

Pressemeddelelse fra Det Nordiske Cochrane Center om mammografiscreening

15. april 2010

Vedr. misinformation fra Den Danske Brystkræft Gruppe (DBC) fra 13. april

DBC udsendte den 13. april en pressemeddelelse om mammografiscreening og om Det Nordiske Cochrane Centers forskning, der på adskillige punkter er så misvisende, at vi er nødt til at reagere, selv om vi mener, at videnskabelige debatter bør føres i videnskabelige fora, og ikke via pressemeddelelser.

Vi publicerede for nylig en artikel i British Medical Journal (BMJ) (1), hvor vi konkluderede:

“Vi kunne ikke påvise nogen effekt af det danske screeningsprogram på dødeligheden af brystkræft. De reduktioner i dødeligheden, vi observerede i de screenede regioner, var de samme eller mindre end i de ikke-screenede områder og blandt de aldersgrupper, der var for unge til at have gavn af screening. De skal derfor formentlig forklares af ændringer i risikofaktorer og forbedret behandling og ikke af screening med mammografi”.

DBC ”tager stærkt afstand til konklusionerne”, men fremfører ingen konkret kritik. De resultater, vore konklusioner bygger på, er da heller ikke til at komme udenom:

Blandt kvinder, der kunne have gavn af screening (alder 55-74 år), faldt dødeligheden af brystkræft med 1% om året i de screenede områder (København og Fyn) og med 2% om året i de ikke-screenede områder (resten af landet). Blandt kvinder, der var for unge til at have gavn af screening, var faldene endnu større, nemlig 5% om året i de screenede områder, og 6% om året i de ikke-screenede områder.

DBC anfører, at BMJ ”ukritisk har publiceret den tendentiøse rapport”, hvilket er helt forkert. Vor artikel blev accepteret efter meget detaljeret konsulentbedømmelse (peer review) i to omgange, hvor især BMJs statistiker gik grundigt ind i sagen, fordi BMJ lagde meget vægt på, at vore metoder var i orden, når vi kom med et så opsigtsvækkende budskab. De væsentligste dele af den kritik, der efterfølgende er rejst af vores forskning (2), blev allerede fremført inden artiklen blev accepteret, og vi afviste kritikken med argumenter, der tilfredsstillede BMJs redaktører, og som vi efterfølgende har publiceret (2).

Det er således misvisende, når DBC anfører, at vort studie ”er massivt tilbagevist fra førende internationale eksperter”. Det er desuden kun at forvente, at eksperter, der har brugt de sidste 20-30 år på at arbejde med mammografiscreening, ikke bryder sig om vore resultater. Alle kritiske kommentarer til vort studie i BMJ (2) har forfattere med interessekonflikter i relation til screening, og vi har fx tilbagevist den kritik, som Elsebeth Lyng og kolleger har fremsat (2). Vi har desuden indsendt et nyt svar til de kommentarer, der er fremkommet i løbet af den seneste uge (2), som endnu ikke er kommet op på BMJs hjemmeside. Der er ganske enkelt ikke hold i den kritik, vort studie har medført blandt screeningsfortalerne.

Det er groft misvisende, når DBC hævder, at vore påstande i artiklen ”overhovedet ikke er underbyggede” og at ”Der er anvendt ubearbejdet talmateriale og utilstrækkelige analysemetoder”. Endvidere er en så voldsom kritik af andre forskere i en pressemeddelelse aldeles upassende, især når den ikke konkretiseres. DBC nævner herefter et studie af Elsebeth Lyng og kolleger, som viste en effekt af screeningsprogrammet på 25% i København. Dette studie er imidlertid meget problematisk, hvilket vi også fremhæver i vor artikel (1). For eksempel blev der benyttet en meget kompliceret statistisk model, der ikke er valideret; man medtog ikke yngre kvinder, der ikke kunne have gavn af screening; og man medtog heller ikke Fyn. Disse forfattere har desuden publiceret andre estimater, inklusive at screening i København førte til en *øgning* af dødeligheden, hvilket vi også nævner.

DBCG anfører, at vor artikel rejser ”helt ubegrundet tvivl om kvaliteten af brystkræftbehandlingen i Danmark”, og begrundet det med, at behandlingen følger internationalt afstemte retningslinier, underforstået at den er ensartet. Denne kritik er helt urimelig og misvisende, hvilket DBCG godt ved. Den 12. april kunne man i Berlingske Tidende læse om en ny rapport fra DBCG, der påviste store forskelle i anvendelsen af brystbevarende kirurgi mellem danske sygehuse, hvilket fik Bent Hansen til at udtale, at der nu skulle ’strammes op’, og at det var urimeligt, hvis behandlingen afhang af lokale traditioner. Vi skrev i vor artikel, at der har været nationale retningslinjer for brystkræftbehandling i Danmark siden 1977, men tilføjede, at man ikke kunne vide, om de blev nøje efterlevet i praksis, og gav som eksempel, at nogle kvinder havde fået erstatning, fordi de havde modtaget en behandling, der ikke levede op til den bedste standard. For eksempel blev der som bekendt udført alt for mange mastektomier på Bornholm. Den 12. april udtaler Kræftens Bekæmpelse i Berlingske Tidende, at det er uacceptabelt, at de fleste kvinder på nogle sygehuse får fjernet hele brystet. Det forekommer os, at DBCG spiller på egen autoritet i stedet for at holde sig til kendsgerningerne.

