

LUNGRÖNTGEN SOM EFTERKONTROLL

Att kontrollröntga lungorna efter en nedre luftvägsinfektion är rutin på många håll. Men är det nödvändigt? Bengt Järhult ställer frågorna, Alfred Szamosi och Kerstin Cederlund svarar.

Gör kontrollröntgen mer nytta än skada?

Att kontrollröntga lungorna efter en nedre luftvägsinfektion görs på många håll som rutin. Generationer av läkare har lärt sig detta i sin ungdom på universitetssjukhusen. Läkemedelsboken formulerar det så här: »Pneumonier hos personer över 40 år bör kontrolleras med lungröntgen inom åtta veckor efter insjuknandet, speciellt hos rökare» [Läkemedelsboken 95/96, sidan 617].

Från mitt perspektiv som distriktsläkare på landet kommer man inte ifrån att en röntgenremiss till stadens sjukhus i praktiken innebär en halv dags arbetsfrånvaro för yrkesverksamma, och erbjuder betydande svårigheter för de äldre som saknar kommunikationer. Med mina kontrollremisser fyller jag röntgenavdelningen med patienter som kanske inte behövde vara där; jag utsätter patienterna för radioaktiv strålning, som möjligen kan inducera neoplasm.

För patienter som mår bra tre till fyra veckor efter sin luftvägsinfektion kan jag inte påminna mig att jag någonsin fått något egentligt medicinskt utbyte av min röntgenremiss. Kanske har jag lugnat patienten ibland, och framför allt mig själv, men kan inte det göras med billigare och ofarligare metoder?

Kontrollröntgen etisk?

Finns det någon vetenskapligt bevisad nytta av att kontrollröntga patienter efter kliniska eller röntgenverifierade bronkopneumonier och andra nedre luftvägsinfektioner? Inte minst är förhoppningen att kunna hitta lungcancer i ett tidigt skede. Gör man det? Skärmbildsundersökning och lungröntgen av friska som screening för cancer anses ju inte längre etiskt försvarbart? Bör det inte gälla även populationen till synes friska patienter efter genomgången pneumoni/nedre luftvägsinfektion?

Och – mest relevant – om man hittar en lungcancer, är det visat att en tumör upptäckt på röntgenkontroll efter en

nedre luftvägsinfektion fångas i ett sådant skede att förlopp och prognos kan påverkas? Om inte utgången påverkas, är det inte mer etiskt försvarbart att låta patienten i månader eller i år leva till synes frisk utan att låta dödsdomen mala sönder livskvaliteten?

Jag vill tydliggöra att jag pratar om gruppen patienter som mår bra efter behandlingen av en djup luftvägsinfektion. Självklart finns ibland goda grunder för en röntgenkontroll om patienten inte tillfrisknat som förväntat, misstänks ha en blandad genes med t ex hjärtsjukdom eller från epidemiologisk synpunkt utgör ett riskfall, är t ex flyktig.

Den stora volymen röntgenundersökningar görs emellertid på patienter som i övrigt ter sig friska, inklusive barn. Är det för denna grupp bevisat att röntgenkontroll gör mer nytta än skada? Och om så är fallet kan man ytterligare avgränsa vilka patientgrupper man ve-

Lungröntgen en bra, billig, enkel och ofarlig metod

Bengt Järhults frågor utkristalliseras kring fem punkter:

Bör man verkligen kontrollröntga (alla?) patienter efter en pneumoni?

Det generella svaret på frågan är nej, men det måste nyanseras.

»Pneumoni» är i detta sammanhang inte en enhetlig sjukdom. I en del fall kan diagnosen ha ställts kliniskt, dvs är enbart förmodad. Röntgenverifierade pneumonier faller grovt in i två grupper, lobära respektive icke lobära. I strikt mening omfattar den sistnämnda gruppen också knappt synliga, minimala



SERIE

Omprovningen

Serien under vinjetten »Omprovningen» inleddes i Läkartidningen 16/96 med fyra inlägg:

Järhult B. Colonröntgen vid utredning av funktionella tarmbesvär?

