

”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- ▶

ANNONS

tryck. Åtskilliga bekymrade män ringde och sa ungefär: »Läkaren sa att jag hade prostatacancer, och nu måste jag inom två veckor välja om jag ska opereras eller strålas».

Får inte lämnas i sticket

Som jag ser det får patienten inte lämnas i sticket med ett så omfattande beslut. Han har också rätt att *avstå* från att ta aktiv del i detta val. Alla patienter ska givetvis informeras både muntligt och skriftligt om de behandlingsalternativ som är rimliga i just deras fall, och därefter få tid att smälta informationen.

Somliga kommer då tillbaka och säger »Jag vill opereras!», medan andra är övertygade om att de vill strålbehandlas och ytterligare några önskar avstå från behandling så länge som möjligt. Dessa patienter ska förstås behandlas i överensstämmelse med sina önskemål, och det ska ske i andan av att deras val är det rätta för just dem som individer.

Många är obeslutsamma

En mycket stor del av patienterna kommer emellertid tillbaka förvirrade och obeslutsamma. De vill helt enkelt att vi ska besluta åt dem. Då sätts vår lyhördhet på prov; ofta kan man vid samtalet förstå vad patienten har för känslor inför de olika alternativen även om dessa inte uttalas öppet.

I sådana fall ser jag det som vår uppgift att avlasta patienten hans beslutsångest genom att klart och tydligt rekommendera den behandling som vi tror är den bästa för denne patient, och dessutom få honom att tro på att denna är den bästa för just honom. Därmed får vi också vara beredda att ta ansvaret för eventuella bakslag i form av svåra biverkningar eller sjukdomsprogress. Rimligen mår patienten bättre av att vara besviken för att läkaren »valt fel» än att själv ta på sig skulden för ha gjort ett val som upplevs felaktigt.

Utnyttja vår magiska effekt

Detta sätt att handlägga patienternas valsituationer kan kanske upplevas betungande för läkaren, men vi får i dessa tider, präglade av evidensbaserad medicin, inte glömma bort att utnyttja den smått magiska effekt som vårt personliga bemötande kan ha för att förbättra patientens välbefinnande!

Ola Bratt

ST-läkare, urologsektionen, Helsingborgs Lasarett AB
ola.bratt@telia.com

Prevalensen av karpaltunnelsyndrom oförändrad under en 20-årsperiod

Den färskta detaljerade artikeln om prevalensen av karpaltunnelsyndrom av Atroshi och medarbetare i *Läkartidningen* [1] framhåller författarna att »Prevalensen av karpaltunnelsyndrom i den vuxna befolkningen ... är okänd», att bara *en* populationsbaserad studie påträffats vid en litteratursökning samt att »Prevalensen i befolkningen samt riskfaktorer har nu för första gången studerats i en stor populationsbaserad undersökning».

Publicerade studie av prevalensen 1982

Möjligen är detta ett exempel på ett tidigare litteratur ej är indexerad i *Medline*. Undertecknade har tidigare just i *Läkartidningen* presenterat en uppskattning av prevalensen i en populationsbaserad studie av frekvensen av domnade fingrar i ett statistiskt urval av 813 vuxna svenskar [2].

Vi finner det intressant att överensstämmelsen är så pass god mellan vår prevalensuppskattning av karpaltunnelsyndrom i denna studie, där den var av samma storleksordning som den beräknade frekvensen av »säkerställt karpaltunnelsyndrom» i Atroshi och medarbetares skånska material.

Livlig diskussion om genesen till domnade fingrar

Under början på 1980-talet diskuterades för övrigt genesen till domnade fingrar livligt i *Läkartidningen* [3-10]. Uppmärksamheten beträffande domnade fingrar kom att ligga till grund för förslag till utredningsgång ur såväl neurologisk [11] som handkirurgisk synvinkel.

Innan besvären med domnade fingrar uppmärksammades var remisser med frågeställning karpaltunnelsyndrom ovanliga, men idag är detta en av de vanligaste frågeställningarna vid neurofysiologisk utredning.

Undersökningens bakgrund

Det var med tanke på debatten om hur vanligt förekommande domnade fingrar var i populationen som vår prevalensundersökning gjordes 1982 [2]. Vi fann då att 8,9 procent hade återkommande domning i fingrarna. En

majoritet av dessa hade suspekt karpaltunnelsyndrom motsvarande 2,1±1,3 procent av befolkningen (med en övervikt för kvinnor), vilket sannolikt inte skiljer sig signifikant från de siffror som nu presenterats av Atroshi och medarbetare i *Läkartidningen* [1].

Yrkesmedicinskt intressant

Således kan man konstatera att prevalensen för karpaltunnelsyndrom tycks har varit konstant under ca 20 år. Detta är av intresse inte minst ur yrkesmedicinsk synvinkel då karpaltunnelsyndrom kan framkallas av olika exogena faktorer och borde kunna förväntas öka med tanke på användande av »datormus» etc.

Kristian Borg

docent

Ulf Lindblom

professor emeritus, neurologiska kliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm

Referenser

1. Atroshi I, Gummesson C, Johnsson R, Ornstein E, Ranstam J, Rosén I. Prevalensen för kliniskt säkerställt karpaltunnelsyndrom 4 procent. *Läkartidningen* 2000; 97: 1668-70.
2. Borg K, Lindblom U. »Domnade fingrar» – var tionde vuxen svensk lider av symtomet. *Läkartidningen* 1982; 79: 2531-32.
3. Edshage S, Forssblad P, Ejeskär A, Hagert CG, Lundborg G, Sollerman C. Varför domnar fingrarna när man sover? Replik LE Böttiger, U Lindblom. *Läkartidningen* 1981; 78: 322.
4. Moberg E. Debatt om domnade fingrar illustrerar brister på vardagsnyttig kunskap. Replik Ulf Lindblom. *Läkartidningen* 1981; 78: 1064.
5. Sälgeback S. Visst är symtomen ofta transitoriska! *Läkartidningen* 1981; 78: 1064.
6. Engborg I. Domnade händer hos allmänläkaren. *Läkartidningen* 1981; 78: 1065.
7. Edshage S, Forssblad G, Sollerman C. Precisering om nattlig domning av fingrar. Ge inte upp – särskilt inte vid diabetes. *Läkartidningen* 1981; 78: 1297.
8. Bohman A. Domnade händer – överdrivs frekvensen? *Läkartidningen* 1981; 78: 1418.
9. Lindblom U. Domnade fingrar – en slutreplik. *Läkartidningen* 1981; 78: 1450
10. Nørgren L, Arneklo-Nobin B, Ribbe E. Domnade fingrar – flera aspekter. *Läkartidningen* 1981; 78: 1654.
11. Borg K, Lindblom U. Domnade fingrar – en översikt och ett utredningsförslag. *Läkartidningen* 1983; 80: 5076-80.