

Skrämselpropaganda om mammografi

Man kan fråga sig varför Jørgensens och Gøtzsches arbete får så stor uppmärksamhet när originalarbetena inte fått det? Svaret kan vara att studien, liksom tidigare arbeten av kända mammografikritiker, har en underton av braskande avslöjande att det inte går att okritiskt lita på sjukvården eller experters konsensus.

Karsten Jørgensen och Peter Gøtzsche från Cochraneinstitutet i Köpenhamn lyfter i artikeln »Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends« [1] fram problemet med att mammografiscreeningen inte har precisionen att diskriminera mellan de cancrar som oupptäckta skulle ha lett till döden respektive inte ha lett till döden, och alltså resulterar i en överdiagnostik.

Artikeln är en översikt av litteratur som redovisat trender i incidens under minst sju år före respektive efter införandet av mammografiscreening. Av 2 546 träffar vid litteratursökningen utgör endast fem studier underlag för studien, vilka avser ett område i Kanada, ett i Australien, fyra fylken i Norge (storstadsområden), Storbritannien samt Sverige. Författarna har inte redovisat exklusionskriterierna men tycks ha prioriterat nationella studier framför regionala.

De har estimerat överdiagnostiken i Sverige genom att först beräkna bakgrundsincidensen för bröstcancer innan allmän screening startade (1971-

1985) och sedan extrapolerat den linjära trenden 1998–2006, dvs nio år. Skillnaden mellan den faktiska incidensen och den estimerade var för kvinnor 50–69 år i Sverige 46 procent givet att cancer in situ utgör 10 procent. Konklusionen är att screeningen resulterar i en överdiagnostik, dvs att 46 procent fler cancrar upptäcks i onödan, eftersom de inte skulle ha upptäckts kliniskt under uppföljningsperioden, och att detta resulterar i en onödig överbehandling. De visar också att i Kanada, Sverige och Norge följs den s k prevalenspuckeln (de prevalenta fall av cancer som hittas i samband med att screeningprogrammet startar) av en kompensatorisk nedgång i den grupp som på grund av hög ålder exkluderats ur programmet, men att denna nedgång inte sker i Storbritannien och Australien.

För närvarande finns endast ett fåtal studier i Sverige där man försökt beräkna överdiagnostiken. Jørgensen och Gøtzsche refererar endast till Jonsson et al [2], som i sin studie av elva landsting fann att incidensen av invasiv bröstcancer hos kvinnor 50–59 och 60–69 år ökat med 54 respektive 21 procent jämfört med tiden före screening efter justering för »lead-time« (tiden mellan screeningupptäckt och när en cancer ger symtom). Duffy et al [3] visade senare att om man i åldersgruppen 50–59 år också justerar för behandling mot bortfalls-symtom (hormonersättningsterapi, HRT) minskade incidensökningen till 39 procent. Den mest relevanta studien är emellertid, eftersom underliggande incidensförändringar inte påverkar beräkningen, Sofia Zackrissons et al:s 15-årsuppföljning [4] av den randomiserade studien i Malmö där över-

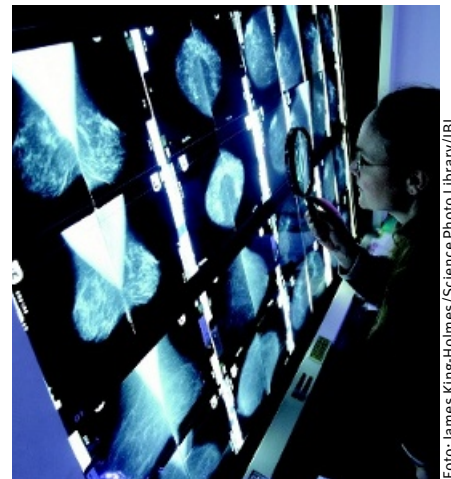


Foto: James King-Holmes/Science Photo Library/IBL

»Det finns i dag inget test som kan visa om en specifik kvinnas cancer kommer att leda till död eller inte. Däremot vet vi att 30 procent färre kvinnor dör av bröstcancer som ett resultat av mammografiscreening.«

diagnostiken var 10 procent i den inbjudna gruppen jämfört med kontrollgruppen.

