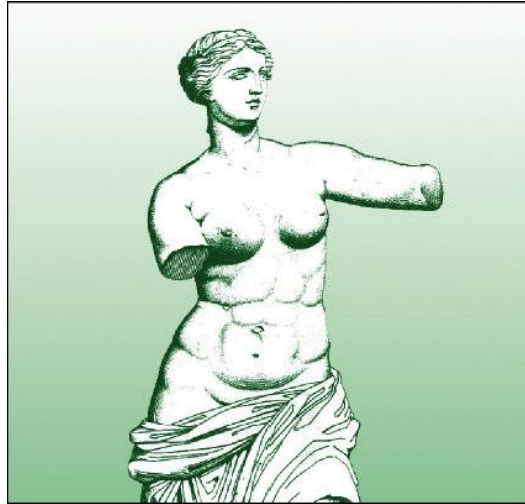


SKIMUN FYRIR BRJÓSTAKRABBAMEINI MEÐ BRJÓSTAMYNDATÖKU



Hvaða gagn er að því að gangast undir skimun fyrir brjóstakrabbameini og hvaða skaðlegar afleiðingar getur skimun haft í för með sér?

Hve margar konur hafa gagn af skimun og hversu margar bíða tjón?

Hvaða ályktanir má draga af vísindarannsóknum á þessu sviði?

*Það sem þig hefur alltaf langað til að vita um brjóstaskimun
Útgefandi Norræna Cochranesetrið 2012*

Contents

Samantekt.....	3
Hvað er skimun?	4
Gagnsemi skimunar	4
Skaðlegar afleiðingar.....	5
Við hvaða vísindarannsóknir var stuðst?	7
Gagnsemi skimunar	7
Skaðlegar afleiðingar.....	10
Hvers vegna var þessi bæklingur ritaður?	11
Heimildir	14

Höfundar:

Peter C. Gøtzsche, prófessor yfirlæknir, dr. med., forstöðumaður
Norræna Cochranesetursins, Rigshospitalet í Danmörku.

Ole J. Hartling, yfirlæknir, dr. med., áður formaður Det Etske Råd í
Danmörku.

Margrethe Nielsen, ljósmóðir, cand.scient.soc., aðjúnt
Professionshøjskolen Kaupmannahöfn.

John Brodersen, dósent, heimilislæknir, ph.d., Københavns
Universitet.

Íslensk þýðing: Stefán Hjörleifsson, heimilislæknir, dr. med,
Háskólinn í Bergen.

Bæklinginn er einnig að finna á vefsíðunum: www.screening.dk.

Mars 2012 (önnur útgáfa, fyrsta útgáfa mars 2009)

Samantekt

Í frumútgáfu þessa bæklinga sem birt var árið 2008 stóð í samantekt:

Gild rök geta verið fyrir því að gangast undir skimun fyrir brjóstakrabbameini með brjóstamyndatöku, einnig getur verið skynsamlegt að láta það ógert. Skimun getur gert gagn, en getur einnig haft skaðlegar afleiðingar.

Konur ættu að kynna sér kosti og ókosti skimunar til að geta tekið upplýsta ákvörðun.

Ef 2000 konur gangast reglulega undir skimun á 10 ára tímabili mun ein þeirra hafa gagn af skimuninni, enda hefði hún ella dáið úr brjóstakrabbameini.

Jafnframt mun skimunin hafa þær afleiðingar að 10 frískar konur gangast undir meðferð sem krabbameinssjúklingar. Brjóst þeirra verður numið á brott í heild sinni eða að hluta, margar þeirra hljóta geislameðferð en sumar jafnframt meðferð með krabbameinslyfjum.

Að auki munu um 200 frískar konur þurfa að gangast undir frekari rannsóknir áður en þær eru úrskurðaðar frískar. Þær upplifa því óþarfa áhyggjur eða “falsk alarm” eins og sagt er á dönsku (e. false alarm). Óvissan um hvort um krabbamein er að ræða eða ekki getur valdið verulegu tilfinningalegu álagi.

