

Ärlig information om mammografiscreening, tack!

Mammografiscreening har inte hållit vad den lovat. Därför bör dess berättigande omprövas. Den bästa metoden att minska antalet kvinnor som får bröstcancer är paradoxalt nog att avstå från screening.

Det var med stor förvåning som vi konstaterade att Sven Törnberg och Lennarth Nyström [1] syftade på vår forskning om överdiagnostik av friska kvinnor [2] och på vår informationsbroschyr om mammografiscreening [3, 4] med sitt debattinlägg »Skrämselpropaganda om mammografi«. Det förhåller sig nämligen precis tvärtom. Kvinnor har skrämmts till mammografi i många länder, inklusive Sverige [5]. Och det har gjorts på många sätt.

Det är skrämmande att Törnberg och Nyström skriver: »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 givet-

vis termen skada« [1]. Törnberg och Nyström ger uttryck för en paternalistisk inställning som hör hemma i en förgången tid.

Kvinnorna kan själva ta ställning, men det förutsätter att de blir fullständigt och ärligt informerade. Man är faktiskt skyldig enligt lag, åtminstone i Danmark och många andra länder, att upplysa om skadeverkningar. Om vi inte kan publicera skadliga effekter av våra interventioner [2] utan att bli beskyllda för skrämselpropaganda förlorar vi allmänhetens förtroende för hälso- och sjukvården. Vi hoppas att Törnberg och Nyström är ensamma i Sverige om sina synpunkter om censur av vetenskapen.

Svenska kvinnor har inte tillgång till den information som de behöver för att kunna fatta ett välgrundat beslut om att delta i screening eller ej [5]. De flesta får endast kallelse, med tid, plats och pris för undersökningen, och de får ingen information om vare sig gynnsamma eller skadliga effekter [5]. Detta är chockerande när det gäller ett upplyst land som värnar om kvinnors rättigheter och självständighet, i en tradition som går tillbaka ända till vikingatiden. Vi vill därför uppmåna svenska kvinnor att läsa vår informationsbroschyr, som är översatt till svenska [4] och många andra språk <www.cochrane.dk> av

frivilliga, som var missnöjda med att den officiella informationen i deras länder var ensidig och behäftad med fel. Vår folder har av det inflytelserika amerikanska Center for Medical Consumers bedömts vara den första ärliga information om mammografiscreening som skrivits av professionen [6]. Vår kritik av informationsfoldern i Storbritannien har lett till att man har lovat att ändra den [7].

I informationsbroschyrer

upplyser man ofta om hur många kvinnor i ett land som får bröstcancer årligen och hur många som dör av det [8]. Man talar inte om att de flesta får diagnosen först när de är gamla och att många dör av något annat innan bröstcancer blir ett problem. Man förklarar inte heller att livstidsrisken att dö är en irrelevant upplysning när det endast är en viss bestämd åldersgrupp som erbjuds screening. Det som är relevant för kvinnan är att veta hur stor den absoluta risken för att dö av bröstcancer är om hon deltar i screening respektive om hon inte deltar i screening.

Man använder relativa tal för gynnsamma effekter, så att de ser stora ut, och absoluta tal för skadliga effekter, så att de ser små ut. Detta knep använder sig Törnberg och Nyström också av när de säger att den positiva effekten är 30 procent, medan den skadliga effekten drabbar endast 0,1 procent av kvinnorna (de uttrycker sig på ett annat sätt, nämligen att kvinnorna har 99,9 procents chans att inte överbehandlas) [1]. Detta är manipulation när den är som värst, och det är felaktigt eftersom 10 överbehandlade kvinnor på 2 000 [9] inte är 0,1 procent

utan 0,5 procent. På samma sätt är chansen till en effekt på dödligheten i bröstcancer 1 på 2 000 [9], vilket är 0,05 procent i absoluta tal, men denna siffra skulle nog inte få många att delta i screening, så det nämns aldrig.

