

Den Danske Brystkræftgruppe DBCG fejlinformerer groft om mammografiscreening

Pressemeddelelse fra Det Nordiske Cochrane Center om mammografiscreening

10. oktober 2011

Den 5. oktober 2011 blev forskere fra Det Nordiske Cochrane Center citeret i flere medier for, at mammografiscreening medfører, at 500 danske kvinder hvert år får fjernet hele eller dele af brystet, uden der er grund til det. Vi nævnte også, at disse raske kvinder bliver gjort til kræftpatienter uden grund, fordi de ikke ville have fået symptomer på brystkræft i resten af deres levetid.

Disse oplysninger kom i en artikel i Ekstrabladet (1), hvor der henvises til vor nylige artikel i det amerikanske tidsskrift *Radiology*. I denne artikel beskriver vi, hvorfor screening medfører, at mange bryster fjernes uden grund, og vi viser også grafer fra Danmark, som klart dokumenterer en voldsom stigning i antallet af brystfjernelser som følge af screening (2). Vi har vist det samme i vor Cochrane-oversigt (3) og har i *BMJ* netop dokumenteret, at det også gælder for det norske screeningsprogram (4).

I *Radiology* citerer vi flere arbejder, som dokumenterer, at screening fører til omfattende overdiagnostik, dvs. påvisning af kræft eller forstadier til kræft, som er fuldstændig harmløs, fordi det ikke ville have udviklet sig til symptomgivende kræft i resten af kvindens levetid. Overdiagnostik ved mammografiscreening er anerkendt som en uundgåelig konsekvens af screening, både af WHO og af de stærkeste screenings fortalere.

Kontaktperson og formand for DBCG, Peer Christiansen, skriver i en pressemeddelelse, at "Det er langt fra sandheden og en uhørt, udokumenteret påstand" at mammografiscreeningen "har ført til, at et stort antal kvinder opereres unødigt for brystkræft". DBCG hævder endvidere, at det er en helt udokumenteret påstand, at der hvert år er 500 danske kvinder, der får fjernet hele eller dele af brystet, uden at der er grund til det.

DBCG kan ikke være fuldstændig uvidende om udviklingen inden for deres eget felt, beskrevet i verdens fremmeste medicinsk-videnskabelige tidsskrifter. Vi har ikke kun publiceret en Cochrane-oversigt (3), men også adskillige andre studier, herunder en systematisk oversigt af lande med organiserede screeningsprogrammer i *BMJ*, der dokumenterer omfanget af overdiagnostik (5). Vi har også vist omfanget for Danmark. Danmark har en unik kontrolgruppe, idet kun 20% af aldersgruppen 50-69 år blev inviteret til screening i en 17-års periode. Vi fandt 33% overdiagnostik i Danmark (6). I den screenede aldersgruppe var der i de sidste 5 år i vor opgørelse 404 brystkræfttilfælde om året i gennemsnit i de to regioner, der havde screening, hvilket giver en overdiagnostik på $33\%/133\% \times 404 = 100$ tilfælde om året. Da der kun var screening i 20% af landet, skal dette ganges med 5 for at få tallet for hele landet, idet vi nu screener i hele Danmark, hvilket giver 500 kvinder. Niveaueet var endda endnu højere i de første år med screening.

At overdiagnostikken fører til flere brystfjernelser, benægtes af DBCG i foreningens pressemeddelelse fra 5. oktober 2011 (<http://www.dbcg.dk/>). DBCG forholder sig heller ikke videnskabeligt stringent til effekten af screening. DBCG nævner, at det københavnske screeningsprogram har vist en reduktion i dødeligheden af brystkræft på 25%. Vi har påvist i *BMJ*, at der slet ikke kan ses nogen effekt af screening i Danmark på dødeligheden, og at det studie, DBCG henviser til, er yderst upålideligt (7): Reduktionen i København forekom langt tidligere, end hvad der kan forårsages af screening; en tilsvarende reduktion var ikke til stede på Fyn, som også havde screening, men som det refererede studie ikke tog med, af uforklarede årsager; og reduktionen i brystkræftdødeligheden var langt større blandt unge kvinder, der aldrig er screenet. Heller ikke i andre europæiske lande tyder data på, at screening har reduceret dødeligheden af brystkræft, for eksempel har Sverige oplevet langt mindre reduktion af brystkræftdødeligheden end Danmark, trods mere end 20 år med screening af næsten hele befolkningen, med højere deltagelse og kortere interval mellem screeningerne

(2,8). Dette passer med, at man heller ikke har kunnet se en reduktion i antallet af cancere i avancerede stadier (målt som cancere større end 2 cm; tumorstørrelsen er lineært korreleret til risikoen for, at canceren har metastaseret) (9). Når screening ikke gør det, kan screening ikke have nogen effekt, hverken i form af en reduktion af dødeligheden, eller en reduktion af antallet af brystfjernelser.

Den bedste metode vi har til at reducere forekomsten af brystkræft er derfor at nedlægge screeningsprogrammet. Det har i bedste fald kun en marginal betydning for overlevelsen, hvorimod det er indiskutabelt, at det producerer mange kræftpatienter blandt kvinder, som er raske, og som var forblevet raske, hvis de havde undladt at gå til screening.

Afslutningsvis skal vi gøre opmærksom på, at det ikke er første gang, DBCG har udsendt en stærkt misvisende pressemeddelelse om Det Nordiske Cochrane Centers forskning. Det gjorde DBCG også i 2010 (10), efter vi havde påvist, at screening ikke har nogen effekt i Danmark (7). Vi viste dengang, hvorledes DBCG manipulerede med data og åbenlyst modsagde sig selv (10).

Sandheden er ilde hørt i DBCG, hvilket rejser spørgsmålet: Hvilke interesser varetager DBCG egentlig? Næppe kvindernes.

Peter C Gøtzsche, Professor, dr. med.
Karsten Juhl Jørgensen, læge og forsker
Det Nordiske Cochrane Center
pcg@cochrane.dk
Tel arb.: 35 45 71 12
Tel privat: 45 86 88 66

1. Korsgaard P, Møller KC. 500 bryster fjernes hvert år uden grund. Ekstrabladet 2011;5. oktober:6-7.
2. 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.
3. Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. Art. No.: CD001877.
4. Suhrke P, Mæhlen J, Schlichting E, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC, Zahl PH. Effect of mammography screening on surgical treatment for breast cancer in Norway: comparative analysis of cancer registry data. *BMJ* 2011; 343:d4692.
5. Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. *BMJ* 2009;339:b2587.
6. Jørgensen KJ, Zahl P-H, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in organised mammography screening in Denmark: a comparative study. *BMC Women's Health* 2009;9:36.
7. Jørgensen KJ, Zahl P-H, Gøtzsche PC. Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study. *BMJ* 2010;340:c1241.
8. 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.
9. Autier P, Boniol M, Middleton R, et al. Advanced breast cancer incidence following population-based mammographic screening. *Ann Oncol* doi:10.1093/annonc/mdq633.
10. Pressemeddelelse: [Mammografiscreening og Den Danske Brystkræft Gruppe \(DBCG\)](http://www.cochrane.dk/research/index.htm) (PDF) 15 April 2010. <http://www.cochrane.dk/research/index.htm>.