

Reduserer organisert mammografiscreening dødelighet av brystkreft?

De siste årene er mammografiscreening blitt kritisert, fordi screening medfører 30–60 % økt risiko for at hele eller deler av et bryst blir fjernet, uten at man vet om dødeligheten synker (1, 2). *Lancet* har på lederplass advart mot mammografiscreening (3).

Wang og medarbeidere gjør i Tidsskriftet nr. 2/2002 (4) rede for Kreftregisterets syn på kritikken av de randomiserte mammografistudier uten å nevne kjernen i kritikken: At data fra den ene signifikante studien (WE-studien) er hemmeligstemplett (2, 5). Kriterier for inklusjon og eksklusjon av individer og fordeling av sosioøkonomiske faktorer er helt avgjørende for utfallet av dette forsøket, men slike data er hemmelige. Gøtzsche & Olsen (2) studerte derfor aldersfordelingen i WE-studien for å teste om den var randomisert. Det var den ikke ($p < 0,001$).

Edinburgh-studien og HIP-studien regnes ikke lenger som randomisert (2), slik Wang og medarbeidere skriver de er (4). I sin konklusjon aner vi at Wang og medarbeidere likevel skjønner noe av kritikken om de randomiserte studiene: «Vi innser at man kan finne forhold ved de randomiserte studiene som skaper usikkerhet» (4). Vi tror de fleste leger kan gjøre seg opp sin egen mening om hvorvidt reduksjon i dødelighet er sikker eller ikke når bare én av fem randomiserte studier er signifikant og denne ene studien er 17 år gammel og hemmeligstemplett.

Mammografiscreening medførte i de norske prøvefylkene i 1998 minst 60 % økt risiko for at hele eller deler av et bryst blir fjernet (upubliserte data fra Kreftregisteret). Kreftregisteret har i flere år benektet dette. Frødis Langmark lovet i radioprogrammet *Dagsnytt 18* at Kreftregisteret fortløpende skulle komme med alle relevante data.

Wang og medarbeidere bringer i sitt siste innlegg (4) ingen ny informasjon om den store økning i insidens som mammografiscreening medfører. De konkluderer med at stortingsvedtaket fra 1998 om å tilby offentlig mammografiscreening til alle kvinner i alderen 50–69 år er god helsepolitikk (4), til tross for at de ikke tør bevege seg inn på å drøfte fenomenet overdiagnostisering. Dette har store konsekvenser for den enkelte kvinne (unødvendig fjerning av et bryst) og for samfunnet (legger beslag på store ressurser). Dette er den største innvendingen mot mammografiscreening.

Oslo

Per-Henrik Zahl
Bjørn Heine Strand
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Litteratur

1. Hakama M, Pukkala E, Heikkilä M, Kaillio M. Effectiveness of the public health policy for breast cancer screening in Finland: population based cohort study. *BMJ* 1997; 314: 864–7.
2. Olsen O, Gøtzsche PC. Screening for breast with mammography (Cochrane review). I: The Cochrane Library, issue 1. Oxford: Update Software, 2001.
3. Horton R. Screening mammography – an overview revisited. *Lancet* 2001; 358: 1284–5.
4. Wang H, Hofvind S, Tretli S, Thoresen S, Langmark F. Reduserer organisert mammografiscreening dødelighet av brystkreft? Kreftregisterets syn på den aktuelle debatten. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 211–3.
5. Einhorn J. Gör en oberoende utvärdering av mammografiverksamheten! *Läkartidningen* 2000; 97: 1366–7.

H. Wang og medarbeidere svarer:

I vår kommentar forsøkte vi å besvare spørsmålet i overskriften (1). Det er en rekke andre forhold ved screening som vi ikke fant naturlig å diskutere innenfor rammen av en kort kommentarartikkel.

Zahl & Strand aksepterer Gøtzsche & Olsens argumenter mot de randomiserte studiene. Andre vurderer deres metoder og konklusjoner på en annen måte (2–5).

WE-studien er ikke hemmeligstemplett. Det er publisert mange artikler fra studien, med anerkjente medforfattere (6). Rådataene inngikk også i den svenske metaanalysen fra 1993.

Ideen med mammografiscreening er å oppdage brystkreft i et tidlig stadium, slik at dødeligheten av sykdommen reduseres. Diagnostisering av prevalente tilfeller og fremskynding av diagnosetidspunkt fører til økt insidens i de første screeningrundene (7). Dette kan betraktes som økt risiko for operasjon, men også som økt sjanse for kurasjon. Zahl & Strand oppgir risikoøkningen til 30–60 %, men disse tallene er ikke oppgitt i de arbeidene som refereres.

Oslo

Hege Wang
Solveig Hofvind
Steinar Tretli
Steinar Thoresen
Frødis Langmark
Kreftregisteret

Litteratur

1. Wang H, Hofvind S, Tretli S, Thoresen S, Langmark F. Reduserer organisert mammografiscreening dødelighet av brystkreft? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 211–23.
2. Koning HD. Assessment of nationwide cancer screening programmes. *Lancet* 2000; 355: 80–1.
3. Duffy SW. Interpretation of the breast screening trials: a commentary on the recent paper by Gøtzsche and Olsen. *Breast* 2000; 9: 1–4.