Fasth S. Avstå från onödig colonröntgen! Cancermisstanke kan avfärdas med skärpt diagnostik.

Järhult B. Kan väl dokumenterade ovanor försvaras? Avvänjningen från inlärd »sanningar» plågsam.

Krakau I, Överby A. Vad är allmänläkarens beprövade erfarenhet värd?

tenskapligt visat har mest nytta av röntgenundersökningen – utifrån ålder, kön, rökvanor, antal recidiv av bronkopneumonier etc?

Bengt Järhult
distriktsläkare,
Kyrkhult/Olofström

bronkopneumonier som kan förekomma vid en kliniskt typisk »övre luftvägsinfektion», dvs ett tillstånd med hosta, feber och föga allmänpåverkan. Dessa fall finns det säkert ingen anledning att röntga överhuvudtaget, än mindre att kontrollröntga.

Lobära pneumonier är ofta bakterieella. Patienterna kan vara påverkade, är med all säkerhet inte i arbete och kan till och med bli intagna på sjukhus. Det samma gäller svårare former av virusinfektioner och andra pneumonier. Sådana patienter röntgas ändå, som regel upprepade gånger, under sjukdoms-

förloppet. Åter andra patienter har upprepade pneumonier på kort tid. Vi har svårt att tänka oss det berättigade i att låta utbredda radiologiska förändringar vara kvar okontrollerade, bara därför att febern har gått ner och patienten känner sig bättre. Man kan gå länge också med ett post-pneumoniskt empyem utan klar symtomatologi.

Kan man verkligen upptäcka lungcancer med kontrollröntgen efter pneumoni?

Svaret är ja. De båda sjukdomarna har flera beröringspunkter med varandra. Låt oss nämna två:

1. Det är känt sedan gammalt att en tumör som förtränger eller ockluderar en större bronk främjar uppkomst av pneumoni och andra inflammatoriska förändringar t ex bronkiektasi, abscess.

2. Praktiskt taget alla lungcancer-tumörer som går till kirurgi är upptäckta vid lungröntgen. Symtomgivande cancer-tumörer är som regel inoperabla. Detta medför att närhelst en operabel tumör upptäcks visar det sig att undersökningen föranleddes av någon annan orsak än misstanke om cancer. Kanske har patienten röntgats »i onödan», t ex i samband med en banal bronkopneumoni, verklig eller misstänkt.

Lungcancerincidensen i landet ligger något över 3 000 fall/år. Knappt hälften av dessa är centrala och endast en mindre del av dem yppar sig kliniskt som pneumoni. Som räkneexempel kan vi dividera antalet fall med antalet primärvårdsläkare i landet. Vi ser att även om alla dessa patienter skulle handläggas av primärvårdsläkare blir chansen att det blir »napp» inte särskilt stor, vare sig vi räknar per remiss eller per doktor.

Har det visats med vetenskapliga (=statistiska?) metoder att kontrollundersökning efter pneumoni är av kliniskt värde?

Oss veterligen inte. Men man kan gå ännu längre. Man har även påtalat att det saknas publicerade vetenskapliga undersökningar som skulle visa det kliniska värdet av lungröntgen överhuvudtaget! [1]. Denna författare säger att »the use of chest radiography today arose... from faith in technology and ...

from historical practice with little medical evidence of its value».

Frågan infinner sig osökt om det finns några statistiska studier som visar värdet av att överhuvudtaget söka läkare vid sjukdom. På många mottagningsar dominerar klientelet dels av patienter med sjukdomar vilka antingen med stor sannolikhet ändå skulle gå över av sig själva, dels av fall det inte går att göra något åt. Detta faktum förvrider statistiken. Det är dock uppenbart att det för patienter med vissa allvarliga sjukdomar kan innebära stor skillnad om de blir omhändertagna på rätt sätt från början eller ej.

Är det vetenskapligt (= med statistiska metoder?) bevisat att tidig upptäckt av lungcancer förlänger livet för stora patientgrupper?

