
Screening for melanom er en dårlig idé

LEDER

MICHAEL BRETTHAUER

michael.bretthauer@medisin.uio.no

Michael Bretthauer er dr.med. og professor ved Klinisk effektforskning, Universitetet i Oslo, og overlege ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus med særlig interesse for kreftscreening. Han var medlem av gruppen som utredet en randomisert studie på melanomscreening.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Sunne solvaner og kunnskap om suspekte hudforandringer er fremdeles viktigst for å forebygge malignt melanom.

Om lag 2 000 nordmenn får malignt melanom i huden hvert år, og om lag 15 % av disse dør av sykdommen (1). Forekomsten av melanom øker med økende alder, og de siste tiårene har den særlig økt blant menn over 70 år. I den yngste aldersgruppen, dvs. dem under 30 år, er forekomsten stabilt lav (2).

Norge har i dag screeningprogrammer for livmorhalskreft og brystkreft, og for tiden planlegges screening for tarmkreft. De siste årene har det også blitt tatt til orde for melanomscreening fordi vi har en høy forekomst i Norge sammenlignet med andre land. Noen private aktører tilbyr slik screening allerede (3). Hudkreftdagen med føfleksjekk arrangeres årlig med formål om «å forebygge hudkreft ved å informere om solbeskyttelse og oppdage hudkreft tidlig» (4).

Det finnes to typer kreftscreening. Forebyggende screening er den mest attraktive, fordi man påviser og fjerner forstadier til kreft, dvs. små, benigne tumorer som ikke enda har blitt invasiv kreftsykdom. Effekten på dødelighet er en konsekvens av redusert forekomst: De som ikke får kreft, dør ikke av den. Forebyggende screening betinger imidlertid at det finnes et kjent forstadium til den aktuelle typen kreft. Tarmkreftscreening med endoskopi og cytologisk screening for livmorhalskreft er eksempler på forebyggende screening.

For krefttyper der det ikke finnes etablerte forstadier, eller der det mangler teknologi for å oppdage disse med akseptabel nøyaktighet, begrenses screening til tidlig oppdagelse av allerede invasiv kreft. Eksempler er prostataspesifikt antigen (PSA)-screening for prostatakreft og mammografiscreening. Slik screening kan ikke redusere kreftforekomsten, kun dødeligheten. Ofte vil tidlig deteksjonsscreening øke den registrerte forekomsten av kreft pga. overdiagnostikk. Overdiagnostikk er en av de største ulempene med tidlig deteksjonsscreening og er en av hovedgrunnene til at Norge ikke har innført PSA-screening.

Melanomscreening med systematisk og regelmessig klinisk undersøkelse av friske individer, f.eks. årlig eller hvert annet år, kunne tenkes å redusere dødeligheten av melanom. Slik undersøkelse ville imidlertid ikke kunne redusere forekomsten, ettersom man ikke kan påvise noe forstadium med dagens metoder.

En gruppe norske hudleger, screeningeksperter, epidemiologer, statistikere og biofysikere gikk i 2015 sammen for å designe, planlegge og gjennomføre en landsomfattende randomisert studie på melanomscreening i Norge. Studien skulle gi endelig svar på effekten av screening på dødelighet og forekomst av melanom samt kostnader for samfunnet og ulemper for den enkelte forbundet med slik screening.

Etter et grundig arbeid konkluderte gruppen med at det ikke finnes grunnlag for å gjennomføre en randomisert melanomscreeningsstudie (5). Gruppen vurderte det som usannsynlig at melanomscreening vil kunne ha en klinisk relevant effekt på dødelighet, og anså det derfor som uetisk å gjennomføre en slik studie. Gruppens konklusjoner ble styrket da oppdaterte tall fra tyske studier som hadde vist lovende resultater (6, 7), ikke lenger viste noen effekt av melanomscreening, men antydte overdiagnostikk på hele 30 % (8).

Overdiagnostikk av melanom innebærer en betydelig belastning for både pasient og samfunn. Pasienten påføres unødvendige bekymringer, unødvendig behandling og unødvendige kontroller, og samfunnet påføres store kostnader. En randomisert studie ville kreve minst 400 000 deltagere og binde opp mange allmennleger, hudleger, patologer og annet personell, ville ha kostet mange millioner kroner, ført til overdiagnostikk og viktigst: mest sannsynlig reddet få liv.

Melanomscreening i Norge er altså ingen god ide. Det er derimot fortsatt en god idé å sørge for god solbeskyttelse, unngå solforbrenning og forstå tidlige tegn på melanom i hud, dvs. endringer i form og farge i eksisterende føflekker eller en mørk flekk i huden som avviker i utseende fra andre føflekker.

LITTERATUR

1. Kreft i Norge. 2016. Oslo: Kreftregisteret, 2017.
<https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2016/cin-2106.pdf> (28.7.2018).
2. Årsrapport 2016 med resultater og forbedringstiltak fra Nasjonalt kvalitetsregister for føflekkreft. Oslo: Kreftregisteret, 2017.

https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/arsrapporter/publisert-2017/arsrapport-2016_foflekkreft.pdf (28.7.2018).

3. ScreenCancer. Føflekkskanning.

<http://screencancer.no/testene/foflekkreft/> (29.7.2018).

4. Euromelanoma. Tidlig diagnose av hudkreft er viktig.

<https://www.euromelanoma.org/norway> (29.7.2018)

5. Halvorsen JA, Løberg M, Gjersvik P et al. Why a randomized melanoma screening trial is not a good idea. *Br J Dermatol* 2018; 179: 532 - 3. [PubMed]

6. Breitbart EW, Waldmann A, Nolte S et al. Systematic skin cancer screening in Northern Germany. *J Am Acad Dermatol* 2012; 66: 201 - 11. [PubMed] [CrossRef]

7. Katalinic A, Waldmann A, Weinstock MA et al. Does skin cancer screening save lives?: an observational study comparing trends in melanoma mortality in regions with and without screening. *Cancer* 2012; 118: 5395 - 402. [PubMed][CrossRef]

8. Katalinic A, Eisemann N, Waldmann A. Skin cancer screening in Germany – documenting melanoma incidence and mortality from 2008 to 2013. *Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 629 - 34. [PubMed]

Publisert: 30. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0600

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. februar 2026.