Mammografins förmåga finna högriskfallen är nyckelfrågan

Ingvar Andersson efterlyser i sitt inlägg i Läkartidningen 32–33/96 att debatten kring mammografiscreeningen borde centreras kring »balansen mellan vinster i form av räddade liv och skadliga effekter i form av t ex upptäckt av biologiskt insignifikant cancer».

Alldeles riktigt måste diskussionen föras på detta plan. Eftersom slutmålet med allmän screening är att minska dödligheten i bröstcancer, måste man därför tidigarelägga diagnosen av de tumörer som annars skulle leda till fjärrmetastas och bröstcancerdöd. Därmed ställs kravet på röntgenologen att kunna hitta just dessa så kallade högriskfall. Om röntgenologen däremot konsekvent hittar de biologiskt mindre signifikanta fallen uteblir vinsten i form av räddade liv.

Mortaliteten minskade

I Kopparberg – Östergötland (WE)-studien och i Stockholmsstudien började mortalitetsminskningen synas redan 4 respektive 5 år efter randomiseringen, och den är efter 16 respektive 12 års uppföljning fortfarande påvisbar [1, 2]. Detta är ett resultat av att man upptäckte de lågt och medelhögt differentierade cancerfallen tidigare än de diagnostiserades i kontrollgruppen (Figur 1). Vinsten är klart övervägande, även om det säkert upptäcktes en del biologiskt mindre signifikanta cancerfall, där möjligheten till en mindre radikal behandling utgör vinsten.

Balans uppnås

Figur 2 visar att mortalitetsminskningen under de första tio åren i Malmöstudien uteblev, trots att många cancerfall hittades i screeningen. Inte ens i den senaste uppföljningen av Malmöstudien till och med 1993 kan man se någon nedgång av dödlighet i bröstcancer. Det är dessutom anmärkningsvärt att Malmö i åldersgruppen 50–59 endast påvisar överdödlighet, medan man i Stockholm och i WE-studierna redovisar mortalitetsminskning med 44 procent (relativ risk 0,56, 95 procents konfidensintervall 0,31–1,0) respektive 35 procent (relativ risk 0,65, 95 procents konfidensintervall, 0,48–0,87) i samma åldersgrupp.

Upptäcktes inte

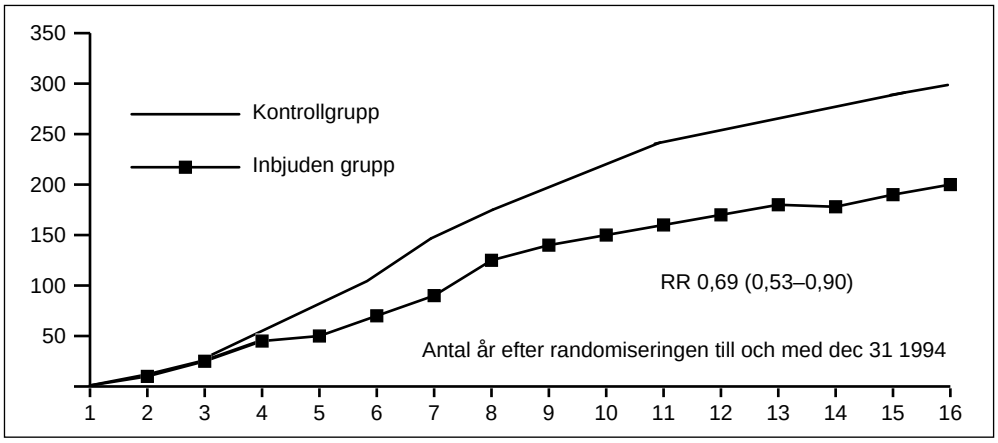
Malmöstudiens avvikande resultat kan förklaras av att högriskfallen inte upptäcktes i screeningen, vilket ledde till hög dödlighet bland intervallcancerfallen (RR=2,3, P= 0,001) [3]. Det är uppenbart att om man kan hitta högriskfallen minskar man dödligheten, och därmed uppnå en gynnsam balans mellan nytta och potentiell risk. Under utbyggnaden av den landsomfattande hälsoundersökningen har detta visat sig vara reproducerbart [4].

