

乳癌早期檢測新資訊

根據研討會整理的立場書

香港乳癌基金會，2013 年 4 月 14 日

鑑於乳癌是香港每 19 名婦女中就有 1 名的頭號癌症，所以有必要讓社會人士了解有關及早乳癌檢測的最新資訊，以優化治療效果和盡量減少乳癌所帶來的痛苦。乳癌檢測明顯是最佳選擇。研討會透過區議員、婦女團體和香港乳癌基金會的會員，共邀請了約 200 位公眾人士出席，目的是讓乳癌治療臨床專家就以下題目內容交流有關乳癌檢測研究最新結果。出席的專家及他們的講題如下：

張淑儀醫生（香港乳癌基金會創會人）
國際及本地的乳癌和普查概況

羅吳美英醫生（養和醫院 診斷及放射部主管醫生）
乳癌普查方法 — 國際標準

馮寶恩醫生（廣華醫院放射科副顧問醫生）
香港乳癌普查始祖 — 東華三院分享

熊維嘉醫生（香港乳癌基金會乳健中心名譽醫學顧問）
乳房普查對香港乳癌狀況的影響

羅嘉寶醫生（仁安醫院乳房保健及治療中心總監）
從婦女角度看乳癌普查

左倩儀教授（香港中文大學賽馬會公共衛生及基層醫療學院助理教授）
從公共衛生角度看現今乳房普查

此立場書是香港乳癌基金會根據各位講者的講題內容整理的，欲閱讀有關發言全文，可瀏覽以下網站: www.hkbcf.org.

乳癌普查

乳癌是香港婦女第 3 號癌症殺手。在 1993 至 2010 年期間，香港婦女的乳癌病發率增加了 3 倍，現時已達到每年超過 3,000 宗新症，患者年齡中位數是 53 歲，比白人婦女年輕了 10 年。據統計，每天新增 8 個新症，1.5 人死於乳癌。

儘管統計數字如此驚人及推廣乳癌普查的需要是如此明顯，社會上對普查的可行性和成效仍存爭議。此文件列舉了在香港推行乳癌普查的優點和缺點，依此得出結論，認為為了香港婦女及作為家庭的支柱，推行乳癌普查實刻不容緩。

國際及本地的乳癌和普查概況

全球乳癌患者達 1,380,000 人，當中 33% 因而死亡。138 萬患者中，亞洲佔了 38%，當中香港、新加坡和台灣發病率最高，每 10 萬名婦女中有 54 至 59 宗病例，比全球平均發病率 39 宗高出很多，被認為是「中高發病率，低死亡率地區」。

雖然，提倡健康生活和飲食習慣等預防措施，在預防乳癌上確實重要，但接受乳房 X 光造影檢測已被證實十分有效，全球均已在提倡及早檢測。

據國際癌症普查資料統計，現時已有 33 個國家推行了婦女乳癌普查，實現著一項評估和改進檢測方法和結果的協作努力。有關普查每 2 年進行 1 次，目標婦女年齡為 50-69 歲及 40-75+ 歲，每 1,000 名接受普查的婦女平均會有 3 至 9 人被確診患上乳癌，令死亡率下降了 20% 到 38%。

新加坡在 1995-1996 年期間進行了為期 2 年的乳房造影檢測試點研究，得出結論是檢測有助及早診斷出乳癌，政府遂在 2002 年宣佈決定撥款進行婦女乳癌普查。在中國，衛生部自 2008 年開始於城市推行免費的乳癌普查計劃，計劃由中國防癌協會執行，目標是為 30 個省份的 530,000 名婦女提供檢測。自 2009-2011 年，中國政府已撥款共 3.5 億人民幣，為婦女進行免費子宮頸癌及乳癌普查，1,400,000 婦女接受了免費乳房造影檢測。台灣在 1998 年推行了一項乳癌檢測效用的試點研究，直至今日，台灣政府已為 1,770,000 名年齡為 40-69 歲的婦女進行了免費乳房造影檢測。香港並沒有婦女乳癌普查計劃，婦女都是自己前往到檢測中心接受乳房造影檢查，而在全港 1,500,000 應接受檢測介乎 40-69 歲的婦女中，定期接受檢測的不到 5%。

