

Angeläget att utvärdera screening för bukaortaaneurysm i Sverige

Den viktiga frågan är huruvida risken för död till följd av den sjukdom som är målet för screening kan reduceras, och detta krav är uppfyllt vid screening för abdominella aortaaneurysm (AAA). Vi vill upprepa vår slutsats i artikeln, nämligen att screening för AAA framstår som en metod som räddar liv till en rimlig kostnad. Det är angeläget att man startar en sådan verksamhet i Sverige och att man utvärderar effekten av screening under svenska förhållanden.

JESPER SWEDENBORG
professor, kärkirurgiska kliniken,
Karolinska sjukhuset, Stockholm
jesper.swedenborg@ks.se

II Vår artikel om screening för abdominella aortaaneurysm (AAA) [1] har kommenterats av Jan Frisell och Jörgen Nordenström [2], som anför ett flertal negativa aspekter av ett screeningprogram men däremot undanhåller de positiva effekterna. De bygger sin kommentar till stora delar på krav som uppställts av WHO. Att döma av deras slutsatser förefaller de dock hålla med oss om att WHOs krav i allt väsentligt är uppfyllda vad avser screening för AAA.

Ingen sänkning av totalmortaliteten

Ett av kommentatorernas huvudargument är att screening inte är berättigad eftersom den totala dödligheten inte skiljer sig mellan kontrollgrupp och screenad grupp. Det är en orimlighet att ställa upp ett sådant krav; inget annat screeningprogram uppfyller sådana kriterier, ej heller screening för bröstcancer. Den viktiga frågan är huruvida risken för död till följd av den sjukdom som är målet för screening kan reduceras, och detta krav är uppfyllt vid screening för AAA.

Till följd av ökad användning av ultraljudsundersökningar och datortomografi ser vi idag ett stort antal patienter med AAA där diagnosen är ett bifynd. De som har stora aneurysm opereras ofta med viss skyndsamhet för att undvika risken för ruptur. De som har mindre aneurysm kontrolleras enligt de riktlinjer som angivits i vår artikel. Det är svårt att förstå att sluppen skall styra vilka patienter som skall behandlas för sina AAA.

I kommentaren anger Frisell och Nordenström: »man måste göra en klar skillnad mellan naturlig död och dödsfall som inträffat till följd av sjukvårdinsatser«. Anser de att död till följd av ett

odiagnostiserat aortaaneurysm är en naturlig död?

Är individer med AAA friska?

Frisell och Nordenström är ibland slarviga med adjektiven. När ett AAA är oupptäckt rubricerar de patienterna som »friska« för att därefter påpeka hur sjuka de egentligen är när frågan om operation blir aktuell. Det är värt att påpeka att mortaliteten vid elektiv operation för AAA är 3,2 procent enligt svenska kärllregistret, alltså lägre än de siffror som anges.

I kommentaren föreslås att man bör invänta den randomiserade studie som jämför endovaskulär behandling med öppen kirurgi för AAA. Resultatet av en sådan studie kommer dock icke att påverka frågan om screening.

Endovaskulär behandling kan i bästa fall minska den kirurgiska dödligheten, men den involverar uppföljningsundersökningar under flera år, och den endovaskulära behandlingen kan inte helt kan eliminera risken för ruptur. Dessutom är inte alla patienter tillgängliga för endovaskulär behandling, och långtidsresultaten är ej säkert visade.

MASS-studien

Frisell och Nordenström baserar sig till stora delar på »the Multicenter Aneurysm Screening Study (MASS)«. Denna studie är förvisso den största som undersökt effekten av screening, men den har detta till trots vissa svagheter. För det första är uppföljningstiden relativt kort, i medeltal 4 år. För det andra är registreringen av död till följd av aneurysm i kontrollgruppen osäker, eftersom dödsdiagnoserna endast i undantagsfall baserade sig på obduktioner. För en patient som drabbas av plötslig död där förekomst av AAA ej är känd är det osannolikt att dödsdiagnosen blir AAA. Detta faktum gör att effekterna av screening kommer att underskattas.

MASS och ytterligare två randomiserade studier, från Chichester i England och Viborg i Danmark, liksom ytterligare icke randomiserade studier visar klart att screening minskar frekvensen av ruptur till hälften. Vid ruptur dör hälften av individerna innan de når sjukhus; den andra hälften opereras, varvid cirka 40 procent överlever. Alla som opereras kommer dock att behöva intensivvård, vilket innebär lidande för såväl individen som anhöriga samt höga kostnader.

