

Fortsat manglende stillingtagen til screening for abdominalt aortaaneurisme i Danmark

For kort tid siden opdaterede et rådgivende udvalg (US Preventive Task Force) for den amerikanske regering sin anbefaling fra 2005 om engangsscreening for abdominalt aortaaneurisme (AAA). Udvalget anbefaler fortsat screening af alle mænd mellem 65 og 75 år, der er eller har været rygere, samt mænd, der er i samme aldersklasse og aldrig har røget, hvis der er anden indikation [1]. Anbefalingen er baseret på en systematisk litteraturgennemgang, som inkluderede fire randomiserede forsøg med over 130.000 mænd, hvoraf det ene blev gennemført i Viborg Amt og nu er klassificeret som et af de vigtigste bag anbefalingen. Det refererer til et populationsbaseret forsøg, som allerede i 1994 blev lanceret med henblik på at vurdere samtlige af WHO's og Sundhedsstyrelsens kriterier for screening. Efter fem års opfølgning af 12.639 mænd fandt man en 67% reduceret AAA-specifik dødelighed blandt de mænd, der var blevet tilbudt screening [2]. Efter 15 års opfølgning fandt man denne reduktion bibeholdt, en 2% reduceret totaldødelighed, og at ét liv kunne reddes ved blot at screene 152 mænd [3]. Endvidere blev det sundhedsøkonomisk belyst, at screening var forbundet med en omkostning pr. reddet leveår på under 2.000 kr.

Nationale screeningsprogrammer er i dag indført i bl.a. Sverige, England og USA trods det faktum, at man har observeret et fald i prævalensen af AAA. Dette fald kan dog ikke observeres i Danmark [4], hvor et nyt dansk screeningsforsøg med over 50.000 mænd tværtimod har peget på en 66% højere prævalens i Danmark end i Sverige og England. Andre forhold har imidlertid udviklet sig siden de første screeningsforsøg – også i Danmark. Middellevetiden er øget betydeligt og i særdeleshed hos AAA-patienter, endovaskulær behandling er indført som alternativ til åben AAA-operation, mortalitetsrisikoen ved åben AAA-operation er halveret, og den tilfældige diagnostik af AAA må formodes at være steget pga. lettere adgang til billeddiagnostik.

Disse forhold har alle indflydelse på, om det er en god ide at introducere AAA-screening. Den internationale litteratur omfatter derfor adskillige beslutningsanalytiske modeller, der er baseret på syntese af al tilgængelig evidens. Den seneste danske model blev offentliggjort i 2012 og er den mest nuancerede

og opdaterede samlede betragtning, bl.a. inklusive endovaskulær behandlingsmulighed og opdateret epidemiologi [5]. Den overordnede konklusion var, at screening er særdeles omkostningseffektiv, og at et leveår kan reddes til en omkostning på omkring 5.200 kr. Det svarer til under en tiendedel af omkostningen i andre screeningsprogrammer, som allerede er indført i Danmark, f.eks. screening for bryst- og tarmkræft. Offentliggørelsen af den danske model medførte spørgsmål til sundhedsministeren om, hvorfor vi i Danmark ikke har taget stilling til spørgsmålet om AAA-screening af mænd. Der er imidlertid ikke givet andet svar, end at spørgsmålet er videresendt til Sundhedsstyrelsen, som heller ikke har taget stilling til spørgsmålet.

Set med samfundets øjne synes det uacceptabelt, at så omfattende et evidensgrundlag ikke udnyttes. For hvert år, der går uden en beslutning, mister vi 1 leveår ved i stedet at bruge pengene på sundhedsvæsenets andre programmer, som ikke er nær så omkostningseffektive. Der kan naturligvis være andre forhold, som man politisk ønsker at vægte, end om effekten står i rimeligt forhold til omkostningerne. Men faktum er, at alle de af WHO og Sundhedsstyrelsen opstillede screeningskriterier er opfyldte. Dermed synes det at være en beslutning, der mangler, snarere end beslutningsgrundlaget. Det overlever vi nok som forskere – men hvert år er der hundredvis af ældre, danske mænd, som ikke overlever.

LITTERATUR

1. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for abdominal aortic aneurysm: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 2014; (epub ahead of print).
2. Lindholt JS, Juul S, Fastang H et al. Screening for abdominal aortic aneurysms: single centre randomised controlled trial. *BMJ* 2005;330:750-4.
3. Lindholt JS, Sørensen J, Sjøgaard R et al. Long-term benefit and cost-effectiveness analysis of screening for abdominal aortic aneurysms from a randomized controlled trial. *Br J Surg* 2010;97:826-34.
4. Lindholt JS, Sjøgaard R, Laustsen J. Prognosis of ruptured abdominal aortic aneurysms in Denmark from 1994-2008. *Clin Epidemiol* 2012;4:111-3.
5. Sjøgaard R, Laustsen J, Lindholt JS. Cost effectiveness of abdominal aortic aneurysm screening and rescreening in men in a modern context: evaluation of a hypothetical cohort using a decision analytical model. *BMJ* 2012;345:e4276.

LEDER

Jes S. Lindholt¹ &
Rikke Sjøgaard²

Ugeskr Læger
2014;176:V66606

KORRESPONDANCE:

Jes Lindholt,
Hjerte-, lunge-, karkirurgisk
Afdeling T, Odense Universitets-
sitetshospital, Sdr. Boulevard
29, 5000 Odense C.
E-mail:
jes.sanddal.lindholt@rsyd.dk
1) Hjerte-, lunge-, karkirurgisk
Afdeling T, Odense Universitets-
sitetshospital
2) Institut for Folkesundhed,
Aarhus Universitet

INTERESSEKONFLIKT: ingen.
Forfatterens ICMJE-formularer
er tilgængelige sammen med
lederen på Ugeskriftet.dk