乳癌普查方法 - 國際標準

乳房 X 光造影挽救生命

多個抽樣對照試驗亦評估了 40 至 70 歲婦女接受乳房 X 光造影的效果，證明及早診斷能降低乳癌死亡率 26%至 30%。

乳房 X 光造影是一種檢查乳房的 X 光技術，進行時要把乳房溫柔地夾在兩片膠板之間，膠片上放上軟墊可減少夾壓的不適感，施行時會取得兩個角度。普遍來說，施行時不會感到痛楚，即使乳房細小的婦女亦可接受這種檢測法。乳房 X 光造影的放射會引發癌症僅為一種理論，而且只是以大劑量放射來作推斷，實際上並未有過引發了癌症的案例，X 光造影的放射劑量約為 0.3 to 0.4 毫希，遠低於全年在香港每天自周圍環境中攝取的 2-3 毫希輻射量。

乳房 X 光造影也有一些限制，有患者要被召回接受第二次檢測，也有人要接受活組織檢查來確定，有少數因乳房組織過於密集影響造影效果，以致腫瘤未被發現。據美國防癌工作小組 (USPSTF) 指出，乳房 X 光造影檢測可能會導致焦慮，擔心要接受第二次檢測、活組織檢查或誤診。也有可能發生假陽性診斷和不必要的治療，而被診斷出患上晚期乳癌的個案只減少了 10%。不過，著名醫學界人士批評這些統計的收集方法和結果，Mayo Clinic 的 Dr. Pruthi 說：「醫生無法界定腫瘤是致命的乳癌還是良性的，故此每年接受乳房 X 光造影仍是及早檢測出乳癌和降低死亡率的最佳選擇。」評估乳房 X 光造影檢測效果的 Cochrane Collaboration Review 認為此檢測「儘管能降低乳癌死亡率，卻無助降低所有死亡率」。但倫敦 Lincoln's Inn Fields 數學系的 SW Duffy 教授卻說，Review 的作者「過分依賴獨斷的原則，沒有對統計資料作足夠不偏不倚的評估」。

婦女患乳癌風險和普查的指引(美國放射學會(ACR)及美國癌症學會(ACS))

所佔女性人數比例	類別	描述	乳房 X 光造影的指引
~80%	一般風險	沒有可見風險的婦女	ACR 及 ACS: 從 40 歲起每年進行乳房 X 光造影普查
~15%	中度風險	一生中有 15%至 20%患乳癌風險，即婦女曾確診： <ul style="list-style-type: none">● 小葉增生● 非典型型導管增生● 原位癌● 入侵性乳癌或卵巢癌	ACR: <ul style="list-style-type: none">● 由確診起每年進行乳房 X 光造影例行檢查● 可考慮每年附加進行磁力共振掃描 ACS 的建議: <ul style="list-style-type: none">● 由確診起每年進行乳房 X 光造影例行檢查● 可向醫生諮詢磁力共振掃描

~5%	高風險	一生有>20%患乳癌風險，即婦女 <ul style="list-style-type: none"> ● BRCA 1, BRCA 2 基因變異 ● 家族有 BRCA 基因變異歷史但本人未接受基因測試 ● 直系家屬有 BRCA 基因變異歷史而在更年期患有乳癌或卵巢癌 ● 曾在 10 至 30 年內因霍奇金病接受「斗蓬野輻射」 	ACR 及 ACS: <ul style="list-style-type: none"> ● 從 30 歲起或比最年輕的親屬確診乳癌的年齡少 10 歲起每年進行乳房 X 光造影例行檢查 ● 接受「斗蓬野輻射」的病人，在接受輻射 8 年(但不早於 25 歲)起每年進行乳房 X 光造影例行檢查 ● 從 30 歲起每年進行磁力共振掃描
-----	-----	--	---

所有一般至高風險類別的婦女都建議她們接受乳房 X 光造影，沒有其他檢查方法，不管是超聲波、磁共振、核醫學、申氧基異丁基異脞、正電子掃描、正電子乳房 X 光造影(PEM)或熱電阻抗檢查，都無法取代乳房 X 光造影檢測法。乳房 X 光造影是唯一被證實可降低乳癌死亡率的檢查方法。

香港乳癌普查始祖——東華三院分享

東華三院自 1991-2 年在廣華醫院推出為期 2 年的試點研究後，即在 1993 年分別於廣華醫院及東華東院設立 2 家婦女健康普查中心，開展乳房 X 光造影普查服務，深受香港婦女歡迎，接受普查的婦女從 1993 年的 3,163 名增至 2011 年的 18,781 名。