För de patienter som opereras uppkommer ofta svåra etiska överväganden rörande fortsatt aktiv behandling om organfunktionerna sviktar. Om antalet rupturer och därigenom operationer för rupturer kan minskas till hälften skulle detta leda till avsevärda vinster i form av minskat lidande.

Handläggning av små AAA klarlagd

Vid screening för AAA kommer 95 procent av männen att avföras från programmet, eftersom de inte har någon vidgning av aorta. Detta är värdefull information när kunskapen om AAA och dess följdverkningar blir alltmer spridd i en mer informerad befolkning. Hos 0,5 procent kommer ett AAA med en diameter överstigande 5 cm att upptäckas. Hos sådana patienter bedöms risk-vinstbalansen vara sådan att risken för ruptur överstiger den kirurgiska mortaliteten.

De som har mindre aneurysm kommer att följas upp för att rekommenderas operation när aneurysmet uppnått en diameter om 5 eller 5,5 cm.

Denna strategi grundar sig på den stora engelska undersökningen »The Small Aneurysm Trial«. En hel del av patienterna i denna undersökning kom dock att opereras innan aneurysmet översteg 5,5 cm beroende på att symtom utvecklades.

Kriterierna för hur patienter med små aneurysm skall följas upp är, i motsats till vad Frisell och Nordenström anger, således väl klarlagda. Möjligen finns en osäkerhet om patienterna skall rekommenderas operation vid 5 eller 5,5 cm diameter. Denna skillnad påverkar dock slutsatserna i vår artikel i ringa grad.

I kommentaren anfördes att andra sjukdomar kommer upptäckas vid en screening och att detta kommer att leda till problem. Detta är ej fallet – undersökningen syftar endast till att mäta aortas

diameter och involverar inte undersökning av andra intraabdominella organ.

Etiska frågor viktiga

Kommentaren koncentrerar sig också på de etiska frågorna kring screening. Detta är viktiga aspekter som vi också har försökt att belysa. I den skisserade dialogen mellan husläkaren och den individ som kan bli föremål för screening försöker Frisell och Nordenström att belysa dessa problem. Dialogen hade blivit annorlunda om individen hade diskuterat frågeställningen med en bättre informerad läkare. Den etiska problematiken kan uppdelas i två delar: dels huruvida individen vill få reda på om han har eller inte har ett AAA, dels hur man förfar med den individ som visar sig ha ett AAA. I det senare fallet kan ytterligare undersökningar med s.k. »time trade off«-metodik ge svar på hur individerna värderar risken för död efter operation kontra vinsten av att ej behöva drabbas av ruptur av ett AAA.

Starta screening i Sverige

Slutligen håller vi med kommentatorerna om att en undersökning bör göras i Sverige. Dock bör vi ej vänta på att man i utlandet gör de undersökningar som behövs för ett eventuellt svenskt beslut – vi har i Sverige väl så goda förutsättningar för att göra en sådan utvärdering. En randomiserad studie för att enbart utreda om screening minskar antalet rupturer förefaller ej motiverad, eftersom det ärklarat att detta mål kan uppnås med screening. Dessutom är antalet aneurysm i Sverige i den modell som vi skisserar – screening enbart av 65-åriga män – för litet för att göra en sådan undersökning inom rimlig tid.

Ett alternativ vore att de landsting som anser att screening är motiverad genomför en sådan i en noggrann uppföljning. Vi vill därför uppge vår slutsats i artikeln: »Sammanfattningsvis ter sig således screening för AAA som en metod som räddar liv till en rimlig kostnad vid fullt utbyggt program. Det är angeläget att en sådan verksamhet startar i någon del av Sverige och att man utvärderar effekten av screening under svenska förhållanden.«

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Swedenborg J, Björck M, Wanhainen A, Bergqvist D. Screening för bukaortaaneurysm räddar liv till rimlig kostnad. *Läkartidningen* 2003;100:1886-90.
2. Frisell J, Nordenström J. Screening för bukaortaaneurysm – ett kontroversiellt förslag. *Läkartidningen* 2003;100:1874-6.

Ensam och isolerad

II Den 24 april på kvällen visade TV4s Kalla Fakta ett BBC-program om Mordechai Vanunu, mannen som i tidningen Sunday Times avslöjade Israels kärnvapenprogram i Dimona och som en följd av detta kidnappades av israeliska agenter i Rom. Han dömdes i en hemlig rättegång som förrädare av staten Israel till ett exemplöst hårt fängelsestraff och har bl a uthärdat 11 år i isoleringscell.

