

# Screening med mammografi uppfyller kraven på hälsokontroll

**G**öran Sjönell och Lars Ståhle redovisar i Läkartidningen 8/99 en grundlig och kritisk inventering av mammografiscreening i valda delar av Sverige, dess utveckling och utfall. De fann marginella vinster i överlevnad och en onödigt hög frekvens återkallande för utredning av »friska» kvinnor och ifrågasätter därför nyttan med fortsatt mammografisk hälsokontroll [1].

Flera krav måste ställas på hälsokontroll. Den skall t ex vara till nytta för individen, dvs genom tidig upptäckt av sjukdomen befrämja individens fortlevnad. Den skall vara reproducerbar och leda till låg morbiditet. Alla dessa förutsättningar uppfylls av mammografiscreeningen i Sverige.

Det är också önskvärt att hälsokontrollen är billig. Idag har alla kvinnor i vissa åldersgrupper och som bor i Sverige tillgång till mammografiscreening. Vid jämförelse med andra medicinska åtgärder, t ex hypertonscreening, som Sjönell och Ståhle nämner, är mammografisk hälsokontroll inget högstkostnadsalternativ om man beräknar kostnaden per räddat liv [2]. Den »vilda» screeningen är som författarna riktigt påpekar dyr, vilket också kommenteras i Socialstyrelsens nyutkomna allmänna råd, SOSFS 1997: 27M, och en rapport [3]. Den begränsas dock nästan helt till storstäder där det ännu finns tillgång till mammograförer.

## Primär behandling botar flertalet vid tidig upptäckt

Bröstcancer är kvinnans vanligaste tumörsjukdom, med nära 6 000 nya fall per år i Sverige. Den har ett mycket va-

rierande förlopp, vilket är oförklarligt och gäckar både forskare och kliniker. Bröstcancer kan ibland likna andra kroniska sjukdomar; överlevnadstiden är lång, och patienter kan leva länge recidivfria eller med lokala tumöråterfall. Varje återfall innebär emellertid ett stort trauma för patienten. Även om det inte är livshotande är det en stor fysisk och psykisk påfrestning, särskilt när tumörsjukdomen till slut blir okontrollerbar.

Vid avancerad sjukdom har palliativa åtgärder – metastaskirurgi, polykemoterapi, behandling med antiemetika, smärtstillning m m – bidragit till att höja livskvaliteten för de drabbade. Kostnaderna för recidiverande cancer och palliativ sjukdomsbehandling är avsevärt högre än för primärbehandling.

Motståndare mot mammografiscreening anför ofta, liksom Sjönell och Ståhle, att mortaliteten inte har påverkats sedan screeningen infördes. Vad som däremot sällan nämns är att med tidig upptäckt av de icke palpabla tumörerna är prognosen utmärkt och att huvuddelen av patienterna botas med primär behandling [4].

## Betydande förbättringar men atypiska fynd ett problem

Motargumentet, att screening upptäcker kliniskt betydelselösa cancer-tumörer, förblir ännu oemotsagt, eftersom vi inte vet tillräckligt om biologin för de små tumörer som tas bort. Vi saknar också prediktiva faktorer för de mest eller minst aggressiva formerna. Inom ramen för en nationell prospektiv studie utförs idag inte axillkirurgi på kvinnor vars tumörer är mindre än 10 mm. Det har således skett en betydande utveckling under de senaste åren vad gäller både primär och adjuvant behandling, något som bör påverka bl a överlevnadssiffrorna.

Det är ett problem, vilket Sjönell och Ståhle riktigt påpekar, att hälsokontroller selekterar fram för många mammo-gram med atypiska fynd. Här har radio-

*Vid en inventering, utförd på uppdrag av Socialstyrelsen inom projektet »Aktiv uppföljning», av mammografiverksamheten i tre län visade sig alla enheter ha mycket hög kvalitet, låg återkallelsefrekvens, liten andel kirurgiska biopsier och hög andel diagnostiserade cancerfall primärt. Av 1 000 screenade kvinnor återkallades 2–3 procent vid de tre enheterna, varefter i medeltal tre fall av cancer upptäcktes.*

## Författare

KERSTIN SANDELIN

docent, kirurgiska kliniken, Karolinska sjukhuset, vetenskaplig sekreterare i Svensk förening för bröstkirurgi, Svensk kirurgisk förening.

loger, kirurger, onkologer och patologer ett gemensamt ansvar att driva diagnostiken så att återkallelsefrekvensen i sådana fall hålls låg. I och med att Socialstyrelsens nya allmänna råd innebär utökad screening för kvinnor i yngre åldersgrupper (40–49 år) ökar antalet oklara fall och därmed antal diagnostiska ingrepp, vilket visats tidigare [3, 5].

