

Mammografiscreening vid vägskälet – ett förslag till information till kvinnorna

Det har snart gått två år sedan Lars Ståhle och jag presenterade vårt arbete i Läkartidningen om mammografihälsokontrollernas effekt i vardagssjukvården. Vår slutsats var att någon effekt på populationsbasis inte kunde ses i Sverige 8–9 år efter införande av hälsokontroller med mammografi i 17 svenska landsting [1].

Kritiken mot vårt arbete var att observationstiden var för kort, och att vår metod för att beräkna effekten av bröstcancerdödligheten utan mammografier inte var tillförlitlig. Vi besvarade denna kritik, och våra slutsatser kvarstår [2-4].

Nya studier har tillkommit

Sedan dess har flera stora viktiga arbeten i ämnet publicerats. Gøtzsche och Olsen från danska Cochrane-institutet genomförde en detaljerad granskning i Lancet av de viktigaste forskningsstudierna av mammografihälsokontroller [5]. Endast två av studierna, Malmö- och Kanadastudierna, ansågs korrekt genomförda. Dessa studier har det gemensamt att de inte kan påvisa någon effekt av hälsokontroller med mammografi efter 9 respektive 10 års uppföljning [6, 7].

Nyligen publicerade Blanks och medarbetare, i BMJ i september 2000, en uppföljning av mammografihälsoprogrammet i England och Wales 1990–1998 [8]. Denna studie visade en beräknad, ej signifikant, reduktion av bröstcancerdödligheten vid mammografiscreening med 6,4 procent, vilket är en bråkdel av vad man hoppats att uppnå. Författarna använde samma typ av data och en likartad ana-

lysmetod som vi använde för att beräkna bröstcancerdödligheten i populationen utan mammografihälsokontroller [1].

I september månad kom ytterligare en viktig publikation, A Millers och medarbetares rapport efter 13 års uppföljning av den, enligt danska Cochrane-institutet, högkvalitativa Kanadastudien [9]. I The Journal of National Cancer Institute skriver de att ingen effekt kan ses i den randomiserade studie som startade 1985 med ca 20 000 kvinnor i åldern 50–59 år i respektive försöksgrupper. Efter 13 år med årliga mammografier och bröstpalpationer jämfört med endast årliga bröstpalpationer hade 107 respektive 105 kvinnor dött i de två grupperna. I studiens inledningsskede hittades många små tumörer i mammografigruppen jämfört med palpationsgruppen. Dessa tidigt upptäckta tumörer påverkade sålunda inte bröstcancerdödligheten efter 13 års uppföljning.

Utvecklingen i de 17 landstingen

Vi har fortlöpande följt utvecklingen i våra 17 studerade landsting, men ser bara en svag minskning av bröstcancerdödligheten till och med 1997 (det 9:e–10:e året i vår studie). Närmare bestämt fann vi under perioden 1988–1997 för kvinnor i åldern 50–78 år att 7 315 kvinnor avled av bröstcancer mot beräknat 7 440 (dvs vad som förväntats utan mammografiscreening).

Således avled 125 individer färre – en minskning med 1,7 procent. Den

Kvinnans bröst. I all sjukvård och i synnerhet i uppsökande och förebyggande vård måste fördelarna för de inbjudna deltagarna vägas mot nackdelarna. Detta gäller även mammografiscreening.

FOTO: IBL

”Hittills har man sagt att det dröjer 15–20 år innan vi får se de positiva effekterna i form av en 25-procentig minskning av bröstcancerdödlighet vid dessa hälsokontroller. Vi har med mer än önskvärd tydlighet visat att detta är fel. Socialstyrelsen måste fatta ett nytt beslut.”

Författare

GÖRAN SJÖNELL

med dr, husläkare, Kvartersakuten
Matteus, Stockholm

LARS STÅHLE

docent, överläkare, klinisk farmakologi,
Huddinge sjukhus.

ANNONS

minskning, -28 procent som beräknades ur Östergötland-Kopparbergsstudien, skulle i den studerade åldersgruppen ha motsvarat 896 individer till och med 1997 [10]. Metoden för att beräkna denna »vinst» är beskriven i vårt arbete i Läkartidningen [1].

Skillnaden – de 771 kvinnor som trots det svenska hälsokontrollprogrammet med mammografi avlidit i bröstcancer – kan bara förklaras av att detta program inte har den effekt i vardagssjukvården som man tidigare trott. Således ses inte någon säker effekt av mammografihälsokontroller avseende dödligheten i bröstcancer ett decennium efter dess start i 17 svenska landsting.

Sammantaget visar tre stora studier att effekten av mammografihälsokontroller avseende dödlighet i bröstcancer är liten: vår studie -1,7 procent, den engelska -6,4 procent och den kanadensiska 0 procent [1, 8, 9]. Slutsatsen blir att mammografiscreening inte har annat än marginella effekter på bröstcancer mortaliteten.