En debatt kring balansen mellan vinster i form av räddade liv och eventuellt skadliga effekter är välkommen. Vi ser fram emot en detaljerad redovisning av orsaken till avsaknaden av mortalitetsminskningen i Malmöstudien.

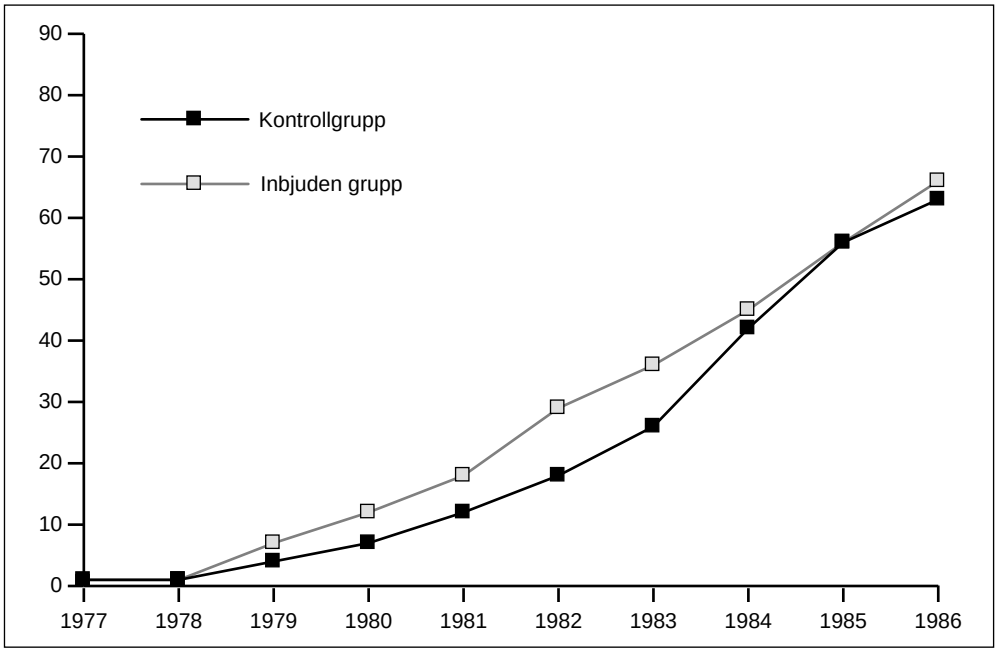
László Tabár
chefsöverläkare,
mammografiavdelningen,
Falu lasarett

Referenser

1. Tabár L, Fagerberg G, Chen HH, Duffy SW, Smart CR, Gad A et al. Efficacy of breast cancer screening by age. New results from the Swedish two-county trial. Cancer 1995; 75: 2507-17.
2. Frisell J, Lidbrink E, Hellström L, Rutqvist LE. Followup after 11 years – Update of mortality results in the Stockholm mammographic screening trial. In: Mammographic Screening for Breast Cancer – Aspects on Benefits and Risks. Thesis, Stockholm 1995.
3. Andersson I, Aspegren K, Janzon L, Landberg T, Lindholm K, Lindell F. Mammographic screening and mortality from breast cancer: the Malmö mammographic screening trial. BMJ 1988; 297: 943-8.
4. Thurfjell E. Mammography screening. Methods and diagnostic results. Thesis, Uppsala 1995.



Figur 1. Tidig upptäckt av lågt differentierade cancerfall i screeningen resulterar i mortalitetsminskning ett fåtal år efter randomisering. Diagram från WE-studien [konferensmanual till den internationella konferensen i Falun, mars 21–22, 1996] visar kumulativ frekvens av bröstcancerdöda bland kvinnor i åldersgrupp 40–74 med lågt differentierad duktal cancer.



Figur 2.
Bröstcancerdödlighet i Malmöstudien bland kvinnor i åldersgruppen 45–64 [3].