

263 (25 %) lymfeknutemetastaser, dette kan neppe kallast overdiagnostikk. Då står det att 790 krefttilfelle utan lymfeknutemetastaser. Ifølgje teorien til Zahl & Mæhlen er *alle* desse overdiagnostiserte. Med mammografiscreening finn ein såleis to typar krefttilfelle: dei som har metastasert og dei som er overdiagnostiserte. Enkelt og greitt? Passar dette med kunnskapen om utvikling av adenokarsinom?

Etter mi meining nei. Artikkelen er basert på grove oversiktstal og ein statistisk modell som mellom anna ikkje tar omsyn til hormonbruk. Forfatarane meiner at «bruk av østrogener ikke kan være noen særlig viktig årsak til brystkreft i Norge» (1). Dette står i sterk kontrast til ein studie av Weedon-Fekjær og medarbeidarar der ein estimerar at 27 % av brystkrefttilfella hjå kvinner i 50-åra rundt år 2000 kan skuldast hormonbehandling (3). Weedon-Fekjær og medarbeidarar estimerar vidare ein auke i brystkreftinsidens på 59 % assosiert med å vere invitert til første runde av mammografiscreening (82 % ifølgje Zahl & Mæhlen) og på 16 % for seinare screeningrunder (50 % ifølgje Zahl & Mæhlen). I tillegg blir det estimert 14 % reduksjon i brystkreftinsidens i dei første fem åra etter at ein går ut av mammografiscreeninga (ingen signifikant reduksjon ifølgje Zahl & Mæhlen). Det blir òg vist at den lineære auken i brystkreftinsidens frå 1950 til 1990 har halde fram seinare (3) (ikkje tilfelle, ifølgje Zahl & Mæhlen).

To studiar med heilt ulike resultat. Kva er rett?

Eg føreslår at vi venter på den evalueringa som Forskningsrådet har sett i gang. Der får uavhengige grupper tilgang til ein omfattande forskingsdatabase. Eg føreslår òg at norske forskarar avstår frå kommentarar i media, så som «dette er en av de største skandalene i moderne medisin» og «vil du holde deg frisk, ville jeg holdt meg unna mammografi. Du ville ikke gått til en tannlege som borer i stykker de friske tenene dine» (4). Vi bør vise kvinner med brystkreft respekt og ikkje lage unødige uro basert på dårleg grunnjevne påstandar som store deler av forskingsmiljøet innan brystkreft set spørsmålsteikn ved (5).

Solveig Roth Hoff

Brystdiagnostisk Senter i Møre og Romsdal

Solveig Roth Hoff (f. 1970) er spesialist i radiologi. Hun arbeider ved Radiologisk avdeling, Ålesund sykehus, er leder for Mammografi-programmet i Møre og Romsdal og er ph.d.-kandidat ved Institutt for kreftforskning og molekylærmedisin ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Hun er medlem av forskningsutvalget i Helse Møre og Romsdal. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Zahl P, Mæhlen J. Overdiagnostikk av brystkreft etter 14 år med mammografiscreening. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 414–7.
2. Kreftregisteret. www.kreftregisteret.no/no/Forebyggende/Mammografi-programmet/Resultater/ [18.4.2012].
3. Weedon-Fekjær H, Bakken K, Vatten LJ et al. Understanding recent trends in incidence of invasive breast cancer in Norway: age-period-cohort analysis based on registry data on mammography screening and hormone treatment use. BMJ 2012; 344: e299.
4. Flåm K, Åsebø S. Hvert år blir 800 kvinner brystkreftpasienter uten grunn. www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=10078313 [18.4.2012].
5. Bock K, Borisch B, Cawson J et al. Effect of population-based screening on breast cancer mortality. Lancet 2011; 378: 1775–6.

P.-H. Zahl svarer:

Ved hjelp av mammografi oppdages mange små svulster som enten ikke vokser eller går over av seg selv. Dette kalles overdiagnostikk. I disse tilfellene blir kvinnene unødvendig behandlet for brystkreft.

