

En vurdering av mammografiprogrammets nytte for den enkelte kvinne og for samfunnet er en komplisert og uoversiktlig oppgave

Mammografiscreening – tid for evaluering?

I 2004 ble det norske mammografiprogrammet landsdekkende, og alle kvinner mellom 50 og 69 år blir nå invitert til undersøkelse hvert annet år (1). Hensikten er å oppdage brystkreft i preklinisk fase og dermed styrke muligheten for kurativ behandling. Effekten av slik screening må vurderes ut fra sykdommens dødelighet, men det er usikkert når en eventuell reduksjon i dødelighet kan påvises. En offentlig vurdering av mammografiprogrammet bør derfor ikke skje før man er rimelig sikker på om dødeligheten er redusert eller ikke. Flere forhold tilsier at en evaluering av mammografiprogrammet er komplisert og lite oversiktlig.

Brystkreft kan grovt deles i fire hovedgrupper:

- Brystkreft som kan kureres når den oppdages klinisk, for eksempel etter at kvinnen har kjent en kul i brystet. I slike tilfeller vil ikke mammografiscreeningen ha betydning for kvinnens levetid.
- Brystkreft som ikke kan kureres fordi sykdomsprosessen er kommet for langt når sykdommen oppdages. Behandling har da ingen kurativ effekt, og mammografiscreeningen vil ikke påvirke sykdomsforløpet.
- Brystkreft som ikke er aggressiv og som ikke vil true kvinnens liv, selv uten behandling. Mammografiscreeningen vil ikke påvirke levetiden.
- Brystkreft som ikke kan kureres når den oppdages klinisk. Når mammografiscreening fører til tidligere diagnose, kan behandling kurere sykdommen og forlenge kvinnens liv.

Av disse kategoriene er det bare pasienter som faller inn under det siste punktet som er den egentlige målgruppen for mammografiscreening. Screeningen kan dessverre ikke skille mellom de fire gruppene, og den kliniske utredningen kan heller ikke gi svar på hvilke pasienter – og hvor mange – som befinner seg i de ulike gruppene. Med andre ord vet vi ikke hvor stor gruppen som kan ha nytte av screening faktisk er. Dersom en gunstig effekt av mammografiprogrammet er avhengig av redusert dødelighet i denne gruppen, må den inneholde mange pasienter før en eventuell nedgang i dødeligheten kan påvises. Noen vil også hevde at programmets legitimitet står og faller med et høyt antall pasienter i denne gruppen. Før offentlig evaluering av mammografiprogrammet er det hensiktsmessig at man forsøker å estimere antall personer som inngår i de ulike sykdomsgruppene ut fra de data som til nå er samlet inn.

Når mammografiprogrammet skal vurderes ut fra dødeligheten av brystkreft i befolkningen, er det viktig å ha klart for seg at andre forhold kan ha hatt effekt (2). Mye tyder på at nye behandlingsmetoder, inklusive moderne adjuvant kjemoterapi, hormonbehandling og strålebehandling, har ført til redusert brystkreftdødelighet, uavhengig av tidlig diagnose. Dette er antakelig den viktigste enkeltfaktor å ta hensyn til. I tillegg kan diagnostisk mammografi på varierende indikasjoner være av betydning, men det bør også tas hensyn til såkalt villscreening før og etter etableringen av mammografiprogrammet.

I diskusjonen om mammografiscreening har begrepet «overdiagnostikk» stått sentralt (3). Det dreier seg om svulster med ondartet histologi og godartet sykdomsforløp. I slike tilfeller mangler vi dessverre metoder som gjør at vi med høy grad av sikkerhet kan si at sykdommen er ufarlig – derfor har den klinisk ansvarlige lege ikke annet valg enn å behandle. Dersom svulsten er liten og behandlingen brystbevarende kirurgi, kan man hevde at kvinnen ikke blir

påført noe stort traume, men dersom hun i tillegg får unødvendig behandling med for eksempel cellegift, stiller saken seg annerledes. Det grunnleggende problemet for disse pasientene er at ingen med sikkerhet kan vite om behandlingen er nødvendig eller ikke.

En annen gruppe er kvinner der mammografiscreeningen tilsier malign svulst, men den kliniske utredningen konkluderer med at svulsten er godartet. Dette er de falskt positive tilfellene, der mammografifunnet taler for brystkreft, men kvinnen i virkeligheten ikke har sykdommen. Dette er en utfordring som ikke må overses, men heller ikke overdrives. Dersom helsevesenet behandler disse kvinnene på en ordentlig måte, er det mye som tyder på at prosessen frem til at sykdomsmistanken er avkreftet, ikke vil få langsiktige konsekvenser for dem det gjelder.

Debatten om mammografiscreening berører egentlig ikke pasienter der kreftutviklingen er kommet for langt. Riktignok kan det hevdes at disse kom for sent til behandling og at mammografiscreening i tidlig fase av sykdommen kunne ført til en mindre invasiv terapi med færre bivirkninger, men dette er usikkert. Her spiller det også en rolle at mammografiscreeningen er bedre egnet til å fange opp langsomtvoksende svulster med lav aggressivitet enn til å avdekke tilstedeværelsen av hurtigvoksende svulster. Dermed kan det se ut som svulster som oppdages ved screening, har lavere dødelighet enn svulster som for eksempel oppdages mellom to screeningundersøkelser. Egentlig skyldes forskjellen i dødelighet at de aggressive svulstene vokser fort og ikke så lett lar seg påvise mens de er i en preklinisk, potensielt kurativ fase – «length bias». Slike hurtigvoksende svulster kalles ofte intervallsvulster, fordi de oppdages mellom to screeningundersøkelser.

Det er altså kvinner med brystkreft som bare kan kureres når diagnosen stilles preklinisk som kan sies å ha virkelig nytte av mammografiscreening. For de andre har ikke mammografiscreeningen noen avgjørende betydning i forhold til sykdommens dødelighet. I 2005 fikk litt over 1 400 norske kvinner mellom 50 og 69 år diagnosen brystkreft, det vil si omtrent halvparten av dem som fikk kreft det året. Dersom mammografiprogrammet skal bedømmes ut fra dødeligheten av brystkreft i befolkningen, må to spørsmål kunne besvares: Hvor stor andel av pasientene befinner seg i gruppen som kan ha nytte av screeningen, og når kan vi forvente å se en eventuell nedgang i brystkreftdødelighet hos dem? Forut for en offentlig vurdering av mammografiprogrammet bør man kombinere screeningdata og data om sykdomsforløp i et forsøk på å besvare disse spørsmålene.

Lars J. Vatten
lars.vatten@ntnu.no

Lars Vatten (f. 1952) er dr.med. og professor i epidemiologi ved Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Schlichting E. Er mammografiscreening nyttig? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2226.
2. Tverdal A. Brystkreftdødelighet i Norge og England. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2703.
3. 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.