

Replik om screening för cervixcancer:

Cervixcytologin uppfyller inte kvalitetskraven på ett bra screeningtest

Vi lever i en tid då evidensbaserad medicin (ebm) står högt i kurs. Då känns det inte riktigt bra att Bengt Andræ och Björn Strander (i Läkartidningen 35/00, sidorna 3784-5) viftar bort min invändning att det inte finns randomiserade studier som har utvärderat cellprovscreeningen.

Så kallade tid-trend-studier, geografiska jämförelser och fall-kontrollstudier ligger längre ner på rankinglistan för vad som är förenligt med ebm, och är studier med lägre bevisvärde.

Trenden för incidensen redan nedåtgående i vissa länder

Trenden för incidensen och dödlighet av invasiv cervixcancer har varit nedåtgående i ett vissa länder (Holland, Japan, New Zealand) innan massscreeningen startade, och har trots intensiv screening planat ut de senaste 10–20 åren i Sverige [1]. Detta är ett besvärande utgångsläge om man litar på tid-trend-studier och inte använder sig av randomiserade studier.

I Socialstyrelsens senaste rapport [1] finner vi i Table J ingen statistiskt signifikant trend de senaste 10 åren för den åldersjusterade incidensen av invasiv cervixcancer. Även den åldersjusterade dödligheten i cervixcancer har inte märkbart förändrats de senaste 10 åren. Den var 3,7 per 100 000 kvinnor år 1988 (183 dödsfall) och 3,5 per 100 000 kvinnor år 1997 (169 dödsfall).

Vad har vi åstadkommit?

Vi har tagit nästan en miljon cellprovårigen och utsatt tiotusentals kvinnor för kirurgiska ingrepp. Så vad har vi åstadkommit det senaste decenniet med

Författare

PETER BISTOLETTI
överläkare, docent, Karolinska institutet, kvinnokliniken, Hud-
dinge Universitetssjukhus.
peter.bistoletti@obgyn.hs.sll.se

screeningverksamheten? Man bör vara försiktig i sina uttalanden om screeningens positiva effekter. En viss skepsis är på sin plats.

Att HARG (Svensk förenings för obstetrik och gynekologi Arbets- och referensgrupp för förebyggande gynekologisk hälsokontroll) 1997 efter ett långt och mödosamt arbete har kommit med behandlingsrekommendationer betyder inte automatiskt att dessa följs.

Handläggningen varierar stort

Variationen hur man handlägger patienter är stor. Kryobehandling görs sällan i västra Sverige, men ofta i Stockholm; lätta cytologiska atypier handläggs på olika sätt, på vissa kliniker koniseras även kvinnor med lätta atypier direkt. Uppföljningsrutiner skiljer sig åt.

Det fanns och finns fortfarande så många olika uppfattningar i olika delar av landet hur man skall utreda, behandla och följa upp patienter med cellatypi att man inte kan tala om någon konsensus. Förklaringen är bara delvis att man inte följer gängse riktlinjer och tycker att man vet bäst, utan beror bl a på att det finns flera områden där man inte vet vad som är bäst för patienten. Resultatet är att kvinnorna idag får olika besked beroende på var de söker vård.

Cytologins kvalitet

Beträffande cytologins kvalitet publicerades nyligen en genomgång av 94 studier som jämförde cytologin med en referensstandard [2]. Bland studierna med minst bias var sensitiviteten 59 procent och specificiteten 95 procent. Slutsatsen var att cytologin inte samtidigt kan ge hög sensitivitet och hög specificitet. En metaanalys har publicerats med motsvarande resultat [3]. Medeltalen för sensitivitet, 58 procent, och specificitet, 69 procent, motsvarar ej de kvalitetskrav man måste ställa på ett massscreeningstest [3].

Aldrig varit vanlig i Sverige

Cervixcancern har aldrig varit en vanlig tumör i Sverige, varken sig före eller efter screeningen: omkring 800 fall per år innan screeningen startade,

”En del av sänkningen av incidens och dödlighet i cervixcancer har säkerligen åstadkommit genom screeningen. Men jag känner mig tveksam till om hela effekten kan tillskrivas screeningen, och är mycket fundersam över cytologins kvalitet, överbehandlingen, iatrogena skador, »missarna» och de höga kostnaderna.”

och omkring 500 fall per år de senaste decenniet. En del av sänkningen av incidens och dödlighet i cervixcancer har säkerligen åstadkommit genom screeningen. Men jag känner mig tveksam till om hela effekten kan tillskrivas screeningen, och är mycket fundersam över cytologins kvalitet, överbehandlingen, iatrogena skador, »missarna» och de höga kostnaderna.

HARG är uppenbarligen överens med mig om att det finns »väsentliga brister i den svenska screeningsverksamheten kring organisation, kvalitets-säkring, över- och underbehandling». Det är inte mera än vad jag ville ha sagt med min debattartikel.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Cancer incidence in Sweden 1998. Stockholm: Socialstyrelsen, 2000.
2. Nanda K, McCrory D, Myers E, Bastian L, Hasselblad V, Hickey J et al. Accuracy of the Papanicolaou test in screening and for follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. *Ann Intern Med* 2000; 132: 810-9.
3. Fahey MT, Irwig L, Macaskill P. Metaanalysis of Pap test accuracy. *Am J Epidemiol* 1995; 141: 680-9.