

utgör ett säkrare underlag för riskbedömning.

Vår forskning

Vår forskning om användning av mobiltelefoner och risken för hjärntumörer bekostas av Rådet för arbetslivsforskning (RALF), Cancer- och allergifonden, samt lokala forskningsfonder i Örebro (Cancerfonden vid Regionsjukhuset samt Stiftelsen Nyckeln), dvs allmänhetens pengar. Att låta bli att informera om eventuella risker och de möjligheter som finns till begränsning av exponering vore oetiskt.

Gränsvärden kan variera

Martin Lindeblad är jurist vid MTB (MobilTeleBranschen). Det är knappast annat att förvänta sig än att branschen hänvisar till åsatta gränsvärden, som dock kan variera beroende på vilket land det gäller.

Som ett exempel på den osäkerhet som råder kan nämnas att ICNIRP (International Commission on Non Ionizing Radiation) anger sitt »mobiltelefonvärde» till 2 W/kg mätt över 10 g vävnad, medan i USA använder man 1,6 W/kg över 1 g vävnad. Det senare medför betydligt hårdare krav än det förra.

”I en fungerande demokrati krävs riskkommunikation mellan forskare och samhället i övrigt. Detta ger möjlighet för den enskilde individen att ta ställning till nya forskningsrön och att tillämpa försiktighetsprincipen, även om myndigheter ej anser att begränsning av exponering är nödvändig.”

Den bakgrundsdokumentation som finns bakom dessa värden – dvs vad gäller lokal exponering – är mycket begränsad, och här finns ett stort forskningsbehov att täcka.

Vad gäller t ex INCIRPs värden bygger dessa på den grumling av linsen som sker vid exponeringsnivåer på 100 W/kg. För yrkesverksamma tar man till en säkerhetsfaktor på 10 och kommer till 10 W/kg – och det är det värde man t ex

använder i England och som starkt kritiserades i den sk Stewart-rapporten [4]. För allmänheten finns sedan ytterligare en säkerhetsfaktor på 5 och då hamnar man på 2 W/kg.

Alla är rörande överens om att detta värde skyddar mot katarakt. Emellertid visar beräkningar att endast mindre än 1 procent av dosen absorberas av ögat. Finns andra effekter än linsgrumling att ta hänsyn till? Bör annat gränsvärde gälla för barn och unga än för vuxna?

Referenser

1. Editorial. Caution required with the precautionary principle. *Lancet* 2000; 356: 265.
2. Hardell L, Näsman Å, Pahlson A, Hallquist A, Hansson Mild K. Use of cellular telephones and the risk for brain tumours: A case-control study. *Int J Oncol* 1999; 15: 113-6.
3. Hardell L, Näsman Å, Pahlson A, Hallquist A. Case-control study on radiology work, medical x-ray investigations, and use of cellular telephones as risk factors for brain tumours. *MedGenMed* May 4, 2000. Available at: <http://www.medscape.com/Medscape/GeneralMedicine/journal/2000/v02.n03/mgm0504.hard/mgm0504.hard.html>.
4. IEGMP. Independent Expert Group On Mobile Phones. Mobile phones and health. Chilton, Didcot: Independent Expert Group On Mobile Phones, 2000. Available at: <http://www.iegmp.org.uk>

Cervixscreening – på god vetenskaplig grund

Släng inte ut barnet med badvattnet i kritiken mot verksamheten!

Kan tillfredsställande epidemiologisk bevisning ske i en situation där prospektiva randomiserade studier inte kan gö-

ras? Vår uppfattning, som delas av världsledande epidemiologer, är att så är fallet med cervixcancerscreening.

Den stora mängd observationsstudier med konsistenta data som visat screenings värde ger sammantaget en tung bevisning för att screening med cytologi och åtföljande behandling av dysplasier ger en substantiell minskning av incidens och mortalitet i cervixcancer [1].

Evidence Based Medicin baserat på Best Medical Evidence kan vara tillräckligt bra!

Nödvändiga cellprovskontroller

Peter Bistoletti ifrågasätter (*Läkartidningen* 37/00, sidan 4042) screeningen därför att den inte fortsätter att ge en signifikant incidenssänkning år från år. Han ger uttryck för något som liknar en fundamental missuppfattning när han av detta antyder att hela verksamheten med cellprovskontroll och behandling av dysplasier har varit meningslös under de senaste 10 åren. Den kraftiga incidens- och mortalitetssänkning som

Författare

BJÖRN STRANDER

sekreterare i Arbets- och referensgruppen för gynekologisk hälsokontroll (HARG) inom Svensk förening för obstetrik och gynekologi; överläkare vid kvinnokliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/gynekologmottagningen, Mölnlycke
bjorn.strander@swipnet.se

BENGT ANDRÆ

ordförande i HARG; överläkare vid kvinnokliniken, Länssjukhuset Gävle-Sandviken bengt.andrae@lg.se

WALTER RYD

docent, enhetsöverläkare för cytolo-

gi, laboratoriet för patologi och klinisk cytologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset; ordförande i kvalitetskommittén för vaginalcytologi, Svensk förening för patologi och Svensk förening för klinisk cytologi

THOMAS RÅDBERG

med dr, överläkare, dysplasiavårdsansvarig, enheten för gynekologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

PÄR SPARÉN

forskare, dr med sc, institutionen för medicinsk epidemiologi, Karolinska institutet, Stockholm.

Par.Sparen@mep.ki.se

”Den stora mängd observationsstudier med konsistenta data som visat screenings värde ger sammantaget en tung bevisning för att screening med cytologi och åtföljande behandling av dysplasier ger en substantiell minskning av incidens och mortalitet i cervixcancer.”

uppnått fram till 1990 skulle inte bestå om cellprovskontrollerna upphörde.