Extrapolering av bakgrundsincidens-trender för beräkning av incidensökning/överdiagnostik förutsätter att riskfaktormönstret är konstant. Magnusson och Reeves [5] använde Banks et al:s [6] modell för att beräkna antalet bröstcancerfall i åldersgruppen 50–64 år på grund av HRT under klimakteriet och fann att av 18 916 bröstcancerfall under 1990-talet kunde 3 440 förklaras av hormonbehandling, dvs 22 procent.

Därtill kan konstateras att en annan viktig riskfaktor, moderns ålder vid första barnets födelse, ökat från 24 år 1972 till 30 år 2007 och att ökningen tilltagit över tid. Dessutom tillkommer prevalenta fall årligen i screeningen genom dem som inbjuds/deltar för första gången, vilket också ger en incidensökning som inte kan räknas som överdiagnostik.

Konklusionen måste ändå anses vara att det finns en reell incidensökning, som bl a kan bero på screeningen. Magnituden på 46 procent är sannolikt en grov överskattning. Frågan är också om det ska kallas överdiagnostik? Hur skiljer sig en invasiv bröstcancer som är »överdiagnostiserad« från en som inte kan räknas som överdiagnostiserad? Hur identifierar man vilken duktal cancer in situ som kan komma att progrediera till invasiv? Givetvis är det omöjligt i det enskilda fallet.

Är detta en viktig nyhet? Redan i Cancerkommitténs betänkande »Cancer« (SOU 1984:67) diskuterades problemet med det snäva »fönster« där



SVEN TÖRNBERG

docent, överläkare, avdelningschef, enheten för hälsounder-sökningar, Onkologiskt centrum, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm
sven.tornberg@karolinska.se



LENNARTH NYSTRÖM

epidemiolog, biostatistiker, epidemiologi och global hälsa, institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet
lennarth.nystrom@epiph.umu.se

mammografin ska hitta den invasiva canceren i tidig, botbar fas utan att alltför många kvinnor utsätts för onödigt överdiagnostik, med vilket menas alla kvinnor som inte bedöms som normala på mammografin. I betänkandet framhålls behovet av en utredningskedja som minimerar risken att någon kvinna behandlas i onödan. Däremot definieras inte behandling av morfologiskt konfirmerad invasiv bröstcancer som överbehandling.

Man kan fråga sig varför Jørgensens och Gøtzsches arbete får så stor uppmärksamhet när originalarbetena inte fått det? Svaret kan vara att studien, liksom tidigare arbeten av kända mammografikritiker, har en underton av braskande avslöjande att det inte går att okritiskt lita på sjukvården eller experters konsensus. Det intressanta är vilket inflytande denna typ av rapport får på screeningprogrammen. I Danmark har Gøtzsche tillsammans med kollegor publicerat en pamflett (finns på Cochraneinstitutets webbplats) som lyfter fram vilken risk för skada som en enskild kvinna löper om hon okritiskt väljer att delta i screening. De skriver exempelvis: »Hvis man screener 2 000 kvinder regelmæssigt gennem 10 år ... vil 10 raske kvinder som følge af screeningen unødigt blive betragtet og behandlet som kræftpatienter.« Med en annan inställning kan samma budskap givetvis också formuleras som att en deltagare har 99,9 procents chans att slippa just detta!

Att publicera skrämselpropaganda är oseriöst och bidrar till minskat förtroende för sjukvården och minskat deltagande i screeningen. Alla inom vården har erfarenhet av svårigheten att förklara skillnaden mellan negativ bieffekt och skada, där det senare är något oförväntat, men den som vill förmedla en negativ bild använder givetvis termen skada. De flesta kvinnor som väljer att delta i mammografiscreening gör det rimligen för att få bekräftat att de inte har en cancer.

Bröstcancer är en sjukdom som obehandlad i de flesta fall leder till en för tidig död. Det finns i dag inget test som kan visa om en specifik kvinnas cancer kommer att leda till död eller inte. Våra strategier för att minska kvinnors risk att onödigtvis dö i bröstcancer i förtid är att diagnostisera cancer i botbar fas och att ge behandling för att minska risk för återfall.

