

# Mammografiscreening bør avvikles

De lovende resultatene for effekten av mammografiscreening fra 30 år gamle randomiserte studier kan ikke bekreftes når fasiten avleses i brystkreftdødelighet etter tiår med screening i flere vestlige befolkninger.

Da det organiserte mammografiscreening-programmet ble utprøvd i Norge i 1990-årene var det uttalte målet at brystkreftdødeligheten skulle reduseres med 30 % (1). Dette anslaget ble ansett å være realistisk etter analysen av den første runden med screening i fylkene Oslo, Hordaland, Akershus og Rogaland i 1996–97 (2). Optimismen var påtakelig. Tiårsoppfølgingen av en svensk randomisert studie antydde faktisk nesten 50 % reduksjon i brystkreftdødeligheten (3), og det ble nærmest et folkekrav at tilbudet skulle utvides til hele landet.

Normalt bygger man kunnskap i moderne medisin ved hjelp av basalfaglige, kliniske og epidemiologiske studier, så også når man vurderer nytten av mammografiscreening. De randomiserte studiene fra Sverige, Canada og USA som ble igangsatt for om lag 30 år siden, brukes den dag i dag som premissleverandør for nytten av mammografiscreening. Gjennom de tiår som er gått er det i tillegg gjennomført en rekke analyser av den pågående mammografiscreeningen i flere land. Man har fulgt trender, benyttet seg av modellering, analysert inviterte mot ikke-inviterte, møtte mot ikke-møtte osv. Resultatene fra disse studiene har mildt sagt vært motstridende. Kreftregisteret i Norge publiserte så sent som i mai 2013 studier der man hevder en erfart halvering av brystkreftdødelighet som følge av screeningen (4).

Den eneste systematiske oversikten over effekt av mammografiscreening fra Cochranesamarbeidet (5) konkluderer entydig med at mammografiscreening ikke har gitt statistisk signifikant lavere brystkreftdødelighet (analyse av studiene med adekvat randomisering), kreftdødelighet eller totaldødelighet. Overdiagnostisering av invasiv brystkreft ble samtidig anslått til 30 %. I en kanadisk randomisert studie av kvinner i alderen 40–59 år var det gjennomsnittlig 2 mm forskjell i diameter på kreftsvulstene som ble oppdaget ved screening sammenliknet med dem som ble oppdaget ved klinisk undersøkelse. Alle deltakerne gjennomgikk en klinisk brystundersøkelse før randomisering. Kvinnene i aldersgruppen 40–49 år ble på individbasis randomisert til enten fire påfølgende årlige mammografiundersøkelser kombinert med klinisk undersøkelse eller vanlig oppfølging (usual care) hos sin primærlege. Kvinnene i aldersgruppen 50–59 år ble på individbasis randomisert til enten fire påfølgende årlige mammografiundersøkelser kombinert med klinisk undersøkelse eller årlige kliniske brystundersøkelser ved screeningsenteret. Deltakerne er nå blitt fulgt i 25 år, og resul-

tatene er nylig publisert (6). Det ble ikke funnet statistisk signifikant forskjell i brystkreftdødelighet mellom gruppene, og totaldødeligheten var også nær identisk, med et snevert konfidensintervall.

## Fasiten foreligger

Konfliktene mellom «tilhengere» og «motstandere» av mammografiscreening har vært emosjonelle, og konfliktnivået har vært høyt (7). Det er tid for å roe ned frontene. Vi må huske på at både kliniske og epidemiologiske studier samt analyser av eksisterende programmer er studier på utvalg som kun gir et estimat av det som skjer på populasjonsnivå. Usikkerheten i disse estimatene kvantifiseres ved hjelp av konfidensintervaller. Virkeligheten, og dermed fasiten, er imidlertid det som faktisk skjer i befolkningen. Alle vestlige land har solid dødelighetsstatistikk og kan derfor over tid gi svaret med hensyn til hva som er skjedd med dødeligheten av brystkreft.

