



Alle kvinner bør delta i Mammografiprogrammet

DEBATT

JOHAN GEORG RØSTAD TORGERSEN

Johan Georg Røstad Torgersen er divisjonsdirektør i Divisjon kvalitet og forløp i Helsedirektoratet. Han leder blant annet styringsgruppen for Mammografiprogrammet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TRUDE ANDREASSEN

E-post: trude.andreassen@helsedir.no

Trude Andreassen er seniorrådgiver i avdeling Spesialisthelsetjenester, Divisjon kvalitet og forløp, Helsedirektoratet. Hun er leder av styringsgruppen for Livmorhalsprogrammet og er sekretær for styringsgruppen for Mammografiprogrammet.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

TORUNN JANBU

Torunn Janbu er avdelingsdirektør i Spesialisthelsetjenester, Divisjon kvalitet og forløp, Helsedirektoratet.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kunnskapsgrunnlaget for å anbefale mammografiscreening er solid.

Norske helsemyndigheter anbefaler mammografiscreening til kvinner i alderen 50–69 år. Dette er i tråd med europeiske retningslinjer og anbefalinger fra Verdens helseorganisasjon (1, 2).

Brystkreft er den vanligste kreftformen blant kvinner i Norge, og i 2018 fikk 3 568 kvinner påvist sykdommen (3). Om lag 1 av 10 kvinner vil få påvist brystkreft i løpet av livet, forutsatt normal levealder (1). Antallet brystkreftdødsfall er redusert fra om lag 800 tilfeller årlig i 1990-årene til om lag 600 tilfeller i dag (4). Folkehelseinstituttet har beregnet at dødeligheten av brystkreft ble redusert med 38 % fra 1998 til 2018 (5). Brystkreftdød utgjør i dag om lag 3 % av alle dødsfall blant kvinner i Norge (4).

En systematisk gjennomgang gjort av The European Commission Initiative on Breast Cancer (ECIBC) har konkludert med at det finnes et sterkt kunnskapsgrunnlag for å anbefale organisert mammografiscreening (1). Verdens helseorganisasjons International Agency for Research on Cancer (2) og The Independent UK Panel on Breast Cancer Screening (6) har tilsvarende konklusjoner. Helsedirektoratets råd er derfor entydig: «Alle norske kvinner i alderen 50–69 år bør gjennomgå 2-plans mammografi av hvert bryst hvert 2. år. Dette bør skje i regi av Mammografiprogrammet» (7).

Screening mot brystkreft

Screening mot brystkreft er et sekundærforebyggende tiltak. Målet er å påvise kreftsvulsten i et tidlig stadium av sykdomsforløpet, fjerne svulsten og dermed redusere dødeligheten av sykdommen (2, 8).

Det norske screeningprogrammet for brystkreft, Mammografiprogrammet, startet i 1996 og ble landsdekkende i 2005 (8). Programmet tilbyr alle kvinner i alderen 50–69 år screening hvert annet år. Hvert år møter om lag 75 % av de inviterte. Programmet driftes, overvåkes og kvalitetssikres av Kreftregisteret på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. I 2015 utførte Forskningsrådet en uavhengig evaluering av Mammografiprogrammet etter oppdrag fra departementet. Konklusjonen var at programmet fungerte som forventet (9).

Vi oppfordrer alle kvinner som får tilbud om deltakelse i Mammografiprogrammet, til å delta

Mammografiscreening er altså trygt for kvinnene, deltakelse fører til redusert dødelighet av brystkreft og det er kostnadseffektivt for samfunnet.

Den samlede nytten av et screeningprogram bestemmes av balansen mellom fordeler og ulemper, både for kvinnene som deltar og for samfunnet. Kvinnene som har normale funn på screeningundersøkelse, vil få en forsikring om at de er «friske». Andre kvinner får beskjed om at det er funn på mammogrammene. Disse kvinnene vil nyte godt av tidlig diagnose, eventuell behandling og dermed redusert risiko for å dø av brystkreft.

Psykisk belastning

Ved funn på mammogrammene blir kvinnene kalt inn til tilleggsundersøkelser. Dette gjelder om lag 3 % av de screenede (8). Om lag 40 % av de tilbakekalte kan dra hjem fra brystsenteret etter tilleggsbildene i trygg forvisning om at de ikke har brystkreft. De resterende kvinnene må vente på svar fra nåleprøver for å bekrefte eller avkrefte om de har brystkreft (8). Disse kvinnene kan oppleve forbigående angst og uro i forbindelse med etterundersøkelsen (10). Hos om lag 20 % av de kvinnene som kalles tilbake for tilleggsundersøkelser, påvises brystkreft (8).

Kvinner som har deltatt i screeningprogrammet, kan få påvist intervallkreft. Disse kvinnene kan ha opplevd en falsk trygghet gjennom screening samtidig som de har fått en forsinket diagnose og behandling. Intervallkreft er som oftest hurtigvoksende svulster som ikke var synlige på screeningmammogrammene (8). Om lag 25 % av alle krefttilfellene som oppdages i Mammografiprogrammet, er intervallkreft (8).