接受乳房 X 光造影的婦女都沒有患癌症狀，但至今已確診 1,068 宗乳癌個案，粗略統計的檢測率為每 1,000 宗檢測有 5.2 宗，符合國際檢測標準。確診個案中，81.5%屬 0-1 期，52.6% 的腫瘤屬尺寸最小型 (<1.5 厘米)，這兩項數據相比國際標準的 > 50% 和 > 30% 還要好。

有人憂慮乳房 X 光造影會得出假陽性結果及需要覆檢，為患者和她們的家人帶來焦慮，但其實東華三院的覆檢率僅為 8.8%，低於國際標準的 < 10%。不正常檢測結果的陽性預測值為 5.8%，亦在國際建議的 5-10% 標準範圍之內。

基於三大因素令乳房 X 光造影檢查如此成功：1. 一群富經驗而專業的醫生、放射專家和護士；另外醫護人員每星期亦會開例會討論不正常的檢查報告，進一步提高服務質素；2. 中心擁有最尖端的儀器，例如數碼 X 光造影儀器，數位化乳房斷層合成技術和電腦輔助檢測儀器等；3. 不斷改進服務，例如以電子化 X 光造影紀錄供審核和作資料分析。

乳房普查對香港乳癌狀況的影響

自 90 年代初推出首項自願性乳房 X 光造影檢測計劃以來，乳癌患者有年輕化趨勢。據香港乳癌基金會的乳癌資料庫收集到的資料——香港至今最大規模的乳癌資料系統顯示，由檢查所發現的腫瘤都屬初期階段，腫瘤體積較小，較多能採用乳房保留的手術，較少發生淋巴核浸入和可較少採用化療。香港婦女應被告知乳房 X 光造影檢查的好處和潛在危險，然後由她們自己決定是否參加檢查計劃。無論如何，應讓有需要的婦女可得到有質量保證的檢查計劃。

由香港賽馬會慈善基金捐助的香港乳癌基金會屬下乳健中心，成立於 2011 年 5 月，至今，這個以社區為服務對象的中心，已在全港超過 16 個地區為 27,500 名婦女舉行外展乳健教育講座，並為婦女提供乳房檢測服務，截至今年 3 月 31 日，已有超過 9,550 人接受過檢查，當中 41% 是低收入的婦女。165 名婦女被檢測出患有乳癌。其中 0.6% 於檢測前沒有徵兆，數字與外國檢測結果相約，5% 在檢測前已有徵兆，但不為患者注意。反映本港社區乳癌發病情況普遍及對乳健服務的需求殷切。

香港乳癌基金會乳健中心，是為香港婦女提供質素高、有組織、受監察和收費合理的乳癌檢查計劃的典範，它成功提高了市民對乳癌的認知，尤其是低收入家庭婦女的認知，填補了社會上乳健服務的不足，令社區廣泛受惠。

從婦女角度看乳癌普查

婦女憂慮乳癌檢查的風險是很自然的，包括出現假陽性結果的可能性，而這種可能性是每 1,000 個檢查中平均會有 50-200 個案。但研究結果顯示婦女寧接受假陽性結果的可能性，也不欲錯過真陽性癌症診斷。

她們的另一憂慮是誤診，即檢查所發現的腫瘤是原可不必理會亦不會致命，意味著亦會帶來不必要的治療和手術，及隨之而來的焦慮和併發症。誤診的確切比率很難統計，但推想約為 24% 左右，而誤診與挽回生命的比例是 2 比 1。在一項對接受了檢查的婦女所進行的研究(看後附參考)的結果顯示，87% 認為檢查是個好主意；56% 表示即使發現的是生長緩慢的腫瘤，亦願意接受檢查。醫護人員應向她們解釋檢查的好處和壞處，有助婦女作出是否接受檢查的決定。

從公共衛生角度看現行的乳房普查

子宮頸普查模式是一個成功的例子可挽救許多婦女的生命，及早治療有潛在致命性的疾病可降低所需治療的侵害性，延長壽命和改善患者生活質素。另一方面，所有檢查都有潛在危險，因為接受檢查的都是看來健康的人。假陽性結果會帶來焦慮和不必要的治療。然而，任何檢查計劃的好