Negativ utveckling i Lettland

Utvecklingen i de baltiska staterna belyser detta på ett beklämmande sätt. Efter bara några år utan organiserad screening har man i Lettland kunnat notera en minskning av preinvasiva förändringar i absoluta tal och en kraftig omfördelning av cancerfall; 45 procent av cervixcancer 1998 upptäcktes i avancerat stadium jämfört med 28 procent 1987 [Silins I, Dept of Gynecologic Oncology, University Hospital, Riga, Latvia, pers medd].

Cervixcancern har minskat

Bistoletti menar också att cervixcancer aldrig har varit en vanlig tumör i Sverige. Detta är fel. Under 1960-talet var cervixcancer den tredje eller fjärde vanligaste tumören bland kvinnor, med omkring 7 procent av de kvinnliga cancerfallen, dvs lika vanlig som koloncancer.

Idag är cervixcancer den 14:e vanligaste tumören med endast cirka 2 procent av de kvinnliga cancerfallen! Den stora minskningen har skett av skivepitelcancer i de mest screenade ålderskohorterna. Minskningen har varit 75–80 procent om man jämför kvinnor födda på 1960-talet med dem som föddes på 1920-talet [2].

Cytologi inget idealiskt test

Är cytologi ett idealiskt screeningstest? Nej, och det har ingen hävdad. PB slår in öppna dörrar och pekar på välkända brister i sensitivitet. Det är däremot ytterst tveksamt om de siffror han redovisar är representativa för svenska

laboratorier. Nu gällande rekommendationer för screening är upplagda för att kompensera för den bristande sensitiviteten. Om testet hade 100-procentig sensitivitet skulle ett prov cirka vart tionde år ge ett tillfredsställande skydd. Nu rekommenderas i stället provtagning vart tredje år.

Adenokarcinom

Det är naturligtvis ett bekymmer att även kvinnor som deltar i screeningen kan drabbas av cervixcancer, ofta då adenokarcinom där cytologi har stora begränsningar. Icke desto mindre har screeningen stort värde för upptäckt av invasiv cervixcancer i tidigt stadium där liv, biverkningar, kostnader och ofta även fertilitet kan sparas [3].

Ett väl så stort problem som sensitivitet är egentligen cytologins bristande specificitet att frikänna de kvinnor som inte skulle utveckla cervixcancer. Cytologi är långt ifrån perfekt, men är det hittills bästa verktyget, och ger goda resultat om hela kedjan av deltagande, provtagning, diagnos, behandling och uppföljning fungerar tillfredsställande.

Förbättringsarbete pågår – första nationella mötet i höst

Det arbete Bistoletti efterlyser för att förbättra den ofta mycket eftersatta screeningverksamheten pågår. Lokalt bedrivs på många håll ett omfattande kvalitetsarbete. Databaser samordnas. Det bedrivs forskning i Sverige både kring cytologi och HPV-teknologi, men också om viktiga »mjuka» kunskaper såsom kvinnors attityder till screeningverksamheten. Internet används allt mer som en viktig källa till information till allmänheten, ett sorgligt eftersatt område. Möjligheterna att samordna, utveckla och förbättra verksamheten är goda.

Med denna utgångspunkt hålls det första nationella mötet kring kvalitets-säkring och utveckling av cervixcancer-screening den 13 oktober i Stockholm.

Referenser

1. Pontén J, Adami HO, Bergström R, Dillner J, Friberg LG, Gustafsson L et al. Strategies for global control of cervical cancer. *Int J Cancer* 1995; 60: 1-26.
2. Bergström R, Sparén P, Adami HO. Trends in cancer of the cervix uteri in Sweden following cytological screening. *Br J Cancer* 1999; 81: 59-166.
3. Sigurdsson K. The Icelandic and Nordic cervical screening programs: Trends in incidence and mortality rates through 1995. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78: 478-85.

Lokaliserad prostatacancer – ska patienten eller doktorn välja behandling?

I Läkartidningen 36/00 (sidorna 3870-4) beskriver docent Jan Adolfsson det dilemma som både läkaren och patienten ställs inför när behandling ska väljas vid lokaliserad prostatacancer.

Flertalet botbara tumörer har ett långsamt naturlförlopp och det saknas resultat från randomiserade studier som kan tala om för oss vilka patienter som har glädje av kurativt syftande behandling. Ska en symptomfri patient genomgå en behandling med omedelbar risk för biverkningar för att eventuellt ta hem en vinst i form av förlängd överlevnad efter ett decennium eller mer? Om man beslutar sig för kurativt syftande behandling ställs man åter inför ett vägval: kirurgi, extern strålbehandling eller brakyterapi? Åter saknas randomiserade, jämförande studier.

Patienten vill veta vad doktorn tycker

Adolfsson skriver: »Det blir därmed patienten med lokaliserad prostatacancer som utifrån sina egna förutsättningar måste ta en aktiv del i valet av behandling».

Givetvis ska patienten erbjudas att ha ett avgörande inflytande över vilken behandling som väljs, men min egen erfarenhet av diskussioner med män i denna situation är att många av dem, efter att ha fått information om de olika möjligheterna, frågar: »Vilken behandling är bäst för mig? Vad tycker du? Det är du som är doktor!».

Det vetenskapligt riktiga svaret är då: »Jag vet inte, och ingen annan heller». Men ett sådant svar vältrar över ansvaret på patienten, vilket säkerligen ger honom betydande ångest, både inför valet och efter detsamma (»Valde jag rätt?»).

Erfarenheter från telefonlinje

Ett par veckors erfarenheter från CTRFs Cancerlinjen (Cancer- och trafikskadades riksförbund), en telefonlinje dit allmänheten kan ringa och ställa frågor om cancer, har förstärkt detta in- ▶