Vi använder samma måttstock när vi beskriver gynnsamma och skadliga effekter: »Om man undersöker 2 000 kvinnor med mammografi regelbundet i 10 år, kommer 1 av dem att ha nytta av mam-

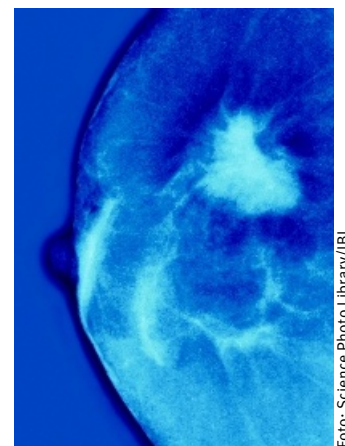


Foto: Science Photo Library/IBL

»Man talar inte om att de flesta får diagnosen först när de är gamla och att många dör av något annat innan bröstcancer blir ett problem.«

mografien, eftersom hon kommer att undgå att dö av bröstcancer. Samtidigt kommer 10 friska kvinnor av de 2 000 deltagarna på grund av mammografien att få diagnosen bröstcancer och bli behandlade i onödan« [4]. Både patienter och läkare har lättare att förstå sådana naturliga frekvenser än relativa tal [10].

Officiellt informationsmaterial överdriver den gynnsamma effekten [5]. Det gör Törnberg och Nyström också. De anger inte någon referens för sin 30-procentsuppskatt-



PETER C GØTZSCHE
direktör, överläkare,
Det Nordiske Cochrane
Center, Rigshospitalet,
Köpenhamn
pcg@cochrane.dk



**KARSTEN JUHL
JØRGENSEN**
läkare, forskare,
Det Nordiske Cochrane
Center, Rigshospitalet,
Köpenhamn
kj@cochrane.dk

ning, men, som vi nämner i vår informationsfolder [4], Nyströms senaste uppdatering av de svenska studierna visade en minskning av dödligheten med 15 procent med en statistisk metod och 20 procent med en annan metod. Vi uppskattade i vår Cochraneöversikt att effekten av mammografiscreening är 15 procent [9], och detsamma gjorde US Preventive Services Task Force [11]. Om effekten hade varit 30 procent hade det varit lätt att se detta i nationell statistik över dödligheten i bröstcancer före och efter att screening införts, men detta ser man inte.

I Europa har reduktionen i dödlighet varit störst hos unga, som inte erbjuds screening [12], och man kan inte se någon effekt alls av screening i Storbritannien [13]. I USA har man skattat effekten till 15 procent [14], men detta orsakas av ett ovanligt brott i kurvan som man inte ser i andra länder och som därför måste vara en tillfällighet [15]. I Danmark har uppskattningen varierat från en minskning på 25 procent, utifrån en mycket komplicerad statistisk modell med icke verifierade antaganden [16], till en ökning av dödligheten [17]. Sjönell och Ståhle påpekade 1999 att man inte kunde se någon effekt av screening i Sverige [18], vilket bekräftas av uppdaterad nationell statistik, som vi räknar med att publicera inom kort från både Sverige och Danmark.

Överdiagnostik är en katastrof för kvinnorna som helt i onödan måste genomgå kirurgisk behandling, strålbehandling och kanske cellgiftsbehandling och leva som cancerpatienter livet ut. Törnberg och Nyström föredrar att kalla detta för en »negativ bieffekt« och beskyller oss för skrämselfpropaganda när vi kallar en skadeverknig för en skadeverknig, vilket man bör göra enligt CONSORT-riktlinjerna [19].

Officiellt informationsmaterial till kvinnorna kallar

» Detta är ju just problemets kärna, att man inte kan skilja farliga tumörer eller cellförändringar från ofarliga, och därför måste man behandla dem alla ...«

skadeverknig för nackdelar och underlåter vanligen helt och hållet att upplysa om den allvarligaste skadeverknigen, överdiagnostik och överbehandling av friska kvinnor [3, 5].

En annan viktig skadeverknig orsakas av att omkring 200 kvinnor av 2 000 som screenas under 10 år kallas till ytterligare, ofta invasiva undersökningar vid misstanke om cancer. Denna psykosociala skadeverknig nedtonas i informationsmaterial till en risk per screeningsrunda [5] (ofta omkring 3–5 procent), medan risken över 10 års tid är omkring 10 procent eller mer [4, 9]. I stora delar av Sverige nämns denna skadeverknig inte alls när kvinnorna kallas till screening [5].