Varför bara marginell effekt?

Varför är det så? Den mest sannolika förklaringen är nog att mammografiupptäckta tumörer inte hittas tillräckligt tidigt för att påverka metastaseringen av de allvarliga och snabbväxande tumörerna. Detta stöds av en undersökning gjord av Tabar och medarbetare, som visar att en liten grupp små tumörer står för en stor andel av dödligheten vid mammografiupptäckta bröstcancerfall [11].

Tumörens biologiska egenskaper synes vara det helt avgörande för prognosen, inte tumörens storlek vid upptäckten. Detta påstående bekräftas av flera arbeten, bl a Braun och medarbetare som nyligen fann att de biologiska egenskaperna hos bröstcancertumörer, såsom östrogenreceptorstatus och förekomst av mikrometastaser, har stor betydelse för överlevnad, men inte en makroskopisk egenskap som tumörstorlek [12]. Förbättringen av bröstcancerbehandlingen, främst tamoxifen-terapi, hjälper oavsett tumörstorlek vid upptäckten.

Screeningens nackdelar

I all sjukvård och i synnerhet i uppsökande och förebyggande vård måste fördelarna för de inbjudna deltagarna vägas mot nackdelarna. Av ovanstående framgår att fördelens vågskål vägde lättare än man tidigare trott. Vad vet vi om nackdelarna?

Vi vet vilka skador som vi dessvärre

Förslag till information till svenska kvinnor:

1. Regelbunden undersökning av kvinnors bröst (vartannat år) med mammografi möjliggör upptäckt av mindre brösttumörer. Erfarenheten har lärt oss att behandling av små tumörer vid vissa cancerformer medför en bättre prognos än behandling av stora tumörer. Dock har vi i Sverige ännu inte sett positiva behandlingseffekter av upptäckt av små brösttumörer efter 10 års regelbundna undersökningar med mammografi. Man tror dock att det tar 15–20 år efter start, innan det går att se effekter av det hälsoprogram du inbjuds till.

2. Mammografi är en ofta använd och erkänd undersökning som dock inte är helt pålitlig. Ibland lyckas metoden inte finna cancertumörer som finns i bröstet, och ibland kan metoden inte skilja mellan frisk bröstvävnad och cancerväxt. Detta leder till att en del elakartade tumörer inte upptäcks och att friska bröst felaktigt misstänks innehålla cancervävnad. 10–20 procent av de cancertumörer som finns i bröstet upptäcks inte vid hälsokontroller vartannat år med mammografi.

3. På grund av mammografimetodens begränsningar som hälsokontroll, kommer hälften av de kvinnor som fullföljer programmet i 20 år att vid minst ett tillfälle bli återkallade till fortsatt utredning av en misstänkt brösttumör. Av dem som återkallas för fortsatt utredning kommer var fjärde kvinna att få genomgå provtagning med ett eller flera nålsstick i bröstet för säkerhets skull.

4. Var tjugonde kvinna som fullföljer programmet kommer att bli opererad genom borttagande av delar av eller hela bröstet på grund av en falsk cancerdiagnos. Var femte kvinna som får diagnosen bröstcancer som en följd av deltagande i mammografihälsoundersökningar har inte bröstcancer.

5. En kvinna på 10 000 som fullföljer programmet riskerar att få bröstcancer av den röntgenstrålning som används vid undersökningen.

har åsamkat kvinnorna i de 17 landstingen under det studerade decenniet. Med utgångspunkt i Frisells och medarbetares arbete [13] beräknas minst 88 000 kvinnor ha fått en falskt positiv mammografi. Vidare har cirka 19 000 nålprovtagningar i bröst och 6 000 bröstoperationer, inkluderande bortopererandet av ett okänt antal hela bröst, gjorts på friska kvinnor på grund av mammografimetodens diagnostiska svagheter [13]. Varje vecka som pro-

grammen pågår utförs nya prov och ingrepp utan några tydliga positiva effekter för de kvinnor som inbjuds att delta. Dessa fakta tynger ner nackdelens vågskål

Vad säger förespråkarna?

Vad säger då mammografins förespråkare på Socialstyrelsen och de ansvariga läkarna i de svenska landstingen? Hittills har man sagt att det är för tidigt att se någon effekt, och att det drö-

jer 15–20 år innan vi får se de positiva effekterna i form av en 25-procentig minskning av bröstcancerdödlighet vid dessa hälsokontroller.

Vi har med mer än önskvärd tydlighet visat att detta är fel. Socialstyrelsen måste fatta ett nytt beslut.

Förslag till information

I väntan på detta nya beslut och med dagens kunskapsläge om det svenska mammografiprogrammet bör, enligt vår mening, varje kvinna som kallas till hälsokontroll med mammografi få information enligt följande (se Ruta).