Þessar tölur voru byggðar á slembirannsóknnum (e. randomised trials) á brjóstaskimun. En eftir að þessar slembirannsóknir voru framkvæmdar hefur meðferð gegn brjóstakrabbameini fleygt verulega fram. Nýlegar rannsóknir benda til þess að skimun með brjóstamyndatöku dragi ekki lengur úr hættunni á því að konur deyji úr brjóstakrabbameini.

Skimun hefur í för með sér að heilbrigðar konur sem aldrei hefðu kennt sér meins vegna brjóstakrabba eru gerðar að krabbameinssjúklingum. Meðferðin sem þessar heilbrigðu konur

gangast undir eykur líkurnar á því að þær deyji um aldur fram, meðal annars af hjartasjúkdómum og krabbameini.

Þess vegna lítur út fyrir að ekki sé lengur skynsamlegt að taka þátt í brjóstaskimun. Konur sem forðast brjóstaskimun draga þvert á móti úr líkunum á því að greinast með brjóstakrabbamein. Eftir sem áður er hugsanlegt að sumar konur kjósi að taka þátt í brjóstaskimun.

Hvað er skimun?

Með skimun (e. screening) er átt við að tiltekinn samfélagshópur gangist undir skoðun í því skyni að leita að sjúkdómi eða einstaklingum sem eiga sérstaklega á hættu að verða veikir.

Á Íslandi fá konur á 40 til 69 ára aldri tilboð um skimun með röntgen-myndatöku af brjóstum sínum annað hvert ár. Í ýmsum löndum fá konur á aldrinum 50 til 69 ára samskonar tilboð á tveggja eða þriggja ára fresti. Tilgangur þessarar skimunar er að finna þær konur sem haldnar eru brjóstakrabbameini til þess að þær geti fengið meðferð við krabbameininu fyrr heldur en ella.

Skimun með brjóstamyndatöku hefur bæði gagnlegar og skaðlegar afleiðingar. Tilgangur þessa bæklings er að hjálpa konum að vega og meta afleiðingarnar með hliðsjón af eigin gildismati, þannig að þær geti tekið ákvörðun um hvort þær vilja taka þátt í skimun eða ekki.

Ef ekkert athugavert finnst við brjóstamyndatökuna, veitir það konum öryggi fyrir því að þær séu heilar heilsu. Flestar konur telja sig hins vegar vera heilar heilsu áður en þær fá tilboð um brjóstamyndatöku. Auk þess getur tilboðið í sjálfu sér valdið óöryggi. Þannig getur skimun bæði veitt konum aukið öryggi og óöryggi.

Gagnsemi skimunar

Minni hættu á að deyja úr krabbameini– Skimun með reglulegu millibili með brjóstamyndatöku kemur ekki í veg fyrir brjóstakrabbamein, en getur ef til vill dregið úr líkunum á því að

konur deyji vegna brjóstakrabbameins. Í samantekt á niðurstöðum slembirannsóknna á brjóstaskimun kemur eftirfarandi fram:

Ef 2000 konur gangast reglulega undir skimun á 10 ára tímabili mun ein þeirra hafa gagn af skimuninni, enda hefði hún ella dáið úr brjóstakrabbameini sem uppgötvast við myndatökuna.

Eftir að þessar rannsóknir voru gerðar, hefur meðferð brjóstakrabbameins fleygt verulega fram. Auk þess leita konur læknishjálpar mun fyrr en áður ef þær verða þess áskynja að eitthvað sé að brjóstum þeirra. Að endingu fer greining og meðferð brjóstakrabbameins víða um lönd nú fram á stórum heilbrigðisstofnunum þar sem saman eru komnir sérfræðingar á öllum viðeigandi sviðum.

Vegna þessa framfara er gagnsemi brjóstaskimunar minni í dag en áður, og nýlegar rannsóknir benda til þess að brjóstaskimun dragi ekki lengur úr líkunum á því að konur deyji úr brjóstakrabbameini (sjá Við hvaða vísindarannsóknir var stuðst að neðan).

Brjóstaskimun dregur hvorki úr heildarlíkunum á því að konur deyji um aldur fram, né líkunum á því að þær deyji úr krabbameini (þar á meðal brjóstakrabbameini).

