結果？」躺太久了，脖子有點痠了。「唉！如果這不是歹命，什麼才是歹命？」小玲心裡一片空白。

雖然歐美的生技公司現在已可提供基因檢測來回答這個問題，但是費用極為昂貴，而且還不一定可得到肯定的結果。有鑑於此，2013年3月於聖蓋倫（St Gallen）舉行的第13屆國際乳癌會議，有3700位來自95個國家的乳癌專家在會中決議，可用較便宜的免疫染色法來評估早期乳癌的病人是否需要化療。

所謂「免疫染色法」，就是至少用四種抗體來分析乳癌的基因表現程度。執行此檢驗的醫師可根據這些參數出具一份整合型的報告，指出受檢之乳癌病人到底是「腔A型」、「腔B型」、「賀2型」還是「基底型」。於是臨床醫師可根據此分型報告及其臨床評估，決定是否該給予病人化療。

雖然免疫染色法較便宜（費用不到基因檢測法的兩成），但要產生有效的參數並且進一步形成整合型的報告，卻非容易之事。就如同「並非有手術刀和縫線，即可容易地完成闌尾切除」一樣，因為開刀的技術及醫師的知識才是真正的核心。然而，由於這個困難度的存在，所以幾乎所有執行此免疫染色法的實驗室都不出具整合型的報告，而只是分別報告各參數值而已。換句話說，就是讓臨床醫師各自解讀，自行形成整合型報告。這種情況就像是「提供手術刀和縫線給檢驗科醫師，期望他能自行完成手術」一樣的不合理。

「讓該接受化療的乳癌病人得到化療的效果；讓不該接受化療的乳癌病人免於化療之苦。」這就是個人化醫療的目的。然而，這一切來得太快，不單國內民眾聞所未聞，就連許多醫師都還未能來得及消化此醫學新知。沒想到，醫學進步太快竟造成醫病之間的茫然。

生物醫學  
BIOMEDICINE JOURNAL