Referenser

1. Sjönell G, Ståhle L. Hälsokontroller med mammografi minskar inte dödlighet i bröstcancer. *Läkartidningen* 1999; 96: 904-13.
2. Rehnqvist N, Rosén M, Karlberg I. Analys av dödligheten kräver helt annan metodik. *Läkartidningen* 1999; 96: 1050-51.
3. Rutqvist LE. Naturalförloppet, grova metoder ledde till felkalkyl om bröstcancer. *Läkartidningen* 1999; 96: 1210-1.
4. Sjönell G, Ståhle L. Hur länge skall vi vänta på att se effekterna på dödligheten. *Läkartidningen* 1999; 96: 1882-3.
5. Gøtzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet* 2000; 355: 129-34.
6. Andersson I, Aspegren K, Janzon L, Landberg T, Lindholm K, Linell F et al. Mammographic screening and mortality from breast cancer: the Malmo mammographic screening trial. *BMJ* 1988; 297: 943-8.
7. Miller AB, To T, Baines CJ, Wall C. The Canadian national breast screening study: update on breast cancer mortality. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1997; 22: 37-41.
8. Blanks RG, Moss SM, McGahan CE, Quinn MJ, Babb PJ. Effect of breast screening programme on mortality from breast cancer in England and Wales 1990-8: comparison of observed with predicted mortality. *BMJ* 2000; 321: 665-9.
9. Miller AB, To T, Baines CJ, Wall C. Canadian National Breast Screening Study-2: 13 year Results of a Randomized Trial in Women Aged 50–59 Years. *J Natl Cancer Inst*; 18: 1490-9.
10. Tabár L, Fagerberg G, Duffy SW, Day NE. The Swedish two-county trial of mammographic screening for breast cancer: recent results and calculation of benefit. *J Epidemiol Community Health* 1989; 43: 107-17.
11. Tabar L, Chen HH, Duffy SW, Yen MF, Chiang CF et al. A novel method for prediction of longterm outcome of women with T1a, T1b and 10–14mm invasive breast cancers; a prospective study. *Lancet* 2000; 355: 429-33.
12. Braun S, Pantel K, Muller P, Janni W, Hepp F et al. Cytokeratin-positive cells in bone marrow and survival of patients with stage I, II or III breast cancer. *N Engl J Med* 2000; 342: 525-33.
13. Frisell J, Eklund G, Hellstrom L, Lidbrink E, Rutqvist LE, Somell A. Randomized study of mammography screening – preliminary report on mortality in the Stockholm trial. *Breast Cancer Res Treat* 1991; 18: 49-56.

Privat kontra offentligt – Slutreplik 1:

Innehållet viktigare än formen!

Med anledning av Ingrid Eckermans replik i *Läkartidningen* 43/00 (sidan 4880):

Vår bestämda uppfattning är att innehållet är viktigare än formen!

Det vill säga att om ett flertal undersökningar visar att privatanställd personal mår bättre, anser sig ha större inflytande på sin situation etc tyder

Författare

JANINA CETTNER

Storvretens vårdcentral

ANDERS NILSSON

Täby Centrum Doktorn; båda har tidigare i många år arbetat i offentligt driven primärvård.

det på att MBL och dylikt inte i sig garanterar någon god arbetsmiljö.

Vad det däremot garanterar är samsättningen för ett antal tjänstemän och fackliga förtroendemän.

Hotet mot fortsatt offentlig finansiering av sjukvården i Sverige är dålig kvalitet, ineffektivt användande av skattemedel och oförmåga att ge den service som medborgarna betalar för.

Tydliga avtal ger god kvalitet

Således är god kompetens hos såväl beställare som producenter av vård, privata såväl som offentliga, inte något hot mot fortsatt offentlig finansiering.

Tydliga avtal med klara ramar som ger rimliga arbetsförhållanden och arbetsro till personalen borgar tvärtom för en god kvalitet i sjukvården och därmed mindre risk för försäkringsfinansierade alternativ. •

Slutreplik 2:

Avknoppade enheter slipper inte undan upphandlingsförfarande

Mig veterligt finns det ingen undersökning som visar att personalen vid privatiserade sjukhus trivs bättre än den på förvaltningsdrivna eller bolagiserade sjukhus.

De vårdcentraler i Södra Stockholm som är föremål för upphandling har förlorat nästan alla sina läkare.

Rekryteringssvårigheterna är lika stora hos de privata vårdcentralerna i mitt sjukvårdsområde som hos de

landstingsägda, med ett undantag – den som har ett tydligt vinstintresse.

Slipper inte upphandling

Jag skulle unna de privata och avknoppade enheterna att slippa bli utsatta för ett upphandlingsförfarande.

Men detta är inte längre möjligt. Förutom allt arbete som måste läggas ned så finns alltid en risk att den tidigare entreprenören förlorar upphandlingen. •

Författare

INGRID ECKERMAN

distriktsläkare, ordförande i Saco-rådet, Sydöstra sjukvårdsområdet, Stockholm.