DBCG er ”fagligt bekymrede” over, at kvinder i stort tal melder fra til screening, og at dette i sidste ende vil medføre unødige dødsfald. Det tvivler vi på, da vi ikke kan se nogen effekt af screening, og DBCG nævner ikke, at screening medfører udtalt overdiagnostik og overbehandling af raske kvinder (3), og at det derfor kan være lige så fornuftigt at melde fra som at møde op til screening, hvilket vi har uddybet i vor informationsfolder om mammografiscreening, som er publiceret i BMJ (4), og som af frivillige er oversat til 10 sprog, fordi de har fundet, at den er god for kvinderne at kende til (se <http://www.cochrane.dk/>).

DBCG anfører, at man kan undgå ca. 700-1000 brystkræftdødsfald inden for en periode på 10 år. Vi kan ikke se, at der er nogen effekt af det danske program, og hvis DBCGs forventning havde været rigtig, ville vi have kunnet se en forskel mellem de regioner, der har haft screening i 17 år (København og Fyn), og resten af landet. Der er heller ikke nogen synlig effekt af det britiske eller det svenske screeningsprogram (1).

DBCG anfører, at der er sket en markant forbedring af prognosen indenfor de sidste ca. 30 år, fordi femårsoverlevelsen er faldet fra knap 40% til knap 20%. Dette er groft misbrug af statistik, og det ved DBCG godt. Det nævnes i internationale retningslinier for vurdering af screeningsprogrammer, at man ikke kan anvende femårsoverlevelse i denne sammenhæng. Screening fremrykker diagnostetidspunktet, og flere vil derfor leve i længere tid med viden om, at de har kræft. Femårsoverlevelsen vil derfor forbedres af screening, uanset om deltagerne reelt lever længere. Når man screener, gør man desuden mange raske kvinder til kræftpatienter på grund af overdiagnostik, og de har selvfølgelig en excellent prognose, som også bidrager til den misvisende forbedring af femårsoverlevelsen (3). Dette er elementær viden for alle, der beskæftiger sig med kræft, og vi undrer os derfor over, at DBCG benytter sig af dette argument. Det tyder på, at DBCG er ude i et politisk ærinde og ser stort på, hvad der videnskabeligt set er korrekt.

At DBCG anfører, at den samlede brystkræftdødelighed er højere end i vore nordiske nabolande, ”som har haft mammografiscreening i årevis” er også under lavmålet. Forskere fra Kræftens Bekæmpelse og andre, såmænd også Henning Mouridsen, som er en af underskriverne af DBCGs pressemeddelelse, har tidligere gjort opmærksom på, at en forskel mellem Danmark og Sverige på næsten 10% point i relativ overlevelse har eksisteret i de sidste 40 år (5), hvilket er meget længere end den tid, hvor der har været screening. Forskellen har derfor intet med screening at gøre, og eksisterer også for andre kræftformer, hvor ingen screener, og den tilskrives normalt, at danskere drikker og ryger mere end deres naboer.

Endelig er det misvisende, at DBCG anfører, at en konsekvens af screening er, at flere behandles med brystbevarende operation. De undlader at nævne, at en konsekvens af screening også er, at flere får fjernet hele brystet pga. overdiagnostik (6).

Vor seneste artikel i BMJ er kun en enkelt af en række artikler i førende medicinske tidsskrifter, der viser, at mammografiscreening ikke har levet op til forventningerne, og at der er alvorlige skadevirkninger (7-9). DBCG har ikke taget skadevirkningerne eller ny evidens alvorligt, og DBCGs pressemeddelelse viser, at

DBCG udtaler sig mod bedre vidende. Dette er ”fagligt bekymrende”, for nu at bruge DBCGs egen sprogbrog.

Peter C Gøtzsche, Professor, overlæge, dr. med., cand. scient. og direktør
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. Jørgensen KJ, Zahl P-H, Gøtzsche PC. Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark: comparative study. *BMJ* 2010;340:c1241.
2. Korrespondencer. http://www.bmj.com/cgi/eletters/340/mar23_1/c1241.
3. Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. *BMJ* 2009;339:b2587.
4. Gøtzsche P, Hartling OJ, Nielsen M, Brodersen J, Jørgensen KJ. Breast screening: the facts - or maybe not. *BMJ* 2009;338:446-8.
5. Christensen LH, Engholm G, Ceberg J, Hein S, Perfekt R, Tange UB, Andersson M, Mouridsen HT, Möller T, Storm HH. Can the survival difference between breast cancer patients in Denmark and Sweden 1989 and 1994 be explained by patho-anatomical variables? – A population based study. *Eur J Cancer* 2004;40:1233-43.
6. Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. Art. No.: CD001877.
7. Esserman L, Shieh Y, Thompson I. Rethinking screening for breast cancer and prostate cancer. *JAMA* 2009;302:1685-92.
8. Zahl PH, Maehlen J, Welch HG. The natural history of invasive breast cancers detected by screening mammography. *Arch Intern Med* 2008;168:2311-6.
9. US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009;151:716-26, W-236.