

Modern bildåtergivning ger problematiska bifynd

Premaligna förändringar ställer patientens intresse mot samhällsekonomin



ÅKE ANDRÉN-SANDBERG, överläkare, Gastrocentrum kirurgi
ake.andren-sandberg@karolinska.se



PETER ASPELIN, professor, röntgenkliniken; båda Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Modern terapi, oftast kirurgi, kan i dag med hög precision få bort nästan alla lokaliserade cancertumörer. Vi vet att ju tidigare i det biologiska förloppet som cancer behandlas, desto högre är sannolikheten för bestående bot.

I vetenskaplig litteratur och klinisk verksamhet strävar man därför mot tidigdiagnostik av tumorsjukdomar. Särskilt eftersträvar det att hitta väldefinierade asymtomatiska, premaligna tillstånd. Detta för att antingen behandla dem så snart man diagnostiserat dem eller följa tillståndens utveckling och operera patienten när han eller hon är optimalt förberedd men innan den förmodade canceren nått ett stadium då den har spridit sig.

Fler bifynd att vänta

Moderna bildgivande metoder (datortomografi, ultraljud, magnetkamera, nuklearmedicin och endoskopi) har utvecklats snabbt, och det är troligt att utvecklingen kommer att fortgå mot ännu mer sofistikerade metoder. Det kommer att innebära att man kan behandla sjukdomar med bättre precision och initiera fler minimalinvasiva tekniker.

Detta medför emellertid att utvecklingen leder till fler bifynd, som den patientansvarige läkaren måste förhålla sig till, dvs ta ställning till fortsatt uppföljning eller förklara bifyndet som betydelselöst. Den som följer den vetenskapliga litteraturens riktlinjer finner att vederbörande läkare ofta borde följa upp patienten ytterligare, eftersom det hos någon eller några promille av patienterna kan vara första stadiet i en allvarigare sjukdomsbild.

Redan i dag har vi väletablerad screeningverksamhet för livmoderhalscancer och bröstcancer; det finns starka röster för att man ska screena också för prostatacancer och kolorektalcancer. Till detta kommer lokala initiativ för att screena för aortaaneurysm, tidig hjärtsjukdom, diabetes och lungcancer, för att endast nämna några.

Sammantaget kommer all screening att medföra betydande kostnader för samhället och betydande påfrestningar på de redan resursbegränsande sektorerna kirurgi och röntgen. Därutöver kommer alla screeningundersökningar att generera ett antal bifynd att addera till de bifynd vi finner vid den symptom-baserade, kliniska bildundersökande verksamheten.

Vi vill med några exempel ge kvantitativa förutsättningar för denna del av framtidens sjukvård. Vi vill också – utan att presentera egna lösningar – framhålla vikten av att ta upp diskussionen kring detta innan vi försätter patienter och läkare i en ohållbar situation: antingen finner vi potentiellt premaligna tillstånd utan att vidta åtgärder eller så belastar vi sjukvårdsapparaten med utredningar och uppföljningar »för säkerhets skull«.

Gallblåsepolyper hos 250 000

En aktuell prospektiv studie visar att 6,1 procent av 2 009 asymtomatiska individer med en genomsnittsålder på 42 år hade gallblåsepolyper; hälften av individerna hade 2 eller fler polyper. Den genomsnittliga storleken var 5 mm, och 95 procent av alla polyper var 7 mm eller mindre [1].

En sammanställning av större studier har visat att 3–8 procent av de påvisade gallblåsepolyperna var maligna [2].

I en studie på 1 558 patienter med gallblåsepolyper som långtidsuppföljdes var den kumulativa risken för malignitet 1,7 procent efter 1 år, 2,8 procent efter 4 år och 4,0 procent efter 8 år. Polyper som var 10 mm eller större hade 24 gånger större risk att vara eller bli maligna jämfört med polyper med mindre



Foto: Colourbox

Undersökning med datortomografi, ultraljud, magnetkamera etc ger inte sällan bifynd som premaligna förändringar. Hur gör man då? Följer upp med kostsamma kontroller under åratals (trots att risken för framtida behandlingskrävande cancer kanske är liten)? Eller avstår man – med hänvisning till ett samhälleligt kostnad-nyttaperspektiv?

diameter. Under uppföljning upp till 10 år var det emellertid endast 3,5 procent av polyperna hos 1027 fall som ökade signifikant i storlek, och av dessa var 25 neoplastiska polyper [3].

Ovanstående är bakgrundsfakta, men ger dålig vägledning om hur vi bör förfara praktiskt. Matematiskt innebär siffrorna att cirka 250 000 svenskar i åldern 35–75 år har gallblåsepolyper och av dem har 10 000 personer neoplastiska polyper som ökar i storlek under en 10-årsperiod.

Om vi ska följa dem en eller flera gånger per år för att skilja ut de polyper som tillväxer (såsom rekommenderas i relevant litteratur [4]), blir det en oerhörd mängd undersökningar. På populationsbasis är det inte svårt att säga att vi inte har resurser nog att följa upp dem för den möjliga och begränsade tänkbara vinsten. Men gäller detta också i det enskilda fallet när patienten på mottagningen ställer ingående frågor? Skulle

SAMMANFATTAT

Moderna bildgivande metoder leder till alltför många kliniskt relevanta bifynd.

Många bifynd utgörs av premaligna förändringar, där risken för behandlingskrävande cancer är begränsad.

Handläggningen av dessa bifynd leder till många svåra ekonomiska och etiska utmaningar där individens och samhällets intresse riskerar att krocka.

läkaren avstå från att kontrollera en gallblåsepolyp hos sig själv?