Skadlegar afleiðingar

Ofgreining og óþörf meðferð – sum þeirra krabbameinsæxla og svonefnd forstig krabbameins eða staðbundið mein (carcinoma in situ) sem greinast við skimun vaxa svo hægt að þau myndu aldrei leiða til veikinda í eiginlegum skilningi. Mörg þeirra „gervi-krabbameina“ sem greinast við skimun myndu jafnvel ganga tilbaka að sjálfum sér ef þau væru látin eiga sig, án meðferðar.

Vegna þess að ekki er hægt að greina hættuleg æxli frá þeim sem eru meinlaus, eru öll æxli meðhöndluð eins og þau væru hættuleg. Þar af leiðandi veldur skimun því að margar konur gangast undir meðferð við krabbameinssjúkdómi sem þær eru í raun ekki haldnar og myndu heldur ekki fá þótt æxlið væri látið eiga sig. Samkvæmt slembirannsóknnum má gera ráð fyrir eftirfarandi:

Ef 2000 konur gangast reglulega undir skimun á 10 ára tímabili, veldur það því að 10 frískar konur gangast að

Óþörfu undir meðferð sem krabbameinssjúklingar. Brjóst þeirra verður numið á brott í heild sinni eða að hluta til, margar þeirra hljóta geislameðferð, en sumar jafnframt meðferð með krabbameinslyfjum. Meðferðin sem þessar heilbrigðu konur gangast undir eykur líkurnar á því að þær deyji um aldur fram, meðal annars af hjartasjúkdómum eða krabbameini.

Þegar frumubreytingar sem geta verið forstígg krabbameins (carcinoma in situ) finnast, er því miður ekki óalgengt að þær séu á á fleiri en einum stað í brjóstinu. Þess vegna er brjóstið fjarlæggt í heild í fjórðungi tilvika, enda þótt fæst þessara staðbundnu meina hefðu nokkurn tíma þróast og orðið að raunverulegu krabbameini.

Stærri aðgerðir og meiri meðferð - Í sumum tilvikum er brottnámið einfaldara og meðferðin í heild vægari ef lítið æxli finnst við skimun heldur en ef það hefði fundist síðar. En vegna þess að skimunin hefur ofgreiningu og óþarfa meðferð í för með sér, veldur hún því engu að síður að brjóst fleiri kvenna eru fjarlægð í heild heldur en ella. Jafnframt eykst fjöldi kvenna sem gengst undir geislameðferð að óþörfu.

Óþarfar áhyggjur – Ef röntgenmyndir benda til þess að krabbamein kunni að vera til staðar, er viðkomandi konu ráðlagt að gangast undir frekari rannsóknir. Í sumum tilvikum kemur í ljós að það sem á röntgenmyndunum sást er góðkynja og því var um óþarfa áhyggjur að ræða.

Ef 2000 konur gangast reglulega undir skimun á 10 ára tímabili munu um 200 frískar konur upplifa óþarfa áhyggjur, þar eð þær þurfa að gangast undir frekari rannsóknir áður en þær eru úrskurðaðar frískar. Óvissan um hvort um krabbamein er að ræða eða ekki veldur verulegu tilfinningalegu álagi. Margar konur finna fyrir kvíða og áhyggjum, verða niðurdregnar og eiga erfitt með svefn, óvissan truflar samband þeirra við fjölskyldu, vini og kunningja og áhugi þeirra á kynlífi minnkar. Þetta ástand getur staðið svo mánuðum skiptir. Í sumum tilvikum þykir konum þær hafa sterkari tilhneigingu til að verða fyrir hverskyns veikindum eftir að hafa gengið gegnum ofangreint ferli og þær leita sér oftast læknishjálpar en áður.

Sársauki við myndatökuna – Við brjóstamyndatöku þarf að fletja brjóstið milli tveggja spjalda í stutta stund. Um það bil annarri hverri konu þykir þetta sársaukafullt.

Falskt öryggi – Ekki sjást öll æxli á röntgenmyndum við skimun. Því er brýnt að konur leiti til læknis ef þær finna hnúta í brjóstum sínum, eins þótt brjóst þeirra hafi nýlega verið mynduð.

Við hvaða vísindarannsóknir var stuðst?