I 2004 skrev vi at mammografiscreening ville medføre at 770 friske kvinner årlig ville bli overdiagnostisert. Kreftregisteret kritiserte oss den gang for at vi hadde kun fem års oppfølgingstid og ikke justerte for hormonbruk. Etter 14 år med screening viser våre nye analyser at 800 kvinner ble overdiagnostisert (1). En systematisk kunnskapsoversikt i *BMJ* (2) og en ny artikkel i *Annals of Internal Medicine* (3) (begge med norske data) støtter våre funn: Det er massiv overdiagnostikk i Norge.

I vår nye artikkel er det imidlertid mye lengre oppfølgingstid enn i disse artiklene. Den inkluderer en periode hvor hormonbruken sank med 80 % – uten noen reduksjon i brystkreftforekomsten. Hormonbruk kan umulig ha noen vesentlig betydning for økningen i brystkreftforekomst.

Tretli & Ursin skriver at det er en underliggende økning i brystkreftinsidens frem til screeningstart. Deres referanse viser at brystkreftforekomsten er konstant i perioden 1975–2009 i aldersgruppene der det er lite screening og få kvinner bruker hormoner (30–44 år og 70–84 år) (4). I aldersgruppen 45–69 år finner all økning sted i årene 1990–2002. Referansen dokumenterer ikke deres påstand.

Videre hevder de at vi ikke skriver hvor tallene kommer fra. Vi skriver at kreftdata kommer fra Kreftregisteret (første avsnitt i metoddelen og etter diskusjonen) og at dataene om hormonsalg kommer fra vår referanse nummer 15. Det er vanlig vitenskapelig praksis å referere til artikler som er under publisering.

Hoffs regnestykke er galt fordi svært mange tilfeller av dukalt carcinoma in situ (DCIS) blir diagnostisert utenfor screeningprogrammet og fordi saktevoksende svulster

med lymfeknutespredning er eksempler på overdiagnostikk hvis pasienten dør av andre årsaker før svulsten blir klinisk.

Alle tilfeller av dukalt carcinoma in situ som går over av seg selv, er overdiagnostikk per definisjon. Dessuten: Fjerner man ett dukalt carcinoma in situ som ville blitt til kreft, er det også overdiagnostikk – fordi man da skulle observert ett brystkrefttilfelle mindre senere, og forventet antall brystkrefttilfeller i analysene skal justeres.

Weedon-Fekjær og medarbeidere (5) har hevdet at halvparten av økningen i brystkreftforekomst skyldes bruk av hormoner og halvparten mammografiscreening. I den ledsagende lederartikkel (6) blir forfatterens bruk av statistisk metode vitenskapelig underkjent. Det blir også understreket at det ut fra dataene ikke er grunnlag for å trekke den konklusjon de gjør.

Per-Henrik Zahl

Folkehelseinstituttet

Per-Henrik Zahl (f. 1961) er dr.med. i biostatistikk og arbeider som statistiker ved Nasjonalt folkehelseinstitutt. Han har publisert flere artikler om mammografiscreening og brystkreftdødelighet. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Zahl P-H, Mæhlen J. Overdiagnostikk av brystkreft etter 14 år med mammografiscreening. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 414–7.
2. Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. BMJ 2009; 339: b2587.
3. Kalager M, Adami HO, Bretthauer M et al. Overdiagnosis of invasive breast cancer due to mammography screening: results from the Norwegian screening program. Ann Intern Med 2012; 156: 491–9.
4. NORCAN-prosjektet. www-dep.iarc/nordcan.htm [18.4.2012].
5. Weedon-Fekjær H, Bakken K, Vatten LJ et al. Understanding recent trends in incidence of invasive breast cancer in Norway: age-period-cohort analysis based on registry data on mammography screening and hormone treatment use. BMJ 2012; 344: e299.
6. Michels KB. The rise and fall of breast cancer rates. BMJ 2012; 344: d8003.