處都必會多於壞處。推行全婦女檢查無可否認需投入巨大的資源，但應與治療晚期乳癌病人所需投入的資源作比較。普查計劃需要謹慎的籌劃和推行。

乳癌是婦女面對的嚴重健康問題，乳房普查已在全球 30 多個國家實行，已證實確能降低乳癌死亡率。到底在香港應否推行乳房普查一直是爭議性的問題，儘管在年輕婦女中對此普查的認同和要求提供普查服務的呼聲日增。香港政府癌症專家工作小組 (CEWG) 顯然是不贊成在香港推行全婦女普查計劃；但根據世界衛生組織 Wilson & Jungner 準則提出的數據資料，則顯示香港推行乳房檢查是恰當的。不幸的是，由於有關香港的結論是引申自海外數據，未必能代表香港的實際情況，故其應受性被質疑。因此，本港急需進行自行性的研究，以應付這重要的公共健康問題。

結論

政府應提倡婦女對乳癌的認知及關注自己的乳房健康，再者，世衛組織以從各國收集到的有關乳房普查和當地經濟狀況的資料為依據，建議有良好醫療基礎的國家應提供乳房 X 光造影檢查，而在中等和低收入國家，應提倡教育婦女注意乳癌的早期徵兆，知道何種情況下要見醫生接受乳房檢查。

香港是經濟發達地區，有迫切需要處理乳癌個案日增的問題，計劃及早發現和治療的更佳控制措施。現提出以下建議：

1. 在社區加強乳健教育和對乳癌的認識。
2. 為要求檢查的婦女提供服務，應設立更多有質素保證、受監察的檢查中心和推行有組織的普查計劃。
3. 應盡快推行本港婦女乳健普查計劃可行性的研究。
4. 向公眾發表更多癌症專家工作小組有關乳癌的看法和建議，考慮擴大醫療專業人士和社區之間就乳癌問題的一次性或持續性的溝通。

參考文獻

1. American Cancer Society. Cancer Screening Guidelines: American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer. Last medical review: 04/23/2013. Last Revised: 05/03/2013.
2. Australian Institute of Health and Welfare 2009. BreastScreen Australia monitoring report 2005-2006. Cancer series no. 48. Cat. No. CAN 44. Canberra: AIHW.
3. Beckett JR, Kotre CJ and Michaelson JS. Analysis of benefit: risk ratio and mortality reduction for the UK Breast Screening Programme. Br J Radiol. 2003 May;76(905):309-20.
4. Biesheuvel C, Weigel S and Heindel W. Mammography screening: evidence, history and current practice in Germany and other European countries. Breast Care (Basel). 2011;6(2):104-109.
5. Bihrmann K, Jensen A, Olsen AH, et al. Performance of systematic and non-systematic ('opportunistic') screening mammography: a comparative study from Denmark. J Med Screen. 2008;15(1):23-6.
6. Bryant H and Mai V. Impact of age-specific recommendation changes on organized breast screening programs. Prev Med. 2011 Sep;53(3):141-3.
7. Department of Health, Executive Yuan, Republic of China. 2011 Taiwan Public Health Report. Assessed at: http://www.doh.gov.tw/ufile/doc/Taiwan_Public_Health_Report2011.pdf.
8. Epidemiology & Disease Control Division. Ministry of Health, Singapore. National Health Surveillance Survey 2007.
9. Evans A and Whelehan P. Breast screening policy: are we heading in the right direction? Clin Radiol. 2011 Oct;66(10):915-9.
10. Fletcher SW. Breast cancer screening: a 35-year perspective. Epidemiol Rev. 2011 Jul;33(1):165-75.
11. de Gelder R, Bulliard JL, de Wolf C, et al. Cost-effectiveness of opportunistic versus organized mammography screening in Switzerland. Eur J Cancer. 2009 Jan;45(1):127-38.
12. GLOBOCAN 2008, International Agency for Research on Cancer. Cancer Fact Sheet. Assessed at: <http://www.globocan.iarc.fr/factsheet.asp>
13. Hellquist BN, Duffy SW, Abdsaleh S, et al. Effectiveness of population-based service screening with mammography for women ages 40 to 49 years: evaluation of the Swedish Mammography Screening in Young Women (SCRY) cohort. Cancer. 2011 Feb 15;117(4):714-22.
14. Hendrick RE. Radiation doses and cancer risks from breast imaging studies. Radiology 2010; Oct 257(1): 246-53.