Í vísindagreinum okkar og nýlegri bók (1) höfum við gert ítarlega grein fyrir því hvers vegna upplýsingar um kosti og galla brjóstaskimunar sem konum eru veittar þegar þeim er boðið að taka þátt í skimun (1-3) og á netsíðum krabbameinsfélaga og annarra hagsmunahópa (1,4) eru iðulega misvísandi. Hér á eftir fylgir yfirlit yfir þau gögn sem tölur okkar byggja á.

Gagnsemi skimunar

Áreiðanlegastar ályktanir má draga af rannsóknum þar sem hending er látin ráða því hvaða konur gangast undir skimun og hvaða konur gera það ekki. Þetta eru svonefndar slembirannsóknir, en um 600,000 heilbrigðar konur hafa tekið þátt í slíkum rannsóknum (5). Helmingur slembirannsóknanna hafa verið framkvæmdar í Svíþjóð. Í yfirliti yfir slíkar rannsóknir sem tekið var saman árið 1993 kom fram að dánartíðni minnkaði um 29% meðal þeirra kvenna sem gengust undir skimun (6).

Þótt þetta virðist vera aftar gagnlegt, þarf að rýna nánar í hvað 29% minni dánartíðni merkir. Í yfirlitsgreininni segir að eftir skimun í 10 ár jafngildi þetta því að lífi einni konu af hverjum 1000 verði bjargað frá því að deyja úr krabbameini.

Gagnsemi skimunarinnar er því alls ekki mikil. Það stafar af því að á 10 ára tímabili fá ekki nema þrjár konur af hverjum 1000 brjóstakrabbamein sem dregur þær til dauða. Dánartíðnin minnkaði því um 0.1 % í heild (ein kona af hverjum 1000) á 10 árum í þessum sænsku rannsóknum. Vera má að hægt sé að auka gagnsemina með því að halda skimuninni áfram í meira en 10 ár, en þá munu skaðlegar afleiðingar hennar vaxa að sama skapi.

Ástæðan fyrir því að við einskorðum lýsingu okkar við 10 ár er að ekki eru til áreiðanleg gögn varðandi lengra tímabil.

Í uppfærðri yfirlitsgrein um þessar sænsku rannsóknir frá árinu 2002 segir að skimun dragi úr dánartíðni af völdum brjóstakrabbameins sem nemur 15% þegar tiltekinni reikniaðferð er beitt, en um 20% þegar annarri aðferð er beitt (7).

Yfirlitsgreinarnar tvær varðandi sænsku rannsóknirnar hafa þann galla að ekki var tekið tillit til þess að slembirannsóknirnar sem þær byggja á eru misvandaðar og niðurstöður þeirra að sama skapi misáreiðanlegar (5).

Vandaðasta yfirlit yfir slembirannsóknir á skimun eftir brjóstakrabbameini sem til þessa hefur verið tekið saman var framkvæmt á vegum Cochrane-samtakanna (3). Samkvæmt þessu yfirliti dregur skimun úr dauðsföllum vegna brjóstakrabbameins sem nemur 10% í þeim slembirannsóknum sem áreiðanlegastar eru, en 25 % í þeim slembirannsóknum sem lakari eru. Þar eð ástæða er til að leggja minni áherslu á síðri rannsóknirnar var ályktað að dánartíðnin minnkaði að öllum líkindum um 15% (5).

Samkvæmt annarri vandaðri samantekt sem unnin var á vegum U.S. Preventive Services Task Force, minnkar dánartíðnin um 16% af völdum skimunar (8).

Í þessum samantektum er niðurstaðan því sú að gagnsemin skimunar sé helmingi minni heldur en segir í sænska yfirlitinu frá árinu 1993. Samkvæmt því þurfa um 2000 konur að gangast reglulega undir skimun í 10 ár til að einni konu verði forðað frá dauða af völdum brjóstakrabbameins. Dánartíðnin í heild minnkar því aðeins um 0.05 %.

Ekki hefur verið sýnt fram á að heildar dánartíðni kvenna minnki þótt þær taki þátt í skimun, né að skimunin dragi úr hættunni á að þær deyji úr krabbameini (þar á meðal brjóstakrabbameini) (5). Konur sem gangast undir brjóstaskimun lifa því ekki lengur svo vitað sé heldur en konur sem láta það ógert.

