

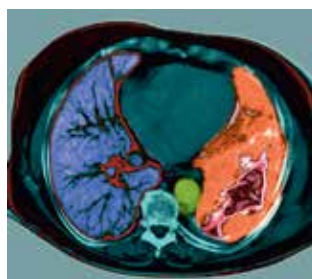
Screening för lungcancer: nya riktlinjer från American Cancer Society

Lungcancer orsakade 160 340 dödsfall år 2012 i USA, motsvarande 28 procent av alla cancerdödsfall, och är alltså den vanligaste cancerdödsorsaken i USA. Även i Sverige orsakar sjukdomen de flesta cancerdödsfallen hos både män och kvinnor. De allra flesta femårsöverlevare har tidig diagnos och radikal operation att tacka för sin överlevnad. Detta har föranlett flera stora undersökningar med screening med lågdos-DT, och vi har rapporterat resultaten från en stor undersökning i USA, NLST (National lung screening trial). Mer än 50 000 högriskpatienter randomiserades till tre årliga undersökningar med antingen lågdos-DT eller vanlig lung-röntgen, och den specifika lungcancer-mortaliteten minskade med 20 procent i DT-gruppen.

American Cancer Society har nu kommit med riktlinjer för screening. Rekommendationerna ligger väl i linje med det som vi föreslog i vår medicinska kommentar [Läkartidningen 5/2012, sidan 208-9]. Sammanfattningsvis konstateras att om det finns tillgång till högkvalitativ lungcancer-screening och -behandling kan man rekommendera patienter som uppfyller vissa kriterier en årlig undersökning.

Kriterierna är

- Ålder 55–74 år
- Minst 30 paketår (dvs i snitt ett paket cigaretter om dagen per år)
- För övrigt väsentligen frisk



Lungcancer-screening kan rekommenderas under vissa förutsättningar.

Foto: SPL/IBL

- Pågående rökning eller slutat under de senaste 15 åren
- Noggrann information om risker och vinster.

Om patienten inte uppfyller dessa kriterier ska man avråda från screening, och man ska aldrig spontant ta upp diskussion med sådana patienter. Risken att man gör mer skada än nytta i dessa fall är nämligen stor.

Det största problemet är de falskt positiva fynden, dvs små, icke-förkalkade rundhårdar, som är mycket vanliga och som finns i åtminstone en fjärdedel av alla fall och i upp till drygt hälften i vissa material. Dessa fynd måste kontrolleras och ibland utredas. I den amerikanska lungcancerstudien hittades i första omgången 27,3 procent onormala fynd och över alla tre omgångarna 39,1 procent. Behandlarnas erfarenhet är därför viktig, och totalt undergick bara 2,7 procent av patienterna som inte hade lungcancer en invasiv procedur.

Risken för falskt positivt test är stor, men risken för någon allvarigare komplikation därav är liten under förutsättning att erfarenhet finns hos läkargruppen. Utredningskostnader och psykologiska belastningar finns däremot.

Vad kostar då en förhindrad lungcancerdöd med screening som metod? Siffrorna varierar kraftigt beroende på hur man räknar: från 2 500 till 240 000 dollar [BMJ. 2013;346:f1302]. Den första siffran är naturligtvis för låg – kostnaderna för alla kontroller och utredningar som fynden leder till måste beaktas.

Datortomografi av torax görs nu ofta av många andra skäl, och »prick»-kontroller har blivit en stor belastning för radiologer och lungläkare i Sverige. Något ekonomiskt utrymme för mass-screening finns knappast i vårt sjukvårdssystem. Det viktigaste är att bekämpa rökningen, men även om allt tobaksbruk i Sverige förbjöds skulle vi ha flera decenniers problem med sjukdomen framför oss.

Hirsh Koyi

överläkare, med dr, lungenheten,

Gävle sjukhus

Gunnar Hillerdal

docent, överläkare,

lung- och allergikliniken,

Karolinska universitetssjukhuset, Solna

American Cancer Society lung cancer screening guidelines. CA Cancer J Clin. 2013;63:106-17. doi: 10.3322/caac.21172

Ökad risk för psykiskt sjuka att dö genom mord

Flera psykiatriska diagnoser kan kopplas till ökad risk för död genom mord, även bland dem som inte har ett samtidigt missbruk, enligt en studie i BMJ.

Risken för suicid och olycksfallsrelaterad död studeras ofta bland psykiskt sjuka personer. Hittills har dock risken för död genom mord fått relativt sett mindre uppmärksamhet, fastän den också tett sig förhöjd i studier.

I en kohortstudie av den svenska befolkningen användes data från Dödsorsaks- och Patientregistret (både öppenvårds- och slutenvårdsdelen) för att jämföra risken för död genom mord (homicidal death) bland dem med respektive utan psykisk sjukdom. Uppföljningen varade mellan åren 2001 och 2008. Totalt identifierades 615 mordfall under uppfölj-

ningstiden, totalt 54,4 miljoner person-år.

Risken för död genom mord var fem gånger högre (relativ risk 5; 95 procents konfidensintervall 4–6) bland dem med psykisk sjukdom än för den övriga befolkningen efter justering för socioekonomiska faktorer. Denna koppling var robust oavsett ålder, kön eller andra sociodemografiska karaktäristika. Sociodemografiska riskfaktorer inkluderade manligt kön, att vara ogift och att ha låg socioekonomisk status.

Risken var högst bland dem med missbruk (runt nio gånger förhöjd) men var även förhöjd bland dem med personlighetsstörning, depression, ångestproblem eller schizofreni. Risken i de senaste diagnosgrupperna verkade inte kun-

na helt förklaras av samtidigt missbruk. Den ökade risken bland psykiatriska patienter kan, enligt författarna, till viss del förklaras av missbruk men även av andra faktorer, tex högre sannolikhet att bo i utsatta områden och ha kontakt med andra psykiskt sjuka.

Sammantaget föreslår författarna att analyser och interventioner bland dessa patienter inte bara bör fokusera på risken för suicid eller olycksfallsrelaterad död utan också på risken för död genom mord.

Karin Sundström

läkare, med dr, Karolinska institutet,

Stockholm

Crump C, et al. BMJ. 2013;346:f1557. doi: 10.1136/bmj.f1557