15. Hendrick RE, Klabunde C, Grivegnee A, et al. Technical quality control practices in mammography screening programs in 22 countries. *Int J Qual Health Care*. 2002 Jun;14(3):219-26.
16. Hersch J, Jansen J, Irwig L, et al. How do we achieve informed choice for women considering breast screening? *Prev Med*. 2011 Sep;53(3):144-6.
17. Hong Kong College of Radiologists Mammography Statement. 9 May 2006.
18. Johns LE and Moss SM; Trial Management Group. Randomized controlled trial of mammographic screening from age 40 ('Age' trial): patterns of screening attendance. *J Med Screen*. 2010;17(1):37-43.
19. Kalager M, Zelen M, Langmark F, et al. Effect of screening mammography on breast-cancer mortality in Norway. *N Engl J Med*. 2010 Sep 23;363(13):1203-10.
20. Klabunde CN, Sancho-Garnier H, Taplin S, et al. Quality assurance in follow-up and initial treatment for screening mammography programs in 22 countries. *Int J Qual Health Care*. 2002 Dec;14(6):449-61.
21. Lam HS. Updates in breast cancer screening. *J HK Coll Radiol* 2004;7:171-180.
22. Law J and Faulkner K. Cancers detected and induced, and associated risk and benefit, in a breast screening programme. *Br J Radiol*. 2001 Dec;74(888):1121-7.
23. Lee CH, Dershaw DD, Kopans DD, et al. Breast cancer screening with imaging: recommendations from the Society of Breast Imaging and the ACR on the use of mammography, breast MRI, breast ultrasound, and other technologists for the detection of clinically occult breast cancer. *J Am Coll Radiol*. 2010 Jan;7(1):18-27.
24. Lehman CD, Isaacs C, Schnall MD, et al. Cancer yield of mammography, MR and US in high-risk women: prospective multi-institution breast cancer screening study. *Radiology*. 2007; Aug;244(2):381-8.
25. Leung AW, Mak J, Cheung PS, et al. Clinicopathological correlates in a cohort of Hong Kong breast cancer patients presenting with screen-detected or symptomatic disease. *Hong Kong Med J*. 2007 Jun;13(3):194-8.
26. Miles A, Cockburn J, Smith RA, et al. A perspective from countries using organized screening programs. *Cancer*. 2004 Sep 1;101(5 Suppl):1201-13.
27. Moss SM, Cuckle H, Evans A, et al. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up: a randomized controlled trial. *Lancet*. 2006 Dec 9;368(9552):2053-60.
28. National Cancer Institute. International cancer screening network. Breast Cancer Screening Programs in 26 ICSN Countries, 2012: Organization, Policies, and Program Reach. Accessed at : <http://appliedresearch.cancer.gov/icsn/breast/screening.html>.

29. Perry N, Broeders M, de Wolf C, et al. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition – summary document. *Ann Oncol*. 2008 Apr;19(4):614-22.
30. Ramos M, Ferrer S, Villaescusa JJ, et al. Use of risk projection models to estimate mortality and incidence from radiation-induced breast cancer in screening programs. *Phys Med Biol*. 2005 Feb 7;30(3):505-20.
31. Rosenberg RD, Yankaskas BC, Abraham LA, et al. Performance benchmarks for screening mammography. *Radiology*. 2006 Oct; 241(1):55-66.
32. Saslow D, Boetes C, Burke W, et al. American Cancer Society guidelines for Breast Screening with MRI as an adjunct to mammography. *CA Cancer J Clin*. 2007 Mar-Apr; 57(2):75-89.
33. Schqartz LM, Woloshin S, Sox HC, et al. US women' s attitudes to false positive mammography results and detection of ductal carcinoma in situ: cross sectional survey. *BMJ*. 2000 Jun 17;320(7250):1635-40.
34. Stout NK, Rosenberg MA, Trentham-Dietz A, et al. Retrospective cost-effectiveness analysis of screening mammography. *J Natl Cancer Inst*. 2006 Jun 7;98(11):774-82.
35. US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2009 Nov 17;151(10):716-26, W-236.
36. Vogel VG. Breast cancer prevention: a review of current evidence. *CA Cancer J Clin*. 2000 May-Jun;50(3):156-70.
37. Woloshin S and Schwartz LM. The benefits and harms of mammography screening: understanding the trade-offs. *JAMA*. 2010 Jan 13;303(2):164-5.
38. World Health Organization, 2013. Breast cancer: prevention and control. Assessed at: <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/> .