Eftir að slembirannsóknirnar voru framkvæmdar, hafa orðið mikilvægar framfarir við greiningu og meðferð brjóstakrabbameins. Það þýðir að áhrif skimunar eru minni en áður. Nýlegar vandaðar

rannsóknir benda jafnvel til þess að skimun geri ekki lengur neitt gagn (1, 9).

Í Danmörku, til dæmis, var skimun ekki innleidd nema í tveimur landshlutum, þar sem samtals býr um fimmtungur þjóðarinnar. Á 17 ára tímabil, var konum í öðrum landshlutum ekki boðið upp á skimun, og fáar þeirra kvenna fóru í brjóstamyndatöku án einkenna. Í þeim landshlutum þar sem boðið var upp á skimun fækkaði árlegum dauðsföllum vegna brjóstakrabbameins meðal kvenna á þeim aldri sem gætu haft gagn av skimun um 1%, en um 2% í þeim landshlutum þar sem ekki var boðið upp á skimun. Meðal kvenna sem voru of ungar til að hafa gagn af skimun fækkaði dauðsföllum meira, það er um 5% og 6% (10). Draga má þá ályktun að ástæðan fyrir því að dauðsföllum vegna brjóstakrabbameins fari fækkandi sé ekki skimunin heldur bætt meðferð.

Fæstar evrópskar konur yngri en 50 ára fá tilboð um skimun. Engu að síður lækkaði dánartíðni af völdum brjóstakrabbameins um 37% í Evrópu á árunum 1989 – 2005. Hins vegar lækkaði dánartíðnin aðeins um 21% meðal kvenna á aldrinum 50-69 ára (11). Lækkunin hófst áður en skimun var innleidd víðast hvar.

Í rannsókn þar sex lönd í Evrópu voru borin saman tvö og tvö, þar sem skimun var innleidd 10-15 árum fyrr í öðru landinu heldur en hinu, kom í ljós að ekki voru tengsl milli lækkaðrar dánartíðni og þess hvenær skimun var innleidd (12). Lækkunin var álíka mikil í þessum sex löndum eins og Bandaríkjum Norður-Ameríku (13).

Í ástralskri rannsókn kom í ljós að lækkuð dánartíðni af völdum brjóstakrabbameins skýrist að mestu ef ekki öllu leyti af bættri meðferð (með hormónum og krabbameinslyfjum) (14).

Upplýsingar um þróun og stærð krabbameinsæxla veita skýringu á því hvers vegna skimun dregur ekki úr dánartíðni (1). Ef skimun dregur ekki úr algengi langt genginna krabbameinsæxla, er hún gagnslaus. Í yfirliti yfir rannsóknir í sjö löndum kemur fram að algengi langt genginna æxla (það er að segja meira en 20 millimetrar að stærð) lækkar ekki þrátt fyrir skimun (15).

Skadlegar afleiðingar

Í slembirannsóknnum hefur komið fram að meðal þeirra kvenna sem gengust undir skimun greindust 30% fleiri með brjóstakrabbamein og gengust undir meðferð heldur en í samanburðarhópum (5). Umfangsmiklar faraldsfræðilegar rannsóknir á í Evrópu, Bandaríkjum Norður-Ameríku og Ástralíu staðfesta þessar háu tölur. Í yfirliti yfir rannsóknir meðal þjóða sem bjóða upp á skipulega skimun kom fram að skimun veldur 52% aukningu á greindum krabbameinstilfellum (16). Í Danmörku, þar sem unnt er að bera saman við hópa kvenna sem ekki er boðið upp á skimun, er algengi ofgreiningar 33% (17).

Af samantekt Cochrane-samtakanna (5) má draga ályktanir um afleiðingar 30% ofgreiningar fyrir konur. Í rannsóknunum í Kanada og Malmö var brjóst 1424 kvenna í skimunarhópnum numið á brott í heild eða að hluta til, en slík aðgerð var framkvæmd á 1083 konum í samanburðarhópnum. Þar eð fjöldi kvenna í samanburðarhópnum var 66.154 átti ofgreining sér stað meðal $(1424-1083)/66.154 \times 2000 = 10$ kvenna af hverjum 2000 konum sem gengust undir skimun.