Dock kan vi aldrig veta om en mammografiskt upptäckt cancer hos en en-

»I Sverige har vi ingen anledning att vara självgoda. Många landsting kan inte redovisa statistik över mammografiscreeningen.«

skild kvinna leder till att just hon råddats till livet eller om det i just hennes fall var en cancer som hon aldrig skulle fått några problem av. Inte heller vet vi att just den aktuella patienten är den som drar nytta av den adjuvanta strålbehandling eller kemoterapi. På samma grund kan vi heller inte veta om en viss rökande individ kommer att få lungcancer och om därmed rådet att sluta röka för just henne eventuellt var i onödan.

Vad vi däremot vet är att den kvinnliga befolkningen som grupp har ökad risk för bröstcancer av HRT, att 30 procent färre kvinnor dör av bröstcancer som ett resultat av mammografiscreening samt att cirka en tredjedel färre kvinnor dör om de ges adjuvant behandling efter att de opererats för bröstcancer.

Befolkningsinriktad prevention ställer dock stora krav på monitorering och uppföljning av kvalitet och effekt och på att det finns system för att åtgärda kvalitetsbrister. I Sverige har vi ingen anledning att vara självgoda. Många landsting kan inte redovisa statistik över mammografiscreening. Det kan skyllas bl a på ett passivt förhållningssätt från myndighetshåll, där man t ex gått ifrån »Råd och Anvisningar« och ersatt dessa med riktlinjer som bara anger åldersgrupper och intervall men som inte ger vägledning i hur screening bör organiseras, kommuniceras till befolkningen och följas upp, dvs landstinget får uppfinna sina egna lösningar. EU däremot har omfattande s k guidelines [7], som Sverige på så sätt måste förhålla sig till eftersom vi saknar egna.

Ett annat problem är att det IT-stöd (radiologiskt informationssystem, RIS) som är det dominerande i Sverige prioriterat det digitala arbetsflödet framför möjligheten att registrera de utfallsmått som den vidare utredningen innebär. Publikationen »Nationella jämförelser« saknar alltså data över mammografin, eftersom sådana inte går att ta fram! Vid internationella förfrågningar rörande mammografin i Sverige har data från framför allt Stockholm och Norrland lämnats som exempel då flera landsting inte kunnat redovisa någon statistik.

Vad som är värre är att det finns

landsting som inte kallar alla kvinnor till screening, endast dem som tidigare deltagit. Då kan man inte längre tala om populationsbaserad screening utan snarare om en service till dem som efterfrågar mammografi. Förfarandet resulterar också i ett skenbart för högt deltagande. I Danmark har ett nationellt beslut tagits att göra just på det tokiga sättet!

Det behövs en nationell samordning och rapportering av mammografiscreening där frågor om kommunikation, kvalitetskontroll, deltagande, under- och överdiagnostik kan hanteras av erfarna experter. I dag känner vi bara till hur mammografi fungerar i några få landsting, där situationen ser bra ut, men har begränsad kunskap om övriga. Problemet med att man från myndighetshåll avhänt sig rollen som mottagare av information om hur mammografin fungerar har lett till att kommunikationsavdelningen på Cancerfonden och patientföreningar gått i bräschen för att kartlägga läget i Sverige, trots att de varken har eller ska behöva ha den kompetens som krävs för att rätt utforma enkäter och tolka resultaten.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. *BMJ*. 2009;339:b2587
- Jonsson H, Johansson R, Lenner P. Increased incidence of invasive breast cancer after introduction of service screening with mammography in Sweden. *Int J Cancer*. 2005;117:842-7.
- Duffy SW, Lynge E, Jonsson H, Ayyaz S, Olsen AH. Complexities in the estimation of overdiagnosis in breast cancer screening. *Br J Cancer*. 2008;99:1176-8.
- Zackrisson S, Andersson I, Janzon L, Manjer J, Garne JP. Rate of over-diagnosis of breast cancer 15 years after end of Malmö mammographic screening trial: follow-up study. *BMJ*. 2006;332:689-92.
- Magnusson C, Reeves G. Hormonbehandling i klimakteriet ökar risken för bröstcancer. Behandlingen kan ha gett 3 440 extra fall i Sverige under 1990-talet. *Läkartidningen*. 2005;102:1228-30.
- Banks E, Beral V, Bull D, Reeves G, Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet*. 2003;362:419-27.
- Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L, et al, editors. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. European Commission, 4th ed. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2006.

Fler debattinlägg på sidan 2702.