Overdiagnostikk og overbehandling

Screening kan også føre til påvisning av brystkreft som ikke ville gitt symptomer i kvinnens levetid og som heller ikke ville ha forårsaket hennes død. Dette er ofte saktevoksende svulster, og slike tilfeller omtales som overdiagnostikk. Med dagens kunnskap er det ikke mulig å vite om en svulst er overdiagnostisert eller ikke, og derfor tilbyr man behandling til alle kvinner som har fått påvist kreftceller i brystet. Omfanget av overdiagnostikk er vanskelig å beregne, da dette ikke er noe man kan telle, men kun beregne ved hjelp av statistiske modeller. Forskningsrådets rapport anslår at overdiagnostisering skjer hos 15–20 % av de screenede kvinnene (9), mens nyere studier anslår betydelig lavere estimater (11, 12). Overdiagnostisering kan føre til overbehandling.

Effekter av mammografiscreening

Forskningsrådets evaluering av Mammografiprogrammet konkluderte med at dødeligheten av brystkreft blant de inviterte var redusert med 20–30 % (9). En ny studie viser en dødelighetsreduksjon på hele 40 % etter at Mammografiprogrammet ble innført (13). Om lag halvparten tilskrives innføring av screeningprogrammet, mens den andre halvparten

tilskrives bedret behandling. Dødelighetsreduksjonen er høyere blant dem som har møtt til screening (9).

Tilgjengelig informasjon om Mammografiprogrammet vil alltid kunne bedres og utvikles. Kreftregisteret, som drifter programmet, har kontinuerlig oppmerksomhet rundt dette. Informasjonen blir blant annet prøvd ut i egne fokusgrupper. Helsedirektoratet anbefaler at kvinnene vurderer fordeler og ulemper som er beskrevet i informasjonsmaterialet de mottar fra Kreftregisteret sammen med invitasjonsbrevet, og på bakgrunn av det tar et selvstendig valg om deltakelse.

Det er jevnlig diskusjoner i norske medier om effekten av mammografiscreening. Helsedirektoratet følger nøye med på diskusjonene og har jevnlig diskusjoner med fagpersoner innen feltet. Helsedirektoratets råd er klart: Vi oppfordrer alle kvinner som får tilbud om deltakelse i Mammografiprogrammet, til å delta. Dette rådet støttes av det samlede kunnskapsgrunnlaget vi har nå.

LITTERATUR:

1. The European Commission Initiative on Breast Cancer (ECIBC). European guidelines on breast cancer screening and diagnosis. <https://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/> Lest 7.5.2020.
2. International Agency for Research on Cancer Handbook Working Group. IARC Handbook of Cancer Prevention. Breast Cancer Screening. Lyon: IARC Press, 2015. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention/Breast-Cancer-Screening-2016> Lest 7.5.2020.
3. Kreftregisteret. Statistikk på nett. <https://sb.kreftregisteret.no/insidens> Lest 1.4.2020.
4. Dødsårsaksregisteret. <http://statistikkbank.fhi.no/dar> Lest 1.4.2020.
5. Folkehelseinstituttet. Hvilke kreftformer tar flest liv? <https://www.fhi.no/nyheter/2018/hvilke-kreftsykdommer-tar-flest-liv> Lest 1.4.2020.
6. Independent UK Panel on Breast Cancer Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet* 2012; 380: 1778–86. [PubMed][CrossRef]
7. Helsedirektoratet. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med brystkreft, 2019 – Screening og tidlig diagnostikk av brystkreft. <https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/brystkreft/screening-og-tidlig-diagnostikk-av-brystkreft> Lest 1.4.2020.
8. Hofvind S, Tsuruda K, Mangerud G et al. The Norwegian Breast Cancer Screening Program, 1996–2016: Celebrating 20 years of organised mammographic screening. Oslo: Kreftregisteret, 2017. <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Rapporter/Mammografiprogrammet/mammografiprogrammet-20-ar> Lest 1.4.2020.
9. Research-based evaluation of the Norwegian Breast Cancer Screening Program – Final report. Oslo: The Research Council of Norway, 2015. <https://www.regjeringen.no/contentassets/444do8daf15e48aca5321f2cefaac511/mammografirapport-til-web.pdf> Lest 1.4.2020.
10. Solbjør M, Forsmo S, Skolbekken JA et al. Psychosocial consequences among women with false-positive results after mammography screening in Norway. *Scand J Prim Health Care* 2018; 36: 380–9. [PubMed][CrossRef]
11. Lund E, Nakamura A, Thalabard JC. No overdiagnosis in the Norwegian Breast Cancer Screening Program estimated by combining record linkage and questionnaire information in the Norwegian Women and Cancer study. *Eur J Cancer* 2018; 89: 102–12. [PubMed][CrossRef]
12. Beckmann K, Duffy SW, Lynch J et al. Estimates of over-diagnosis of breast cancer due to population-based mammography screening in South Australia after adjustment for lead time effects. *J Med Screen* 2015; 22: 127–35. [PubMed][CrossRef]
13. Sebuødegård S, Botteri E, Hofvind S. Breast cancer mortality after implementation of organized population-based breast cancer screening in Norway. *J Natl Cancer Inst* 2019; 112: djz220.

Publisert: 8. juni 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0177
Mottatt 28.2.2020, første revisjon innsendt 15.4.2020, godkjent 7.5.2020.
© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no