

# Screening för bukaortaaneurysm – samma kriterier bör gälla i landet



**JESPER SWEDENBORG**, professor emeritus, Institutionen för molekylär medicin och kirurgi, Karolinska institutet, Stockholm; kärllirurgiska kliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Solna  
jesper.swedenborg@ki.se

I detta nummer av Läkartidningen rapporterar Anders Wanhainen et al 4 års erfarenheter av screening för abdominella aortaaneurysm i Uppsala län samt situationen för screeningverksamheten i Sverige. Uppsala var först i Sverige, och detta pionjärbete har stimulerat många landsting att starta screening.

SBU konstaterade i en rapport 2008 att screening för bukaortaaneurysm minskar dödlighet till följd av ruptur och är kostnadseffektiv och etiskt försvarbar. Slutsatserna baserades på randomiserade studier av kohorter av män från 65 år och uppåt med viss variation för den övre åldersgränsen; definitionen av bukaortaaneurysm var aortadiameter 30 mm eller mer.

Anders Wanhainen et al rapporterar skillnader mellan landsting vad gäller definitionen av bukaortaaneurysm baserat på diameter och vilka åldersgrupper som inkluderas. Olikheter i utformning av screening i Sverige kan välla vissa problem, inte minst av etisk natur.

Av artikeln framgår att några landsting har minskat diametergränsen till 25 mm baserat på rapporter som påpekar att individer med aortadiameter 25–29 mm löper risk att drabbas av aneurysmrelaterad död. Av allt att döma görs detta i forskningssyfte för att testa hypotesen att fler liv kan räddas genom att sänka gränsen för definition av bukaortaaneurysm.

Att mätten för definition sänks är ett problem, eftersom den evidensbaserade nyttan av screening som beskrivs ovan baseras på diametergränsen 30 mm. De landsting som sänkt diametergränsen frångår därför de kriterier som baseras på tidigare randomiserade studier. Ett etiskt problem i det aktuella fallet är att

patienter med låg grad av aortavidgning behöver följas under lång tid, eftersom tillväxthastigheten av små bukaortaaneurysm är lägre, och vidgningar med liten diameter kommer att ta längre tid för att nå kritiska gränser för klinisk relevans, om de över huvud taget gör det.

Detta är värt priset om en signifikant sänkning av aneurysmrelaterad död i gruppen 25–29 mm kan påvisas, vilket ska ställas mot den stigmatisering som en del patienter upplever vid denna diagnos. Det är inte bevisat att en signifikant sänkning av aneurysmrelaterad dödlighet i gruppen 25–29 mm kan uppnås genom screening. I sammanhanget bör påpekas att även individer med aortadiameter <25 mm kan drabbas.

Den aktuella hypotesen att uppföljning av män med mindre vidgning av aorta än 30 mm kan rädda fler liv är emellertid en viktig fråga. För att besvara den bör helst en randomiserad studie eller möjligen en noggrann observationsstudie göras. Detta

bör förberedas genom ansökan till etisk kommitté med information till patienterna att man avviker från gängse kriterier för att besvara frågeställningen.

Att införa screening för en stor åldersgrupp, tex 65–75-åringar, under det första året för att därefter screena endast 65-åriga män är logistiskt svårt, speciellt för större landsting. De flesta svenska landsting har därför satsat på att inbjuda 65-åriga män till screening. Individer som bedöms ha aneurysm genomgår fortsatt uppföljning för att kontrollera ytterligare tillväxt. Syftet är att ta ställning till intervention när den gräns uppnås som motiverar operation.

I vissa landsting har dock olika åldersgrupper inbjudits. Vissa inbjuder både 65-åriga och 70-åriga män. Motivet är att man redan efter 5 år när en jämviktsnivå när män i åldern 65–75 år genomgått screening. Om endast 65-åriga män screenas, uppnås denna nivå först efter 10 år. En sådan upphämningsmodell förefaller väl motiverad om den går att genomföra.

Enligt Anders Wanhainen et al väljer dock ett landsting att screena endast

70-åriga män för att hitta flera aneurysm. De randomiserade studier som ligger till grund för screening har inte använt denna åldersgräns. Ju högre ålder inom populationen som screenas, desto lägre blir effekten.

Skillnader mellan olika program kan leda till att individer som kallas ställer sig frågan varför man gör på ett annorlunda sätt i ett annat landsting.

När screening för bukaortaaneurysm är på god väg att bli nationell, vilket antyds i artikeln, vore det av stort värde att samordna programmen så att kriterierna inte skiljer sig mellan landstingen.

I framtiden kan ytterligare frågeställningar uppkomma rörande kriterier för uppföljning. Även sådana, tex nivåer av olika plasmamarkörer, borde granskas i studier och inte testas genom att enskilda landsting ändrar kriterierna. Det är viktigt att landstingen samarbetar så att antalet studerade patienter blir tillräckligt stort för att besvara frågor, inte minst huruvida en ny diametergräns ska införas.

Ett sätt att genomföra detta är att använda en nationell expertgrupp för att samordna screening och definiera frågeställningar som bör analyseras i nationella forskningsprojekt. I artikeln beskrivs en befintlig grupp, som kan utgöra basen för ett sådant samarbete.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## ■ sammanfattat

Landstingens screeningprogram bör samordnas så att samma kriterier för tex ålder och aortadiameter gäller över hela landet.

Det finns en misstanke att fler liv kan räddas genom att minska diametergränsen för definition av bukaortaaneurysm. Detta är dock inte bevisat utan kräver fortsatt forskning.

En nationell expertgrupp bör samordna screening av bukaortaaneurysm och definiera frågeställningar som bör analyseras, vid behov efter bedömning av etisk kommitté. Samverkan mellan svenska landsting kan skapa en unik möjlighet att besvara frågor i stora patientgrupper.