Fra flere land foreligger denne fasiten. Brystkreftdødelighetsdata fra Norge, Sverige, Nord-Irland, Irland, Nederland og Belgia er sammenstilt (8). Disse landene har forskjellige tidspunkt for innføring av organisert mammografiscreening. Man trenger ikke en gang statistiske analyser for å se hva tallene viser: Innføring av et systematisk mammografiscreeningprogram har hatt liten eller ingen innflytelse på brystkreftdødeligheten. Det samme gjelder i USA (9). Er dette dårlige nyheter? Til det kan man svare både ja og nei. Den gode nyheten er at det ikke ser ut til at innføring av mammografiscreening har ført til økt dødelighet. Den dårlige nyheten er at altfor mange kvinner er blitt utsatt for unødige mutilerende inngrep samt plagsom cytostatika- og strålebehandling på grunn av overdiagnostisering.

Jeg mener det nå er på høy tid at man legger prestisje til side og erkjenner at mammografiscreening ikke lenger kan forsvares faglig. Den oppmerksomhet som er blitt viet brystkreftproblemet bør imidlertid opprettholdes og de brystdiagnostiske sentrene bør bevares. Vi vil dermed oppnå at et lavest mulig antall kvinner utsettes for det traumatiske budskapet om at de har brystkreft, tilby disse den best mulige behandlingen og samtidig spare mange andre kvinner det psykiske og fysiske traumet det er å gå gjennom en unødige brystkreftdiagnose.

Noen land har gått foran. Når Swiss Medical Board både anbefaler avvikling av eksisterende mammografiscreening-

programmer og fraråder oppstart av nye (10, 11), er det grunn til å spisse ørene.

**Vinjar Fønnebo**  
vinjar.fonnebo@uit.no

Vinjar Fønnebo (f. 1952) er professor i forebyggende medisin ved Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø og direktør for Nasjonalt forskningscenter innen kompleksemter og alternativ medisin. Han er seniorrådgiver ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering i Helse Nord, og medlem av Ekspertgruppe for medisinske kvalitetsregistre. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

## Litteratur

- Langmark F. Mammografi-programmet er ennå ikke evaluert. Dagens medisin 15/10. [www.dagensmedisin.no/debatt/mammografi-programmet-er-enna-ikke-evaluert/](http://www.dagensmedisin.no/debatt/mammografi-programmet-er-enna-ikke-evaluert/) (14.5.2014).
- Wang H, Kåresen R, Hervik A et al. Mammography screening in Norway: results from the first screening round in four counties and cost-effectiveness of a modeled nationwide screening. *Cancer Causes Control* 2001; 12: 39–45.
- Tabár L, Vitak B, Chen H-H et al. Beyond randomized controlled trials: organized mammographic screening substantially reduces breast carcinoma mortality. *Cancer* 2001; 91: 1724–31.
- Höfviind S, Ursin G, Tretli S et al. Breast cancer mortality in participants of the Norwegian Breast Cancer Screening Program. *Cancer* 2013; 119: 3106–12.
- Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 6: CD001877.
- Miller AB, Wall C, Baines CJ et al. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomized screening trial. *BMJ* 2014; 348: g366.
- Gøtzsche PC. Mammography screening: truth, lies and controversy. London: Radcliffe, 2012.
- Autier P, Boniol M, Gavin A et al. Breast cancer mortality in neighbouring European countries with different levels of screening but similar access to treatment: trend analysis of WHO mortality database. *BMJ* 2011; 343: d4411.
- Bleyer A, Welch HG. Effect of three decades of screening mammography on breast-cancer incidence. *N Engl J Med* 2012; 367: 1998–2005.
- Swiss Medical Board. Systematic mammography screening. [www.medical-board.ch/fileadmin/docs/public/mb/Fachberichte/2013-12-15\\_Bericht\\_Mammographie\\_Final\\_Kurzfassung\\_e.pdf](http://www.medical-board.ch/fileadmin/docs/public/mb/Fachberichte/2013-12-15_Bericht_Mammographie_Final_Kurzfassung_e.pdf) (14.5.2014).
- Biller-Andorno N, Jüni P. Abolishing mammography screening programs? A view from the Swiss Medical Board. *N Engl J Med* 2014; e-publiert 16.4.2014.

Mottatt 17.4. 2014 og godkjent 14.5. 2014. Redaktør: Hanne Støre Valeur.

Publisert først på nett.

 Engelsk oversettelse på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)