

studier har man kommet til liknende konklusjoner (6). Kvinner er i ti år blitt systematisk feilinformert om nytte- og skadeeffekter av mammografiscreening. Ledende brystkreftmiljøer i Norge lar dette bare skure og gå.

Per-Henrik Zahl

Nasjonalt folkehelseinstitutt

Jan Mæhlen

Ullevål universitetssykehus

Litteratur

1. Hofvind S, Sørum R, Haldorsen T et al. Brystkreftforekomst før og etter innføring av mammografiscreening. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2935–8.
2. Zahl P-H, Strand BH, Mæhlen J. Breast cancer incidence in Norway and Sweden during introduction of nation-wide screening: prospective cohort study. BMJ 2004; 328: 921–4.
3. Møller B, Hofvind S, Weedon-Fekjær H. Unjustified conclusion on overdiagnosis. BMJ 2004; 328: E306 (12.6.2004). <http://www.bmj.com/cgi/eletters/328/7445/921> (21.11.2006).
4. Zahl P-H, Andersen JM, Mæhlen J. Spontaneous regression of cancerous tumors detected by mammography screening. JAMA 2004; 292: 2579–80.
5. Zahl P-H, Mæhlen J. Overdiagnostisering ved mammografiscreening. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2238–9.
6. Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD001877.

S. Hofvind og medarbeidere svarer:

Zahl & Mæhlen gir misvisende informasjon om mammografiscreening. De omtaler antall tilfeller av histologisk verifisert infiltrerende brystkreft utover antall kliniske tilfeller oppdaget før screeningen startet (bakgrunnsforekomst) som overdiagnostikk. Så vidt vi vet, finnes det ingen vitenskapelige studier som viser at infiltrerende brystkreft kan betraktes som ufarlig eller som pseudo-kreft. I studier av overdiagnostikk har man til nå hovedsakelig konsentrert seg om ductalt carcinoma in situ. En nylig publisert randomisert studie viste riktignok 10 % overdiagnostikk for ductalt carcinoma in situ og infiltrerende brystkreft samlet (1). Ved innføring av mammografiscreening forventes økt forekomst av brystkreft, fordi svulstene diagnostiseres i et tidligere stadium av sykdommen enn ved klinisk oppdaget brystkreft (2, 3). Svulststørrelsen vil da være mindre, og færre svulster vil ha spredt seg til lymfeknuter og omkringliggende vev. En rekke randomiserte, kontrollerte studier og screeningprogrammer har således vist betydelig reduksjon i dødelighet av sykdommen (2, 4). Økningen i forekomst forventes å være høyere blant kvinner som blir undersøkt for første gang enn blant dem som er undersøkt flere ganger. I tillegg vil det være en naturlig økning i forekomst. Europeiske retningslinjer angir en forekomst på mer enn 50 % av bakgrunnsforekomsten som akseptabel blant flergangsscreenede (3). Våre resul-

tater, som er beregnet ut fra totalpopulasjonen (5), synes derfor å være tilfredsstillende i forhold til disse retningslinjene (2).

Zahl & Mæhlen skriver også at landsdekkende mammografiscreening har økt antall brystkrefttilfeller, inkludert ductalt carcinoma in situ, fra ca. 2 000 til 3 000 per år. Vi kan ikke gjenfinne disse tallene, men mistenker at de her blander sammen brystkrefttilfeller i totalpopulasjonen, brystkreft blant dem som er invitert til mammografiscreening og brystkreft blant dem som har fått sin diagnose som følge av screeningen. Vår studie var basert på totalpopulasjonen av kvinner i screeningalder (50–69 år) i de aktuelle fylkene (5). Zahl & Mæhlen skriver dessuten at den nylig utgitte Cochranerapporten ikke viser gevinst i form av redusert dødelighet. Dette er feil – rapporten konkluderer med 15–20 % reduksjon i dødelighet.

Mammografiscreeningen i Norge er stadig gjenstand for debatt, til tross for klare anbefalinger om regelmessig screening fra bl.a. Verdens helseorganisasjon, EU-kommisjonen og National Cancer Institute i USA, der sågar både yngre og eldre aldersgrupper er inkludert i enkelte anbefa-

linger. Vi ser positivt på at den offentlige mammografiscreeningen vurderes og debatteres, men dette må skje på et saklig og vitenskapelig grunnlag.

**Solveig Hofvind
Ragnhild Sørum
Tor Haldorsen
Frøydis Langmark**
Kreftregisteret

Litteratur

1. Zackrisson S, Andersson I, Janzon L et al. Rate of over-diagnosis of breast cancer 15 years after end of Malmö mammographic screening trial: follow-up study. BMJ 2006; 332: 689–92.
2. Perry N, Broeders M, de Wolf C et al. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening. 4. utg. Brussel: European Commission, 2006.
3. Vainio H, Bianchini F, red. Breast cancer screening. IARC handbook of cancer prevention volume 7. Lyon: IARC Press, 2002.
4. Swedish Organised Service Screening Evaluation Group. Reduction in breast cancer mortality from organized service screening with mammography: 1. Further confirmation with extended data. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2006; 15: 45–51.
5. Hofvind S, Sørum R, Haldorsen T et al. Brystkreftforekomst før og etter innføring av mammografiscreening. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2935–8.