Pankreastumörer hos någon procent

Pankreascancer drabbar cirka 900 svenskar årligen, och av dem är det endast ett fåtal som botas. De kurativt syftande operationerna är både riskfyllda, behäftade med kvarstående men och mycket resurskrävande. I upp till 25 procent av fallen blir patienten dock botad av en tillräckligt tidigt utförd resektion [5, 6]. De enda kvantitativt betydande förstadiet som är verifierbara är cystiska, neoplastiska tumörer – vi avser således inte pseudocystor som uppkommer vid akut eller kronisk pankreatit.

I en irländsk studie på 2 832 konsekutiva patienter utan symtom på pankreassjukdom, som undersökts med modern datortomografi av andra skäl, hade 2,6 procent cystor i pankreas (genomsnittligt 9 mm i största diameter) med en prevalens på 8,7 procent i åldersgruppen 80–89 år [7]. I en likartad holländsk studie med MR i stället för datortomografi, omfattande 2 803 patienter var frekvensen cystiska pankreastumörer 2,4 procent [8].

Med nuvarande rutiner för hälso- och sjukvård upptäcks således hos någon procent av vuxna personer sådana cystor. Dagens riktlinjer [9, 10] beskriver väl vilka kriterier som ska uppfyllas för att operation ska tillrådas. För övriga anges att man bör följa alla individer som har ett allmäntillstånd som gör att de troligen skulle tåla ett operativt ingrepp om de cystiska tumörerna uppvisar förändringar som ökar graden av misstanke om malignitet.

Detta innebär i princip att mer än 100 000 svenskar bör följas upp vart eller vartannat år med DT- eller MR-undersökning av bukspottkörteln. Från populationssynpunkt blir kvoten mellan kostnad och nytta mycket låg, men ur den enskilde patientens synvinkel måste det uppfattas som underligt att

ett påvisat premalignt tillstånd inte ska följas upp.

Lungscreening gav kostsamma bifynd

I en screeningstudie på 519 asymtomatiska italienare följda under 5 år med årliga DT-undersökningar för att söka efter tidiga fall av lungcancer gjorde man bifynd hos nästan 60 procent vid den första undersökningen och därefter i var 20:e uppföljnings-DT.

Av fynden vid första undersökningen befanns 17 procent vara tidigare okända och kliniskt relevanta; ytterligare några procent av patienterna fick relevanta kliniska diagnoser under de 5 uppföljningsåren. Vanligast var bifynd i njurar och tyreoida, och maligniteter nydiagnostiserades hos 0,2 procent av patienterna.

De sammanlagda kostnaderna för de tillkommande radiologiska undersökningarna per patient med malignitet var 4 644 euro efter första besöket och 1 052 euro under den följande 5-årsperioden. Till detta ska läggas dels klinikerens arbetstid samt eventuella olägenheter för patienter där utredningarna inte ledde till medicinska åtgärder, dels att några patienter sannolikt blev botade genom de incidentella fynden vid screeningundersökningen [11].

Ett medicinskt och etiskt dilemma

Vi vill fästa uppmärksamheten på att de moderna bildframställande teknologierna är så effektiva att de ställer de patientansvariga doktorerna inför ett besvärligt dilemma. Det är knappast rimligt att finna något potentiellt premalignt vid en ultraljuds-, DT- eller MR-undersökning och inte redovisa det för patienten (som ju enligt lagen har rätt till informationen). Samtidigt är det lika orimligt att beskriva den potentiellt premaligna förändringen och hävda att man inte ska följa upp den.

När väl undersökningarna är gjorda hamnar den läkare som beställt undersökningen i en situation där det sällan

är möjligt att backa ur – i individperspektivet har varje patient rätt till långsiktig uppföljning av premaligna förändringar.

Emellertid är det lika orimligt i ett kostnad-nyttaperspektiv att följa upp alla dessa fynd där huvudparten aldrig kommer att leda till något annat än kontroller. En analys av alternativ användning av de ekonomiska resurserna kommer med stor sannolikhet att leda till att de incidentella fynden nedprioriteras.

Vi kommer att stå inför mycket stora problem resursmässigt och etiskt om vi inte kan ta övergripande beslut om hur vi ska handskas med beskedet från de moderna bildframställande teknologierna. Inför den enskilde patienten är det nästan alltid rätt att följa upp fynd av den art vi givit exempel på ovan, men ur samhällsekonomisk synvinkel är det lätt att tillstå att vi kan använda de begränsade resurserna bättre.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

LÄS MER Fullständig referenslista
Läkartidningen.se

REFERENSER

1. Kratzer W, Schmid A, Akinli AS, et al. Gallbladder polyps: prevalence and risk factors. *Ultraschall Med.* 2011;32 suppl 1:S68-73.
4. Lee KF, Wong J, Li JC, et al. Polypoid lesions of the gallbladder. *Am J Surg.* 2004;188:186-90.
7. Laffan TA, Horton KM, Klein AP, et al. Prevalence of unsuspected pancreatic cysts on MDCT. *AJR Am J Roentgenol.* 2008;191:802-7.
8. de Jong K, Nio CY, Hermans JJ, et al. High prevalence of pancreatic cysts detected by screening magnetic resonance imaging examinations. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2010;8:806-1.
11. Priola AM, Priola SM, Giaj-Levra M, et al. Clinical implications and added costs of incidental findings in an early detection study of lung cancer by using low-dose spiral computed tomography. *Clin Lung Cancer.* Epub 3 aug 2012.

Läkartidningens nyhetsbrev

Anmäl dig under »Nyhetsbrev«
på Läkartidningen.se om du vill ha vårt nyhetsbrev

Utmanande saklig

Läkartidningen