Þetta þýðir að ef 2000 konur gangast undir skimun fá 10 frískar konur krabbameinsgreiningu sem þær hefðu ekki fengið ef skimunin hefði ekki verið framkvæmd. Þær gangast undir skurðaðgerð og yfirleitt aðra meðferð líkt og þær væru haldnar krabbameini. Án skimunar hefðu þær ekki kennt sér meins.

Bandarískar, sænskar og norskar rannsóknir benda til þess að af þeim krabbameinsæxlum sem greinast við skimun, myndu að minnsta kosti helmingur ganga tilbaka væru þau látin eiga sig. Auk þess eru fæst þeirra staðbundnu meina (carcinoma in situ) sem finnast við skimun hættuleg, enda hefðu þau aldrei breyst í ífarandi krabbamein (5).

Af samantekt Cochrane-samtakanna má sjá að heildarbrotnám á brjósti er 20% algengara meðal kvenna í skimunarhópum heldur en meðal kvenna í samanburðarhópum (5). Aðrar rannsóknir staðfesta að skimun veldur því að oftar er framkvæmt heildarbrotnám á brjósti heldur en þegar skimun hefur ekki verið framkvæmd (5). Þetta hefur verið staðfest með gögnum um skimun frá heilbrigðisyfivöldum í Danmörku (9) og Noregi (19). Af

upplýsingum frá Bretlandi má ennfremur ráða að í 29 % þeirra tilfella þegar staðbundið frumstig krabbameins fannst var brjóstið numið á brott í heild (20), þótt þetta ættu að vera þau tilvik þar sem það hefði minnsta áhættu í för með sér að láta minni skurðaðgerð duga.

Frá því að konu er tilkynnt að grunur leiki á að hún sé haldin krabbameini þar til endanlegur úrskurður liggur fyrir er hún undir verulegu tilfinningalegu álagi (5, 21). Í Bandaríkjunum Norður-Ameríku hefur verið áætlað að þegar tiltekinn hópur frískra kvenna hefur gengist 10 sinnum undir skimun hafi 49 % þeirra þurft að búa við slíkan grun að ástæðulausu einu sinni eða oftar á tímabilinu (13). Í Noregi er sagt að 21% kvenna verði fyrir því að liggja undir slíkum grun ef brjóst þeirra eru mynduð 10 sinnum (23).

Þessar áætluðu tölur frá Noregi og ýmsum öðrum löndum eru þó of lágar vegna þess að ekki er tekið tillit til þeirra kvenna sem kallaðar eru til nýrrar myndatöku af því að að röntgen-myndir sem teknar hafa verið af brjóstum þeirra reynast ekki vera nægilega góðar (23). Endurtekin myndataka veldur konum jafn miklu álagi eins og þegar þeim er tilkynnt að grunur leiki á að þær séu haldnar krabbameini (21). Í Kaupmannahöfn hafa 13% kvenna þurft að gangast undir frekari rannsóknir þegar skimað hafði verið 5 sinnum á 10 ára tímabili (16). Sé gert ráð fyrir að meðalgildið í Evrópu sé 10%, jafngildir það því að 200 heilbrigðum konum sé sagt að ástæðulausu að gangast undir frekari rannsóknir fyrir hverjar 200 konur sem mæta reglulega í skimun í 10 ár.

Þess var getið að um helmingur kvenna finni fyrir sársauka þegar brjóst þeirra eru klemmd saman við myndatökuna, en þetta kemur fram í yfirlitsgrein frá árinu 2007 (25).

Hvers vegna var þessi bæklingur ritaður?

Þegar rökstuddar efasemdir um gagnsemi brjóstaskimunar voru teknar að láta á sér kræla í Danmörku árið 1999, fór danska landlæknisembættið þess á leit við Peter C Gøtzsche við Norræna Cochranesetrið að hann gerði úttekt á þeim rannsóknum sem framkvæmdar hefðu verið á brjóstaskimun (1). Skýrslan sem unnin var um þetta efni á vegum setursins var síðan endurbætt þannig

að úr varð fullgilt Cochrane-yfirlit (5), sem er yfirgrípsmesta yfirlit sem samið hefur verið um rannsóknir á brjóstaskimun.

