

Ifølge Verdens helseorganisasjon vil mammografiscreening annethvert år hos kvinner i alderen 50–69 år redusere risikoen for død av brystkreft med 35 %.

## Er mammografiscreening nyttig?

Screening er en prosess for å identifisere preklinisk sykdom hos asymptomatiske individer, helst ved hjelp av en relativt enkel test (1). Formålet er å redusere mortalitet og morbiditet i gruppen personer med sykdommen man screener for, men som ennå ikke har utviklet symptomer. For brystkreft er det naturlige forløp svært varierende, fra en langsomtvoksende tumor til en svært aggressiv sykdomsutvikling. Screeningmodellen forutsetter at det er en tidsperiode hvor det ikke er noen svulst å detektere, men der tidlige maligne forandringer kan ha funnet sted, noe som fører til en klon av celler som deler seg og dedifferensieres. I denne prekliniske fasen kan tumor oppdages ved screening. Varigheten av denne fasen vil være avgjørende for hvor ofte man screener og vil variere avhengig av tumorcellenes biologiske egenskaper. Sannsynligheten for å oppdage en svulst ved screening er større desto lengre denne fasen er. Kreft oppdaget ved screening representerer ofte svulster med en lang detekterbar preklinisk fase og har derfor god prognose.

Debatten omkring nytteverdien av mammografiscreening har vært aktuelt mediestoff de siste fire årene (2, 3). Først gjaldt debatten hvorvidt det var riktig å forvente en reduksjon i dødeligheten på 30 %. Effekten av mammografi kan dokumenteres ved randomiserte studier eller ved analyser av dødelighetstrender for brystkreft. Randomiserte studier fra perioden 1960–80 hadde flere svakheter og var vanskelige å sammenlikne, og nye randomiserte studier kan ikke lenger gjennomføres av etiske grunner. Fordi det tar tid å påvise en eventuell reduksjon i mortalitet, benyttes såkalte tidlige indikatorer på effekt av screeningsprogrammer, for eksempel en gunstigere stadiefordeling av sykdommen. Verdens helseorganisasjon fant i 2002 tilstrekkelig dokumentasjon for god nytte av å screene kvinner 50–69 år med mammografi annethvert år (4). Det er vist begrenset nytte av å screene kvinner i alderen 40–49 år. Det er ingen dokumentert nytte av selvundersøkelse av brystene for å redusere dødeligheten av brystkreft.

Ved den siste oppblussingen av debatten om mammografiscreening har oppmerksomheten vært rettet mer mot overdiagnostisering, dvs. alle tilfeller som ikke ville gitt kliniske symptomer i pasientens levetid (3, 5). Slik overdiagnostisering er en kjent og kalkulert risiko ved alle typer screening. Det reelle nivå for overdiagnostisering ved mammografiscreening synes å utgjøre 5–10 % av alle positive funn (6). Per-Henrik Zahl & Jan Mæhlen rapporterer i dette nummer av Tidsskriftet om høyere andel overdiagnostisering basert på undersøkelse av kreftforekomst et år etter fylte 69 år (7).

Vi har i dag ingen mulighet for å skille mer aggressive svulster fra forandringer som aldri vil gi kvinnen symptomer eller besvær. Anbefalingen er derfor at kvinner med påviste forstadieforandringer bør få fjernet disse lesjonene. Kvinner med slike forandringer informeres om at disse ikke nødvendigvis vil kunne utvikle seg videre. Min erfaring er at alle kvinner ønsker slike lesjoner fjernet.

Innføring av mammografiscreening i Norge har ført til en kvalitetsheving innen brystkreftdiagnostikk og -behandling. Ikke minst har opprettelsen av 16 brystdiagnostiske sentre med tverrfaglig kompetanse innen dette feltet hatt stor betydning. Kunnskapsnivået er hevet, og kvalitetsmålene som ble satt, er nådd (8). Mammografi-programmet er landsdekkende fra februar 2004. Andelen små svulster og brystbevarende inngrep har økt. Det er viktig med

uavhengig vurdering av screeningresultater, men da må alle ha tilgang på det samme tallmaterialet og på vurderinger som ligger til grunn for det. Positiv oppmerksomhet rundt mammografiscreeningen har bedret kvinners bevissthet om hvor viktig mammografi er. Negativ og kritisk omtale i mediene kan raskt skape usikkerhet og utrygghet. Den skriftlige informasjonen fra Kreftregisteret til kvinnene har vært mangelfull når det gjelder overdiagnostisering, men er nå revidert. Fortløpende kvalitetssikring, evaluering og forskning i tilknytning til mammografiscreeningen bidrar til at kvinner i hele landet sikres god og mest mulig lik behandling.

Kvinner skal selv ta beslutningen om hvorvidt de ønsker eller ikke ønsker å delta i screening. Tidlig oppdaget brystkreft kan føre til forbedret overlevelse og livskvalitet, men tidlig påvisning kan også bety en lengre periode med bevissthet om kreftsykdom. Falskt positive resultater medfører unødvendige diagnostiske prosedyrer. Beregninger har vist at et spart leveår i Norge kostet om lag 40 000 kroner i 1999 og et spart liv kostet om lag 950 000 kroner – en tidel av kostnadene for et spart liv ved trafiksikkerhetstiltak (9). Tilsvarende beregninger fra Verdens helseorganisasjon viser kostnader på 3 000 til 8 000 euro per spart leveår (4) og samsvarer altså med de norske beregningene.

Utvikling av kreftsykdom er en komplisert prosess i mange trinn. I fremtiden vil screening for brystkreft kanskje være basert på påvisning av tidlige molekulære forandringer via blodprøver. Målet er en individualisert behandling hvor mindre aggressive forandringer i brystet kan behandles mer skånsomt. Ulempene ved mammografiscreening er betydelig mindre enn gevinsten, og masseundersøkelse er det overlegent beste hjelpemiddel for å redusere dødeligheten av brystkreft.

### Ellen Schlichting

ellen.schlichting@ulleval.no

*Ellen Schlichting (f. 1957) er spesialist i gastroenterologisk kirurgi, dr.med., avdelingsoverlege ved Sentraloperasjonsavdelingen og seksjonsoverlege ved seksjon for brystkreft og endokrine sykdommer, Gastrokirurgisk avdeling, Ullevål universitetssykehus.*

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

- Hakama M. Screening. I: Miller AB, Chamberlain J, Day NE et al, red. Cancer screening. London: Cambridge University Press, 1991: 184–98.
- Gøtzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet* 2000; 355: 129–34.
- Zahl PH, Strand BH, Mæhlen J. Incidence of breast cancer in Norway and Sweden during introduction of nation-wide screening: prospective cohort study. *BMJ* 2004; 328: 921–4.
- Vainio H, Biancinini F, red. IARC handbook of cancer prevention. Breast cancer screening. Bd. 7. Lyon: IARC Press, 2002.
- <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/abstract/bmj.38044.666157.63v1> (13.8.2004).
- Paci E, Warwick J, Falini P et al. Overdiagnosis in screening: is the increase in breast cancer incidence rates a cause for concern? *J Med Screen* 2004; 11: 23–7.
- Zahl P-H, Mæhlen J. Overdiagnostisering ved mammografiscreening. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2238–9.
- Ertzaas AKO, red. Kvalitetsmanual Mammografi-programmet. Oslo: Kreftregisteret, 2003.
- Kåresen R, Bø JK, Haustveit S et al. Samfunnsøkonomisk lønnsomhet av mammografiscreening i Norge. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 3553–9.