Programmet fick mig att gå till bokhyllan och plocka fram boken »Ett år på sextioalet« av Olof Lagercrantz, där författaren i slutet på kapitlet »Gensvar« skriver: »Den som är ensam vet ingenting om sig själv. Han vandrar i en labyrint som är hans eget jag och i de överallt upphängda speglarna ser han sin bild. Men då bilderna han betraktar inte står i förbindelse med någon annan än honom själv kan han inte avgöra deras art. Om han frusit till is, om han stelnat till en staty, om han förvandlats till ett monster, om han, som trodde sig god, endast har sitt eget intresse och sina egna njutningar som sitt mål, förmår han inte urskilja ...

Om då en väns röst når in i denna ensamma värld spritter han till. Det behö-

ver inte vara något märkvärdigt, blott en kommunikation har öppnats« [1].

Föreningen Svenska Läkare mot kärnvapen har engagerat sig i Vanunus öde. Vi arbetar för hans frigivning och för att han skall få lämna Staten Israel efter sitt frigivande. Brev kan skickas till Mordechai Vanunu, Shikma Prison, Ashkelon, Israel.

Frågan om var gränsen går för hur fångar får behandlas har också nyligen tagits upp på ledarplats i British Medical Journal under titeln: »Fighting 'terrorism' with torture. Torture is a form of terrorism: there are no justifications for it« [2]. Denna artikel rekommenderas på det varmaste.

Jann Storsaeter

*barnläkare, Stockholm, medlem i Svenska Läkare mot kärnvapen
jann.x.storsaeter@gsk.com*

Referenser

1. Lagercrantz O. Ett år på sextioalet. Stockholm: Wahlström & Widstrand; 1990:240.
2. Summerfield D. Fighting »terrorism« with torture. Torture is a form of terrorism: there are no justifications for it. *BMJ* 2003;326:773-4.

Samtal i PSA-butiken

II Samtalet äger rum sedan doktorn undersökt en urologiskt symtomfri 63-årig man med palpatoriskt benign, måttligt förstörd prostata.

Pat: Så skulle jag vilja ta det där cancerprovet sp nånting.

Dr: Du menar säkert PSA.

Pat: Ja, just de. Då kan man ju upptäcka en cancer tidigt och bota den.

Dr: Nu är ju PSA inte något specifikt cancerprov utan mera ett uttryck för mängden prostatavävnad. Det kan också vara förhöjt vid godartad prostataförstoring och även vid inflammationer i prostatan och efter samlag och utlösning.

Pat: Jaså.

Dr: Om vi nu tar provet och finner ett förhöjt PSA-värde behöver det alltså inte betyda att du har en prostatacancer. Nästa steg brukar dock bli att man tar prov från prostatan. Det sker med hjälp av mellangrova nålar under ultraljudskontroll. Provtagningen är förenad med vissa obehag och kan ibland förorsaka blödning och infektion.

Pat: De låter inte som nån höjdare.

Dr: Nu är det även så att i din åldersgrupp finns det mikroskopisk cancer i en hög andel av prostatakörtlarna. En form av cancer som vanligtvis ej behöver ge några besvär under din återstående livs-

tid. Man kan dock fånga upp några av dessa cancerceller vid provtagningen. Behandlingsalternativen är då radikaloperation eller full strålbehandling. Båda behandlingarna är förenade med vissa biverkningar som allvarligt kan försämra livskvaliteten. Många gånger är ingreppet ej heller radikalt, dvs man har lämnat cancer kvar i kroppen och det kräver i sin tur ytterligare behandling. Om man nu utsätter en symtomfri patient i din ålder för dessa biverkningsrisker måste man ju som kompensation kunna erbjuda honom en överlevnadsfördel av behandlingen. Det har man tyvärr ej kunnat visa fullt ut. Man har i en studie kunnat visa en viss reduktion av den cancerrelaterade dödligheten, dock till priset av att många patienter opererats i onödan. Det här var mycket information, men vill du nu fortfarande att vi tar det där PSA-provet eller skall vi fortsätta att kontrollera din prostata här med vissa intervall?

Pat: Jag tror jag väntar med provet.

Dr: Då är du välkommen tillbaka om ett år och då kanske vi vet lite mer om den här problematiken.

Jan Byström

*med dr, docent, Stockholm
janby@spray.se*