Norræna Cochransetrið er óháð rannsóknastofnun sem hefur birt fleiri vísindagreinar um brjóstaskimun heldur en nokkur önnur sambærileg stofnun. Árið 2006, þegar við höfðum birt gagnrýnið yfirlit yfir upplýsingar sem konum eru sendar þegar þeim er boðin þátttaka í skimun í Danmörku og ýmsum öðrum löndum (2), hélt danska landlæknisembættið málþing þar sem leitað var eftir tillögum um hvernig rétt væri að breyta upplýsingabæklingi landlæknisembættisins um brjóstaskimun.

Höfundum bæklingins sem þú ert að lesa var öllum boðið til málþingsins. Hins vegar tók landlæknisembættið ekki tillit til athugasemda okkar, og út var gefinn nýr bæklingur sem að okkar mati var verulega ábótavant (1). Við ákváðum því að semja nýjan bækling, og var hann gefinn út árið 2008 eftir að við höfðum borið efni hans undir fjöldamarga einstaklinga, leika jafnt sem lærða.

Vegna þess að upplýsingabæklingur breskra yfirvalda var jafn misvísandi og sá sem danska landlæknisembættið gaf út, og þau yfirvöld sem báru ábyrgð á að endurbæta breska bæklinginn voru jafn afhuga skynsamlegum rökum og dönsk yfirvöld, skrifuðum við sérstaka grein um takmarkanir breska bæklingins. Sú grein var birt í British Medical Journal árið 2009 ásamt enskri þýðingu á bæklingi okkar.

Neytendsamtök í Bandaríkjunum (US Center for Medical Consumers) hafa lýst því yfir að bæklingur okkar hafi að geyma „fyrstu heiðarlegu upplýsingarnar um brjóstaskimun ætlaðar konum sem skrifaðar hafa verið af heilbrigðisstarfsmönnum“ (1). Þetta er að okkar mati skýringin á því hvers vegna bæklingurinn hefur nú verið gefinn út á 13 tungumálum í þýðingu sjálfboðaliða.

Upplýsingarnar sem fram koma í bréfum sem konum eru send þegar þeim er boðin þátttaka í skimun með brjóstamyndatöku eru af skornum skammti, einhliða og villandi (1-3). Megináhersla lögð á gagnsemi skimunar, en ekki er greint frá því hve margar frískar konur fá ranga greiningu og óþarfa meðferð.

Víða um lönd tíðkast að þegar konum er sent boðsbréf um skimun fyrir brjóstakrabbameini með myndatöku, er látinn fylgja með tími fyrir fyrir rannsóknina (þetta er ekki gert á Íslandi). Með þessu móti

eru konurnar beittar ákveðnum þrýstingi. Í sumum löndum er jafnvel hringt til kvenna og þær hvattar til að mæta, en með því er enn dregið úr svigrúmi þeirra til að taka sjálfstæða ákvörðun.

Þar sem upplýsingar um skimun er að finna á netinu, til dæmis á vegum krabbameinsfélaga, er yfirleitt ekki fjallað um helstu ókosti skimunar. Í sumum tilfellum er þeim jafnvel lýst sem kostum. Til dæmis er því haldið fram að skimun dragi úr líkunum á því að fjarlægja þurfi brjóst kvenna (1). Þetta er ekki satt, því ofgreining og óþörf meðferð veldur því að brottnám á brjóstum eykst í kjölfar skimunar.

Við mælum með eftirfarandi netsíðum:

- National Breast Cancer Coalition
(www.stopbreastcancer.org), en meðlimir þeirra samtaka eru flestir konur sem fengið hafa brjóstakrabbamein
- Centre for Medical Consumers
(www.medicalconsumers.org).

Bæklingur okkar veitir upplýsingar um kosti og skaðlegar afleiðingar skimunar með brjóstamyndatöku sem eru nauðsynlegar til að konur geti tekið sjálfstæða ákvörðun – í samráði við sína nánustu og lækni um það hvort þær vilji gangast undir skimun eða ekki.

Danska frumútgáfu þessa bæklinga (auk þýðinga) er að finna á www.cochrane.dk. Ábendingar eru vel þegnar og gagnrýni sömuleiðis, en hvort tveggja má senda til general@cochrane.dk.

