

gav en negativ inverkan på livskvaliteten. Denna försvann dock hos de män som opererades för aneurysmet men kvarstod hos dem som fick konservativ behandling [9]. Relevansen av dessa så kallade generiska mätinstrument i detta sammanhang kan starkt ifrågasättas [10].

I en nyligen publicerad undersökning intervjuades tio män med bukaortaaneurysm påvisat vid screening [11] ett år efter diagnos. De var nöjda med värden och att de levde som vanligt, men tankar på sjukdomen var återkommande. De hade inte tänkt att de skulle kunna ha en förstörd aorta. De män vars bukaorta vuxit sedan föregående undersökningstillfälle uttryckte besvikelse och oro och ansåg att det begränsade deras dagliga aktiviteter. Några av männen uttryckte att det hade varit bättre att ingenting veta.

SBU bör revidera sin rapport från 2008 och, liksom vi, konstatera

- att bukaortascreening inte påverkar den totala dödligheten
- att cirka 70 procent av de män som vid screening konstaterats ha ett bukaortaaneurysm har blivit överdiagnostiserade
- att de psykosociala konsekvenserna av att delta i screening, och särskilt av att få konstaterat ett aortaaneurysm som ska behandlas konservativt, inte är tillräckligt vetenskapligt belysta.

Därför föreslår vi att bukaortascreening hos 65-åriga män upphör.

Screening av män med hög risk, t ex rökning, andra orsaker till arteriosklerotisk sjukdom och hereditet för sjukdomen, kan diskuteras. Utifrån tillgänglig evidens kan det dock inte konkluderas att män med hög risk för aortaaneurysm har mer än teoretisk nytta av screening.

Om bukaortascreening ut-

förs måste informerat samtycke utformas på ett annat sätt än vad som nu är fallet i Region Skåne, Stockholm, Västra Götalandsregionen och Dalarna, som är vad vi haft tillgång till. I inbjudan till och information om screening bör tid och plats för undersökningen inte anges. Den som erbjuds screening ska ha möjlighet att själv beställa tid per telefon eller via Internet. Ett statligt finansierat råd eller myndighet utan särintressen bör ha ansvaret för hur infor-

merat samtycke vid screening utformas.

REFERENSER

1. Wanhainen A, Svensjö S, Tillberg M, Mani K, Björck M. Screening för bukaorta-aneurysm i Uppsala. Goda erfarenheter av de första fyra åren – resten av Sverige är på väg. *Läkartidningen*. 2010;107:2232-6.
2. SBU. Screening för bukaortaaneurysm. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2008. SBU Alert-rapport nr 2008-04.
3. Kim LG, P Scott RA, Ashton HA, Thompson SG. A sustained mortality benefit from screening for abdominal aortic aneurysm. *Ann Intern Med*. 2007;146:699-706.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

7. Thompson SG, Ashton HA, Gao L, Scott RAP. Screening men for abdominal aortic aneurysm: 10 year mortality and cost effectiveness results from the randomised Multicentre Aneurysm Screening Study. *BMJ*. 2009;338:1538-44.
11. Berterö C, Carlsson P, Lundgren F. Screening for abdominal aortic aneurysm, a one-year follow up: an interview study. *J Vasc Nurs*. 2010; 28:97-101.

Läs mer Fullständig referenslista Lakartidningen.se

replik:

SBU:s slutsatser står fast!

■ Hovellius och Brodersen anser att vi på SBU bör revidera vår rapport från 2008 [1] och att screening för bukaortaaneurysm hos 65-åriga män bör upphöra. Vi ser inga som helst skäl att revidera SBU-rapportens centrala budskap. Våra tre slutsatser står fast.

Det finns starkt vetenskapligt underlag för att screening för bukaortaaneurysm leder till minskad dödlighet relaterad till bukaortaaneurysm hos män och att metoden är kostnadseffektiv. Däremot, vilket våra slutsatser också framhåller, är det vetenskapliga underlaget otillräckligt beträffande effekterna av screening för bukaortaaneurysm hos kvinnor. Exakt samma slutsatser drar Cochrane-rapporten från 2011 [2]. Våra slutsatser bygger på att randomiserade studier visat tydligt signifikant lägre aneurysmrelaterad dödlighet med ca 40 procent för män.

Att påvisa effekter på totaldödlighet, som Hovellius och Brodersen förordar, är generellt inte ett realistiskt utfallsmått vid screening i en population där det eftersökta tillståndet är en sällsynt dödsorsak. Detta har därför inte varit någon av frågeställningarna i SBU-projektet. Att reducera dödligheten i bukaortaaneurysm måste vara

ett eftersträvarsvårt mål så länge insatsen i sig inte ökar annan dödlighet. Vid åtgärdade screeningupptäckta aneurysm hos 65-åriga män är den postoperativa mortaliteten hitintills 0 procent.

I den detaljerade delen av rapporten har vi dock på två ställen kommenterat totaldödligheten kring den s k MASS-studien. Där har vi sagt att punktestimatet var 0,96 (med 95 procents konfidensintervall 0,93–1,00) och att det var statistiskt signifikant trots att det övre konfidensintervallet var 1,00. Detta är ett formellt fel, och vi tackar för påpekandet.

Detta förändrar dock inte huvudslutsatserna i de frågeställningar vi behandlat. Resultaten kring totaldödlighet pekar på att det inte finns någon anledning att misstänka att screeningen skulle orsaka ökad dödlighet i andra orsaker. Valet av nivån 95 procent vid beräkning av konfidensintervall är arbiträrt. Ett annat sätt att formulera det aktuella resultatet är att bukaortascreening med mer än 90 procents sannolikhet även påverkar totaldödligheten.

Hovellius och Brodersen påstår – utan vetenskapligt underlag – att ca 70 procent av de män som fått konstaterat ett bukaortaaneurysm har

blivit överdiagnostiserade. Det är inte fråga om överdiagnostik. Vad författarna antagligen menar är att många icke operationskrävande aneurysm upptäcks. Prevalens förväxlas med operationsindikation. Det viktiga är således inte överdiagnostik utan förhindrad död i 141 fall.

Vi håller dock med Hovellius och Brodersen om att psykosociala konsekvenser och livskvalitetsundersökningar har gjorts i relativt liten omfattning. Det är också vad vi skriver i rapporten från 2008. Vi håller också med om att informationen till de screenade ska vara objektiv och lättbegriplig. Även detta framhålls i SBU-rapporten.

Måns Rosén
professor, direktör, SBU

David Bergqvist
professor em,
ordförande i SBU:s råd

Jesper Swedenborg
professor em, expert i projektet om screening för bukaortaaneurysm

REFERENSER

1. SBU. Screening för bukaortaaneurysm. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2008. SBU Alert-rapport nr 2008-04.
2. Cosford PA, Leng GC, Thomas J. Screening for abdominal aortic aneurysm. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(2): CD002945.