Då expertgruppen och referensgruppen bakom dessa råd stött sig på svenska data, som i kliniska studier visar en överlevnadsvinst i denna åldersgrupp, blir beslutet rent politiskt att väga nyttoeffekten mot kostnaderna.

### Viktigt klarlägga varför kallade inte deltar

Att värdera konsekvenserna för återkallade kvinnor och att utreda varför kvinnor inte hörsammar kallelse till undersökning är viktigt. I Sverige har dessa frågor belysts av Lidbrink och medarbetare i två publicerade studier [6, 7]. De fann att återkallade kvinnor upplevde en period av psykisk stress, som dock avtog när hotet om cancer var undanröjt, dvs efter ca tre veckor.

De kvinnor som inte hörsammat kallelsen kunde indelas i två grupper. De sanna vägrarna avböjde all form av mammografi på grund av rädsla eller ointresse. I denna grupp fanns fler fall av avancerad cancer än i en klinisk kontrollgrupp. Kvinnor i den andra gruppen genomgick klinisk mammografi eller hade av andra skäl förbisett kallelsen. Prognosen för denna grupp vara likadan som för den screenade.

### Stickprov tyder på att kvaliteten är hög

I en bilaga till Socialstyrelsens allmänna råd om hälsoundersökning med mammografi [3] finns expertgruppens rekommendationer för kvalitetssäkring med rekommenderade riktlinjer och gränsvärden. Vid en inventering, utförd på uppdrag av Socialstyrelsen inom projektet »Aktiv uppföljning», av mammografiverksamheten i tre län vi-

sade sig alla enheter ha mycket hög kvalitet, låg återkallelsefrekvens, liten andel kirurgiska biopsier och hög andel diagnostiserade cancerfall primärt. Av 1 000 screenade kvinnor återkallades 2–3 procent vid de tre enheterna, varefter i medeltal tre fall av cancer upptäcktes. Resultaten utgör stickprov, men de talar ändå emot den »kliniska prövningseffekten» som Sjönell och Ståhle diskuterar.

Jämförelser med amerikanska material kan vara riskabla, då incitamenten för kirurgisk biopsi är både legala och pekuniära. I och med att mellannålsbiopsi (core biopsy) och riktade biopsier införs kommer behovet av kirurgi att minska.

### Viktigt dokumentera etik och kvalitet

Att sjukdomsetikettering skulle drabba kvinnor som genomgår hälsokontroll med mammografi förefaller väl spektakulärt – den risken torde vara större vid hypertonscreening. De aspekter på etik och kvalitet som Sjönell och Ståhle slutligen tar upp är väsentliga och viktiga. Genom att varje enhet håller en intern kvalitetskontroll enligt rekommendationerna tillgodoses dessa krav.

Vid årets kirurgvecka i Norrköping kommer mammografiscreeningen att granskas i ett symposium med särskild tonvikt på hög kvalitet.

### Referenser

1. Sjönell G, Ståhle L. Hälsokontroller med mammografi minskar inte dödlighet i bröstcancer. *Läkartidningen* 1999; 96: 904-13.
2. Tengs TO, Adams ME, Pliskin JS, Safran DG, Siegel JE, Wienstein MC et al. Five hundred life saving interventions and their cost-effectiveness. *Risk Anal* 1995; 15: 369-90.
3. Socialstyrelsen. Hälsoundersökning med mammografi. SOS-rapport 1998: 17.
4. Azavedo E, Fallenius A, Svane G, Auer G. Nuclear DNA content, histological grade and clinical course in patients with non palpable mammographically detected breast adenocarcinomas. *Am J Clin Oncol* 1990; 13: 23-7.

5. Frisell J, Lidbrink E. The Stockholm Mammographic Screening Trial: Risks and benefits in age group 40–49 years. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1997; 22: 49-51.

6. Lidbrink E, Elfving J, Frisell J, Jonasson E. Neglected aspects of false positive findings of mammography in breast cancer screening: analysis from the Stockholm trial. *BMJ* 1996; 312: 273-6.

7. Lidbrink E, Frisell J, Brandberg Y, Rosendahl I, Rutqvist L. Aspects of nonattendance in the Stockholm mammography trial. Relative mortality and reasons for non attendance. *Breast Ca Res Treat* 1995; 35: 267-75.

*Se även kommentar från Socialstyrelsen på sidan 1050.*