Resultaten av genomförda studier är inte helt entydiga och det finns olika uppfattningar i frågan [25]. Emellertid handlar de flesta studierna inte om effekten av tidig upptäckt, utan om effekten av periodiska massundersökningar, vilket inte är riktigt samma sak. De flesta cancer-tumörer upptäcks nämligen inte så snart de syns på röntgen, utan först mycket senare. Orsaken är antingen att de missas av röntgenläkarna, vilket är mycket vanligt, eller att röntgenundersökning överhuvudtaget inte äger rum just då. Ytterligare försening inträffar ofta på grund av den ofta felriktade iveren att mikroskopiskt verifiera diagnosen innan man vidtar några åtgärder.

Låt oss här för försiktighets skull anta att något allmänt vedertaget bevis för positiv effekt, i ovanstående bemärkelse, inte finns i dag.

Är det angeläget att upptäcka lungcancer så tidigt som möjligt?

Svaret är ett obetingat ja. Detta står inte i motsatsställning till antagandet som vi nyss nämnde. Långtidsöverlevande lungcancerpatienter finns i någon större utsträckning (ännu) endast i den opererade gruppen. Operation måste ske innan tumorn har metastaserat eller invaderat andra organ.

Det må vara obefogat med massundersökningar, som under alla förhållanden ger ett i förhållande till de satsade resurserna måttligt utbyte. Läkare har dock ett särskilt ansvar för de patienter som söker dem. Det skulle vara cyniskt att ge upp alla de potentiellt kurabla fallen redan från början, med motivering att oddsen inte är särskilt höga. Chansen till bot finns, och den är inte betydelselös.

Sammanfattning

Om vi nu skall försöka oss på en sammanfattning, så finns det ingen an-

ledning att rutinmässigt röntga folk vid misstänkta eller verifierade virusinfektioner, övre luftvägsinfektioner eller epidemier, i synnerhet om klinik och förlopp är typiska.

När exakt man bör röntga vid ett långdraget eller på annat sätt atypiskt förlopp är en avväggningsfråga som beror på bl a patientens ålder (cancer är mycket ovanlig före 40 års ålder, och tidig diagnostik kan vara mindre angelägen hos mycket gamla eller nedgångna patienter), tidigare sjukhistoria och symtomatologi. I ett för övrigt okomplicerat fall förefaller en toleransnivå på mellan sex och åtta veckor inte orimlig.

Beträffande rökvanorna får man hålla i minnet att många lungcancerpatienter, framför allt kvinnor, får lungcancer utan att själva ha rökt.

Vi bör också vara medvetna om att lungorna till stor del är otillgängliga för undersökning vid ett vanligt läkarbesök. Lungröntgen är en billig, enkel och ofarlig metod som utgör ett utmärkt komplement till den fysikaliska undersökningen. Det vore därför dumt att dra indikationerna alltför snävt. Tvärtom, en allmänt generös inställning är att rekommendera. Väl utförd och tolkad kan en lungröntgen hitta många kliniskt oanade sjukdomar, förutom lungcancer. Hur ofta detta händer beror dels på samsättningsen av patientklientelet, dvs på den lokalt förekommande frekvensen av dylika sjukdomar, dels på vår kliniska skicklighet att selektera patienterna som vi skickar till röntgen.

Beklagligtvis tycks en del röntgenläkare ha en något begränsad entusiasm för den tekniskt ej så krävande konventionella röntgenmetoden; vilket tenderar att minska det potentiella värdet av undersökningen. Det är en viktig uppgift för landets röntgenprofessorer att söka ändra på detta förhållande.

Litteratur

1. Gurney JW. Why chest radiography became routine. *Radiology* 1995; 195: 245-6.
2. Roberts CM, Spiro SG. Is screening for lung cancer meaningful? *Eur Respir J* 1990; 3: 853-5.

Författare

ALFRED SZAMOSI

docent, thoraxradiologiska avdelningen, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

KERSTIN CEDERLUND

överläkare, avdelningen för diagnostisk radiologi och nuklearmedicin, Huddinge sjukhus.