4. Miettinen O, Henschke CI, Pasmantier MW, Smith JP, Libby DM, Yankelevitz DF. Mammographic screening: no reliable supporting evidence? *Lancet* 2002; 359: 404–6.
5. Andersson H. Lång överlevnad för botade kvinnor. *Dagens Nyheter* 13.1. 2002.
6. Tabar L, Duffy SW, Vitak B, Chen HH, Prevost TC. The natural history of breast cancer. What have we learned from screening? *Cancer* 1999; 86: 449–62.
7. Boer R, Warmerdam P, de-Koning H, van Oortmarssen G. Extra incidence caused by mammographic screening. *Lancet* 1994; 343: 979.

Jeg har en drøm ...

Jeg har en drøm om at en dag
– skal vi ikke lenger ha rusavhengige personer i Norge
– skal ingen leger initiere og/eller vedlikeholde rusavhengighet hos våre pasienter
– skal du som leser dette slutte å skrive ut resept på flunitrazepanpreparater
– skal du være restriktiv med benzodiazepiner og forsøke unngå langtidsbruk
– skal du forsøke å unngå resept på opioider og spesielt kodeinholdige medikamenter
– skal du avslutte alle «kvoter» til rusavhengige
– skal flunitrazepam fjernes fra alle medisinsrom på sykehus
– skal ikke pasienter i sykehus rutinemessig tilbys sovemedisiner

Det er ikke bare Martin Luther King som hadde eller har en drøm. Det er fremdeles grunn til å rette oppmerksomhet mot diskriminering av dem som har en annen hudfarge. Men det er like stor grunn til å rette oppmerksomheten mot alle dem som har et rusproblem. Disse finner vi blant mennesker med alle hudfarger, og hos oss er den store majoriteten mennesker som har vokst opp i Norge med norske foreldre og besteforeldre.

Vi vet at ca. 15 000 personer i Norge er intravenøse misbrukere. Vi vet at mange flere er avhengige av benzodiazepiner og opioider. Dette misbruket har vi som leger bidratt til. Mange har fått sin første benzodiazepin-tablett i forbindelse med sykehusopphold, og det man har fått i sykehus av spesialister er «sikkert bra». Mange primærleger har også falt for fristelsen til å skrive slike resepter. Det meste, vil jeg hevde, er gjort i god tro, av barmhjertighet eller i desperasjon – for det å skrive «kvoter» var den minst dårlige av mange andre dårligere løsninger. Det er vanskelig å snu når man først har begynt.

I dag vet vi at dette er en farlig vei å vandre. Vi vet at medikamenter utskrevet på resept er medvirkende årsak til mange overdosedødsfall. Disse medikamentene inji-

res og omsettes. Det er slik at en person som har misbrukt piller i mange år, ikke bruker flunitrazepam til å sove på, men til å ruse seg. Det er dessuten ulovlig å skrive slike resepter. Vi vet også at vi fratar dem som får slik «kvotebehandling» muligheten til å rehabilitere seg. I dag er det sosialtjenesten som har ansvar for misbruksbehandling, og pasientene bør henvises dit.

Jeg har en drøm om at du som leser dette og har «kvotepasienter», skal forstå at du er inne på en farlig vei og at du bør forsøke å gjøre noe med det.

Oslo

Aud L. Krook
avdelingsoverlege dr. med.
MARIO
Senter for medikamentassistert
rehabilitering i Oslo

rettelserrettelserrettel

Full fart fremover for elektroniske epikriser

Stine Bjerkestrand Nesje

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 224

I Tidsskriftet nr. 2/2002 er det oppgitt feil tall i forhold til antall legekontorer og sykehus som kunne sende og motta elektroniske epikriser i 1999. Det var ikke kun ett legekonto som kunne motta elektroniske epikriser i 1999, men ca. 15. Derimot var det ett sykehus som kunne sende elektroniske epikriser dette året.

Innlegg til korrespondansespalten

- **Maksimum 400 ord og 5 litteraturhenvisninger**
- **Dobbelt linjeavstand og bred marg**
- **Avsender garanterer for medforfatteres underskrifter**
- **Sendes redaktøren som e-post**
tidsskriftet@legeforeningen.no
eller
A-post
Tidsskrift for Den norske lægeforening
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo
eller
telefaks til 23 10 90 40

Bruk kun én forsendelsesmåte.

Husker du å melde

alvorlige, akutte reaksjoner
på grunn av

matallergi

til Nasjonalt meldesystem for
alvorlige allergiske reaksjoner på
mat? Trenger du skjema/materiell,
eller har du ikke mottatt
informasjon, kontakt oss:

Matallergiregisteret

Folkehelsa, Pb. 4404 Nydalen
0403 Oslo

Tlf. 22 04 22 00 Wiker eller Løvik

harald.g.wiker@folkehelsa.no

martinus.lovik@folkehelsa.no

http://www.folkehelsa.no/

avdelinger/mi/mimi/

Annonse