



Organisert mammo- grafiscreening i Norge

Brystkreft er den klart hyppigste kreftformen blant kvinner i Norge, og mer enn 2 300 kvinner fikk diagnostisert sykdommen i 1998. Hvert år dør om lag 800 kvinner av brystkreft, og i underkant av halvparten av dødsfallene rammer kvinner under 70 år. Leveutsiktene til kvinner som får diagnostisert brystkreft er sterkt relatert til stadium av sykdommen når diagnosen stilles. Mammografi gjør det mulig å oppdage svulster i brystet før de har spredd seg. Mammografiscreening er vist å redusere dødeligheten av brystkreft med om lag 30% blant de inviterte.

Som bakgrunn for å kunne vurdere effekten av organisert mammografiscreening, ble forekomst og dødelighet av brystkreft i Norge i perioden (1970–93) studert. Forekomsten økte i hele perioden (i alle aldersgrupper), mens dødeligheten var relativt stabil.

Hovedfokus i denne doktoravhandlingen er innføringen av organisert mammografiscreening i Norge. Mammografi-programmet startet som et prøveprosjekt i 1996. Første runde omfattet alle kvinner mellom 50 og 69 år i Akershus, Hordaland, Oslo og Rogaland. Av de om lag 160 000 kvinnene som ble invitert, møtte ca. 80% til undersøkelse. 67 per 10 000 undersøkte fikk diagnostisert brystkreft. Mer enn halvparten av svulstene var mindre enn 15 mm i diameter, og andel pasienter med spredning til lymfeknuder i armhulen var halvert sammenliknet med situasjonen før organisert screening ble innført. Resultatene viser at dødeligheten av brystkreft på lang sikt kan reduseres med ca. 30%, i tråd med Mammografi-programmets målsetting.

Avhandlingen drøfter også andre sider ved mammografiscreening. Intervallkreft er brystkreft diagnostisert mellom to screeningundersøkelser. I prøveprosjektet var raten av intervallkreft (infiltrerende brystkreft) 18 per 10 000 undersøkte, og dette var omtrent som funnet i tilsvarende program. Intervallkreft ble funnet å ha en sammenheng med tette bryst og bruk av hormonpreparater i overgangsalderen.

Kostnadene ved mammografiscreening ble målt ved Ullevål universitetssykehus. En screeningundersøkelse kostet ca. 400 kroner. Ved en simulert modell av landsdekkende screening fra 1996–2020 ble kostnad per statistisk sparte leveår ca. 30 000 kroner og per statistisk sparte liv ca. 700 000 kroner. Dette forutsetter at screeningen reduserer

dødeligheten av brystkreft med 30%. Resultatene viser at mammografiscreening kan drives kostnadseffektivt i Norge.

Hyppigheten av diagnosen ductalt carcinoma in situ (DCIS) øker ved innføringen av et screeningprogram. Alle pasienter operert for dette ved Ullevål universitetssykehus i perioden 1980–94 inngikk i en studie. Raten for lokalt tilbakefall etter operasjon var 2% etter fjerning av brystet og 22% etter brystbevarende operasjon. Overlevelsen ble studert i et nasjonalt materiale fra Kreftregisteret. Fem års relativ overlevelse var 99,7% samlet, og det var ikke signifikant forskjell mellom de to operasjonsmetodene.

Avhandlingens tittel

Epidemiological studies of breast cancer in Norway – with focus on implementation of organized mammography screening

Utgår fra

Instituttgruppe for Oslo kommunale sykehus

Disputas (dr.philos.) 18.6. 2002

Universitetet i Oslo

Hege Wang

hw@krefregisteret.no
Kreftregisteret
Montebello
0301 Oslo



Diabetes og risiko for hjerte- og karsykdom etter nyretransplantasjon

Immundempende medisiner som prednisolon og ciklosporin, øker risikoen for diabetes mellitus og hjerte- og karsykdom etter nyretransplantasjon. Hensikten med dette arbeidet var å kartlegge hyppigheten av, og årsaker til, glukoseintoleranse etter nyretransplantasjon. I tillegg ble hypotesen om at det er en sammenheng mellom glukoseintoleranse og kardiovaskulære risikofaktorer testet. En oral glukosebelastningstest ble utført henholdsvis tre måneder og ett år etter nyretransplantasjon. 43 av pasientene gjennomgikk også en euglykemisk hyperinsulinemisk glukose-clamp-undersøkelse.

Totalt 35 (20%) av de 173 pasienter som ble undersøkt tre måneder etter nyretransplantasjon, hadde nyoppstått diabetes (posttransplantasjonsdiabetes). Uavhengige risikofaktorer for posttransplantasjonsdiabetes var høy alder, diabetes i familien, høy daglig prednisolondose og cytomegalovirusykdom.

Flere insulinsensitivitetsindekser som inkluderte glukose og insulinverdier fra glukosebelastningstestene, ble validert mot resultatene fra glukose klamp undersøkelsene. Den best egnede insulinsensitivitetsindeksen ($ISI_{TX} = 0,208 - 0,0032 \cdot BMI - 0,0000645 \cdot Ins_{120} - 0,00375 \cdot Gluc_{120}$) ble brukt til å evaluere risikofaktorer for insulinresistens i det største pasientmaterialet. Høyere kroppsmasseindeks, daglig prednisolondose, triglyseridkonsentrasjon og cytomegalovirusykdom var uavhengige prediktorer for insulinresistens.

Glukoseintolerante pasienter hadde høyere risiko for hjerte- og karsykdom, og om lag 2/3 av disse tilfredsstilte WHO's kriterier for metabolsk syndrom. Glukoseintoleranse var uavhengig av alder og kjønn, assosiert med lavere serum HDL-kolesterolkonsentrasjon, høyere triglyseridnivå og høyere apolipoprotein B-konsentrasjon.

Totalt 95 pasienter ble også undersøkt etter ett år. 12 av de 22 pasientene som fikk diagnostisert posttransplantasjonsdiabetes ved førstegangs undersøkelse, hadde ikke lenger diabetes, mens fire pasienter med nedsatt glukosetoleranse utviklet posttransplantasjonsdiabetes. Dosereduksjon av prednisolon, men ikke av ciklosporin, gav bedret glukosetoleranse i løpet av observasjonsperioden.

Denne avhandlingen har vist at nyoppstått diabetes etter nyretransplantasjon er hyppig forekommende, og at steroidbehandling og cytomegalovirusykdom er viktige risikofaktorer. Pasienter med glukoseintoleranse har høyere risiko for hjerte- og karsykdom.

Forhåpentligvis kan nyere og mer potente immundempende medisiner uten diabetogene effekter, bidra til å redusere forekomsten av diabetes ved å redusere antall avstøtninger, og dermed behovet for høydose steroidbehandling.

Avhandlingens tittel

Glucose intolerance, insulin resistance and cardiovascular risk factors after renal transplantation

Utgår fra

Nyreseksjonen
Medisinsk avdeling
Rikshospitalet

Disputas 14.6. 2002

Universitetet i Oslo

Jøran Hjelmæsæth

joran@online.no
Medisinsk avdeling
Sykehuset i Vestfold
Postboks 2168
3103 Tønsberg