

Bedre informasjon om mulige fordeler og ulemper ved mammografiscreening kan gi kvinner et bedre beslutningsgrunnlag

Informasjon om mammografiscreening

Hvert år får om lag 2 500 norske kvinner diagnosen brystkreft (1). Sykdommen er den hyppigste kreftformen hos kvinner i Norge. Screening for brystkreft ved mammografi kan påvise maligne svulster på et tidlig stadium. Dermed kan det gis tidlig behandling, med sikte på å forbedre prognosen (2).

Prognosen ved brystkreft og andre krefttyper er avhengig av mange faktorer. De mest brukte prognosevariabler har lenge vært tumorstørrelse, spredningsstatus og differensieringsgrad, men de siste årene har forskning vist at genetiske markører kan ha minst like stor prognostisk verdi. Disse markørene er muligens ikke like avhengig av diagnosetidspunktet (3). Det finnes i dag likevel ingen variabler som med sikkerhet kan predikere kreftsvulstenes vekst- og spredningspotensial.

I dette nummer av Tidsskriftet hevder Per-Henrik Zahl & Jan Mæhlen at mammografiscreening medfører en overdiagnostikk av svulster som aldri ville fått klinisk betydning i kvinnens liv (4). Etter Verdens helseorganisasjons (WHO) retningslinjer for screening kreves det vitenskapelig dokumentasjon for reduksjon i sykkelighet og/eller dødelighet fra randomiserte studier med høy kvalitet før screening innføres i en befolkningsgruppe (5). Det har vært utført flere slike randomiserte studier med henblikk på mammografi. Noen av disse studiene har vist en klar reduksjon av brystkreftrelatert dødelighet i screeninggruppen. Andre studier har ikke vist slik reduksjon.

Offentlig anbefaling og finansiering av screening for kreftsykdom må være vel overveid og ha aksept i det aktuelle fagmiljøet. Det bør være en forutsetning at det medisinske grunnlaget er godt nok dokumentert i hvert enkelt land som vurderer å innføre et screeningtilbud. Resultater fra samme type studier i forskjellige befolkninger kan være divergerende. Hvor godt man lykkes med screening er ikke bare influert av screeningmetodens effektivitet, men også av faktorer som oppmøterate, befolkningens kunnskap om risikofaktorer, screeningmetodens rykte i befolkningen og den generelle kvaliteten på kreftbehandlingen i det aktuelle landet. Derfor bør man i alle land der man diskuterer innføring av et screeningtilbud, ideelt sett vurdere egne randomiserte studier før landsomfattende screening eventuelt startes.

I Norge er det ikke utført randomiserte studier på dette feltet. I 1996 ble det i stedet satt i gang et mammografiprojekt, der alle kvinner i alderen 50–69 år i fire prøvetylker ble invitert til å delta. Hovedmålsettingen var blant annet å redusere dødeligheten av brystkreft med 30 % etter 7–10 års oppfølging (6). Selv om resultater hva gjelder flere surrogatendepunkter er lagt frem, er det ennå for tidlig å si om denne reduksjonen i dødeligheten vil kunne nås. Til tross for dette, og imot Kreftregisterets råd, bestemte Stortinget allerede i 1998 at mammografitilbudet skulle utvides til hele landet. Innen februar 2004 fikk alle kvinner i Norge i alderen 50–69 år tilbud om mammografiscreening. Dette skjer altså til tross for at resultatet for det primære endepunktet i prøveprosjektet ikke er kjent, og at Kreftregisteret, som er ansvarlig for prosjektet, ønsket å avvende den fastsatte oppfølgingstiden.

Mammografiprojektet har utvilsomt ført til et kvalitetsløft av både diagnostikk og behandling for brystkreft. Det har vært mye

oppmerksomhet rundt muligheten for tidlig diagnose av brystkreft, og det offentlige «presset» har derfor vært stort. Uten mammografi-prosjektet ville vi i Norge sannsynligvis hatt et betydelig omfang av villscreening uten sentral oppfølging av data og med fare for dårligere kvalitetssikring. Det er derfor ubetinget positivt at mammografiscreeningen, når den først innføres, gjennomføres som et offentlig prosjekt.

Innføringen av mammografiscreening har for mange vært en kvinnesak. Det er å håpe at screening er så positivt for kvinner som mange hevder. Vår oppgave som leger er å informere kvinner om mulige virkninger og bivirkninger. Mulig overdiagnostisering er et av problemene som det skal opplyses om.

Leger og helsemyndigheter må kunne tolke vitenskapelige data og danne seg en mening om hva som er riktig å gjøre. Konklusjonen skal formidles til offentligheten. Skillet mellom fakta og tro må imidlertid også være synlig for offentligheten. Så må det være opp til den enkelte selv å bestemme om vedkommende vil benytte seg av et tilbud (7). Anbefaling om deltakelse i screeningprosjekt uten opplysning om potensielle farer og pågående diskusjoner i fagmiljøet representerer etter mitt syn en uklok og paternalistisk holdning.

Michael Bretthauer
bretthauer@rikshospitalet.no

Michael Bretthauer (f. 1969) er dr med. og assistentlege ved Gastroenterologisk seksjon, Medisinsk avdeling, Rikshospitalet. Han er dessuten forsker ved NORCCAP-prosjektet (Norwegian Colorectal Cancer Prevention) ved Kreftregisteret og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Kreft i Norge 2000. Oslo: Kreftregisteret, 2002.
2. Norsk Bryst Cancer Gruppe. www.nbcg.net (16.8. 2004).
3. van de Vijver MJ, He YD, van 't Veer LJ, et al. A gene-expression signature as a predictor of survival in breast cancer. *N Engl J Med* 2002; 347: 1999–2009.
4. Zahl P-H, Mæhlen J. Overdiagnostisering ved mammografiscreening. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2238–9.
5. UK National Screening Committee. www.nsc.nhs.uk (16.8. 2004).
6. Thoresen SØ. Prøveprosjekt med mammografiscreening i fire fylker; organisering og gjennomføring. *Nor J Epidemiol* 1997; 7: 179–82.
7. Hoff G. CRC screening: review of the evidence and suggestions on when and how to move on from randomized trials to screening programmes. *Scand J Gastroenterol* 2004; 39: 99–103.