
Kritikk av masseundersøkelsene mot bryst- og livmorhalskreft

KORRESPONDANSER

PER-HENRIK ZAHL

Steinar Ø. Thoresen bruker tre sider på en oppsummering av generell epidemiologisk kunnskap om bryst- og livmorhalskreft (1). Så følger en kritikk av blant andre undertegnede for selektiv sitering og manglende kunnskap om biologiske forhold ved sykdommene. Debattinnlegget inneholder flere grove feil, og sentrale poeng i debatten bagatelliseres.

Thoresen påstår at Sjönell & Ståhles artikkel (2) ble grundig tilbakevist av Socialstyrelsen (3). Dette er galt. Socialstyrelsens artikkel ble av Jerzy Einhorn kritisert i en lederartikkel i Läkartidningen for sin usaklighet og manglende innsikt i vitenskapelige metoder (4). Sjönell & Ståhle fikk senere sitt innlegg i debatten publisert i BMJ. Dette kaller jeg feilsitering. Videre argumenterer han med at insidensraten synker i noen nordiske land etter start av livmorhalskreftscreening. For det første kom fallet i for eksempel Finland umiddelbart etter start av screening. Dette taler jo for at det er andre årsaker til fallet! For det andre har man i Norge ikke sett noen fall i insidensraten etter start av screening, mens man i Danmark har hatt et fall uten et nasjonalt screeningprogram. Når man bare siterer fakta som passer ens egen teori, kaller jeg dette selektiv sitering.

Thoresen skriver at de svenske studiene er gjennomført etter gullstandard, og at en forskjell på fem måneder i gjennomsnittsalder mellom gruppene ikke kan ha påvirket sluttresultatet. Enten forstår han ikke at dette er en test på at det er gjort randomisering, eller så bryr han seg ikke om at studier er randomiserte. Han skriver også at et fellestrekk for kritikerne er at de ikke har tilgang til data, men bruker offentlig statistikk. Hvis dette er galt, bør han begrunne det! Undertegnede mener at det er disse tallene som kan brukes til å verifisere løse teorier om at organisert screening reduserer dødeligheten av livmorhalskreft med 50 %. Hva er hensikten med et kreftregister hvis data derfra ikke kan brukes til et slikt formål?

Thoresen skriver videre at det ikke har vært noen tilsvarende kritikk av nasjonale screeningprogrammer for livmorhalskreft. I Danmark har man valgt ikke å utføre denne type screening mer, noe som i seg selv er en form for kritikk. Bistoletti (5) har nylig påpekt at det årlig brukes 500 millioner svenske kroner på denne type screening i Sverige, uten at insidensrate eller dødelighet har sunket de siste 15 år. 60 – 80 % av dem som nå får livmorhalskreft i Sverige, har deltatt i masseundersøkelsen. Jeg tror at én grunn til at livmorhalskreftscreening har vært lite kritisert, er at utenforstående ikke får innsyn i data.

Istedenfor å forsvare sin bruk av epidemiologiske metoder, bruker Thoresen spalteplass på kritikk av hva jeg kaller uvesentligheter. For eksempel kommenterer han at diagnosen brystkreft kan stilles på et premalignt stadium. For det første er dette irrelevant for en diskusjon om bruken av statistikk og epidemiologi for å begrunne screening. For det andre dokumenterer han ikke sine påstander. Disse formene kan like godt omtales som lavmaligne som premaligne hvis de har samme aldersfordeling som brystkreft generelt.

LITTERATUR

1. Thoresen SØ. Ulike motiver for kritikk av masseundersøkelsene mot bryst- og livmorhalskreft Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2807 – 9.
2. Sjönell G, Ståhle L. Hälsokontroller med mammografi minskar inte dödlighet i bröstcancer. Läkartidningen 1999; 96: 904 – 13.
3. Rehnquist N, Rosén M, Karlberg I. Socialstyrelsen om mammografiscreening: analys av dödlighet kräver helt annan metodik. Läkartidningen 1999; 96: 1050 – 1.
4. Einhorn J. Gör en oberoende utvärdering av mammografiverksamheten! Läkartidningen 2000; 97: 1366 – 7.
5. Bistoletti P. Kostnader och problem med cellprovsscreening för cervixcancer är betydligt underskattade. Läkartidningen 2000; 97: 3506 – 8.

Publisert: 30. november 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2025. Lastet ned fra tidsskriftet.no 25. desember 2025.