Heimildir

1. Gøtzsche PC. Mammography screening: truth, lies and controversy. London: Radcliffe Publishing; 2012.
2. Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Content of invitations to publicly funded screening mammography. *BMJ* 2006;332:538-41.
3. Gøtzsche P, Hartling OJ, Nielsen M, et al. Breast screening: the facts - or maybe not. *BMJ* 2009;338:446-8.
4. Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Presentation on websites of possible benefits and harms from screening for breast cancer: cross sectional study. *BMJ* 2004;328:148-51.
5. Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;4:CD001877 (available at www.cochrane.dk).
6. Nyström L, Rutqvist LE, Wall S, et al. Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. *Lancet* 1993;341:973-8.
7. Nyström L, Andersson I, Bjurstam N, et al. Long-term effects of mammography screening: updated overview of the Swedish randomised trials. *Lancet* 2002;359:909-19.
8. Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, et al. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002;137(5 Part 1):347-60.
9. Jørgensen KJ, Keen JD, Gøtzsche PC. Is mammographic screening justifiable considering its substantial overdiagnosis rate and minor effect on mortality? *Radiology* 2011;260:621-6.
10. Jørgensen KJ, Zahl PH, Gøtzsche PC. Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study. *BMJ* 2010;340:c1241.
11. Autier P, Boniol M, La Vecchia C, et al. Disparities in breast cancer mortality trends between 30 European countries: retrospective trend analysis of WHO mortality database. *BMJ* 2010;341:c3620.
12. 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.
13. Bleyer A. US breast cancer mortality is consistent with European data. *BMJ* 2011;343:d5630.

14. Burton RC, Bell RJ, Thiagarajah G, et al. Adjuvant therapy, not mammographic screening, accounts for most of the observed breast cancer specific mortality reductions in Australian women since the national screening program began in 1991. *Breast Cancer Res Treat*. Epub 2011 Sep 29.
15. Autier P, Boniol M, Middleton R, et al. Advanced breast cancer incidence following population based mammographic screening. *Ann Oncol* 2011;20 Jan [Epub ahead of print].
16. Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. *BMJ* 2009;339:b2587.
17. Jørgensen KJ, Zahl P-H, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in organised mammography screening in Denmark: a comparative study. *BMC Women's Health* 2009;9:36.
18. Zahl PH, Gøtzsche PC, Mæhlen J. Natural history of breast cancers detected in the Swedish mammography screening program; a cohort study. *Lancet Oncol* 2011 Oct 11 [Epub ahead of print].
19. Suhrke P, Mæhlen J, Schlichting E, et al. Effect of mammography screening on surgical treatment for breast cancer in Norway: comparative analysis of cancer registry data. *BMJ* 2011;343:d4692.
20. NHS cancer screening programmes. BASO Breast Audit 1999/2000. www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications.html (accessed Dec 12, 2001).
21. Brodersen J. Measuring psychosocial consequences of false-positive screening results - breast cancer as an example (PhD thesis). Department of General Practice, Institute of Public Health, Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen. *Månedsskrift for Praktisk Lægegering* 2006 (ISBN 87-88638-36-7).
22. Elmore JG, Barton MB, Mocerri VM, et al. Ten-year risk of false positive screening mammograms and clinical breast examinations. *N Engl J Med* 1998;338:1089–96.
23. Hofvind S, Thoresen S, Tretli S. The cumulative risk of a false-positive recall in the Norwegian Breast Cancer Screening Program. *Cancer* 2004;101:1501-7.
24. Njor SH, Olsen AH, Schwartz W, et al. Predicting the risk of a false-positive test for women following a mammography screening programme. *J Med Screen* 2007;14:94-7.

25. Armstrong K, Moye E, Williams S, et al. Screening mammography in women 40 to 49 years of age: a systematic review for the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2007;146:516-26.

Sjá jafnframt

Welch H. *Should I be tested for cancer? Maybe not and here's why*. Berkeley: University of California Press; 2004.

Vainio H, Bianchini F. *IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol 7: Breast Cancer Screening*. Lyon: IARC Press, 2002.

Ef þú ert í vafa, leggjum við til að þú ræðir innihald þessara upplýsinga við heimilislækni þinn