Erbjudande om screening, den vetenskapliga litteraturen, och press och tv kännetecknas av missvisande statistik, relativa riskreduktioner och överdrivna uppskattningar. Denna propaganda har varit ytterst effektiv. En studie [20] visar att 68 procent av kvinnorna tror att screening minskar risken för bröstcancer (screening reducerar inte denna risk; tvärtom ökar screening risken för att få bröstcancer diagnostiserad [2, 9]); att 62 procent tror att screening halverar dödligheten och att 75 procent tror att 10 års screening räddar 10 av 1 000 deltagare (en 20-faldig övervärdering [9]).

En annan studie [21] visar att endast 8 procent är på det klara med att deltagande i screening kan skada friska kvinnor, och att 15 procent tror att deras livstidsrisk för att få bröstcancer är större än

50 procent (en femfaldig övervärdering).

Törnberg och Nyström frågar om ökningen i antal diagnoser ska kallas överdiagnostik och försöker skapa tvivel om vad överdiagnostik är [1]. De frågar hur en invasiv bröstcancer som är överdiagnostiserad skiljer sig från en som inte är överdiagnostiserad. Detta är rent nonsens. Detta är ju just problemets kärna, att man inte kan skilja farliga tumörer eller cellförändringar från ofarliga, och därför måste man behandla dem alla, inklusive carcinoma in situ, som bidrar väsentligt till överdiagnostik [2] men som de inte nämner över huvud taget.

Törnberg och Nyström är ensamma om sina undanflykter. Överdiagnostik av invasiv cancer är välkänt [9], också när det gäller annan cancer [22], och det råder internationell konsensus om att överdiagnostik är påvisad cancer som inte skulle ha påvisats under kvinnornas resterande livstid om de inte hade gått till screening [23]. Detta framgår redan av Forrest-rapporten, som lade grunden för införande av screening för bröstcancer i Storbritannien [24]. Rapporten beskriver vad man kan vänta sig att se i befolkningsstatistiken, om det sker en betydande överdiagnostik – nämligen det vi ser nu och som vi har beskrivit [2].

Törnberg och Nyström hänvisar till en långtidsuppföljning av den randomiserade studie i Malmö som beskrev en överdiagnostik på 10 procent [25], men de nämner inte de två problem som finns med denna uppskattning. Det ena är för-tunningseffekten [26]. Man följde kvinnorna i 15 år efter att studien var avslutad, vilket naturligtvis leder till att överdiagnostiken undervärderas, eftersom många cancerfall inträffar i båda grupperna under en så lång period. Det andra problemet är att en fjärdedel av kvinnorna i kontrollgruppen blev mammograferade under studien. Om man

korregerar för detta problem får man en överdiagnostik på 25 procent [27]. Vi fann 30 procent överdiagnostik i vår metaanalys av de randomiserade studierna [9] och 52 procent i praxis [2].

Mammografiscreening har inte hållit vad den lovat [24]. Därför bör dess berättigande omprövas. Vi vill alla minska antalet kvinnor som får bröstcancer och som dör av bröstcancer, men paradoxalt nog är den bästa metoden att uppnå det första av de två målen att avstå från screening eftersom screening ökar antalet kvinnor med bröstcancer markant [2, 9].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Översättning: Elisabet Ohlin.

REFERENSER

1. Törnberg S, Nyström L. Skrämselpropaganda om mammografi. Läkartidningen. 2009;106:2664-5.
2. Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. *BMJ*. 2009;339:b2587.
3. Gøtzsche P, Hartling OJ, Nielsen M, Brodersen J, Jørgensen KJ. Breast screening: the facts – or maybe not. *BMJ*. 2009;338:446-8.
4. Gøtzsche PC, Hartling OJ, Nielsen M, Brodersen J. Screening för bröstcancer med mammografi. <http://www.cochrane.dk/screening/mammografi-svensk.pdf>
5. Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Content of invitations to publicly funded screening mammography. *BMJ*. 2006;332:538-41.
6. Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(4):CD001877.
7. Woloshin S, Schwartz L, Welch HG. Know your chances – understanding health statistics. Berkeley: University of California Press; 2008.
8. Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, Woolf SH. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2002;137(5 Part 1):347-60.
9. Jørgensen KJ, Brodersen J, Nielsen MN, Hartling OJ, Gøtzsche PC. A cause for celebration, and caution. *BMJ*. 2009;338:1288.
10. Welch HG. Should I be tested for cancer? Berkeley: University of California Press; 2004.

LÄS MER Fullständig referenslista <http://tarkiv.lakartidningen.se>