

Screeningsmammografi kan være en hurtig og effektiv udredning for brystkræft hos asymptomatiske kvinder

Mette Bach Larsen¹, Vivian Langagergaard², Heidi Larsson³, Ellen M. Mikkelsen³ & Berit Andersen¹

KVALITETS- UDVIKLINGS- ARTIKEL

1) Afdeling for Folkeundersøgelser, Regionshospitalet Randers

2) Center for Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland

3) Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital

Ugeskr Læger
2014;176:V03140159

Brystkræft er den hyppigste kræftform for kvinder i Danmark. Risikoen for, at en kvinde får brystkræft, inden hun fylder 75 år, er mere end 10%, og hvert år dør ca. 1.200 kvinder af sygdommen [1]. Alle danske kvinder i alderen 50-69 år bliver tilbudt screening for brystkræft hvert andet år. Derudover kan udredning for brystkræft ske ved, at en praktiserende læge henviser kvinden til en klinisk mammografi på en billeddiagnostisk afdeling (BDA). En screeningsmammografi er en standardiseret røntgenundersøgelse med to projektioner af hvert bryst. Undersøgelsen foretages af en radiograf eller en screeningsassistent (social- og sundhedsassistent med Sundhedsstyrelsens autorisation til at foretage screeningsmammografier), hvorefter billederne læses uafhængigt af to mammariologer. Hvis de to radiologer ikke kommer til det samme resultat, afholdes der en konsensuskonference, hvor to radiologer sammen gennemgår billederne og herefter beslutter, om kvinden skal indkaldes til yderligere udredning i form af en klinisk mammografi. En klinisk mammografi foretages på en BDA af en speciallæge i radiologi og består af en klinisk undersøgelse, en mammografi/ultralydskanning af brystet, samt evt. en nålebiopsi.

Da Region Midtjylland (RM)'s brystkræftscreeningsprogram startede i 2008, besluttede RM at tilbyde kvinder, der var henvist af egen læge til en klinisk mammografi, men ikke havde symptomer på brystkræft, en screeningsmammografi, hvis den visiterende mammariolog vurderede, at dette var tilstrækkeligt som første undersøgelse. Kvinderne kunne f.eks. have henvendt sig til egen læge forud for en kosmetisk brystoperation eller forud for en planlagt påbegyndelse af hormonbehandling i klimakteriet, jf. Dansk Bryst Cancer Gruppens retningslinjer for prioritering af kvinder, der er henvist til klinisk mammografi. Også kvinder uden for screeningsprogrammets aldersgruppe fik dette tilbud. Formålet med denne artikel er at beskrive forekomsten af brystkræft og duktalt carcinoma in situ (DCIS) i perioden op til to år efter en screeningsmammografi blandt de kvinder, der tog imod tilbuddet.

INTERVENTION

I perioden 31.7.2008-27.11.2008 tog 797 kvinder i

RM imod tilbuddet om en screeningsmammografi efter egen læges henvisning til en klinisk mammografi. Efter visitering på BDA henviste radiologerne kvinder uden symptomer på brystkræft videre til Afdeling for Folkeundersøgelser (tidligere Brystkræftscreening, Region Midtjylland), der inden for få dage inviterede kvinderne til en screeningsmammografi med den sædvanlige procedure som ved mammografiscreening [2]. Ved et anormalt screeningsresultat blev patienten booket til en klinisk mammografi inden for få dage på den BDA, som hun oprindeligt var henvist til.

Persondata vedr. prioriteringsgruppe og invitationstidspunkt blev registreret i Afdeling for Folkeundersøgelser's røntgeninformationssystem (RIS). Alle øvrige data, herunder oplysninger om dato for screeningsmammografi, resultat af screeningsmammografi (normalt eller anormalt) og diagnoser (brystkræft og DCIS), blev indhentet fra Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening (DKMS) [3]. Data fra RIS og DKMS blev koblet ved hjælp af CPR-nummer.

Brystkræft blev defineret ved følgende SNOMED-koder: T04*** og M8***3, T04*** og M9***3, T04*** og M8***6, mens DCIS blev defineret ved følgende SNOMED-koder: T04*** og M85002, T04*** og M85012, T04*** og M85032. Resultatet af screeningsmammografien blev defineret ved sygehusvæsenets klassifikationskoder ZPR00N (anormalt) og ZPR01N (normalt) [4].

Hos kvinder, der havde anormalt screeningsresultat, blev brystkræft eller DCIS defineret som afledt af screeningsmammografien, hvis diagnosen blev registreret inden seks måneder efter det positive screeningsresultat. Hvis diagnosen blev registreret senere end seks måneder efter screeningsdatoen, blev det antaget, at diagnosen ikke var afledt af screeningsmammografien.

Proportionen af kvinder med anormalt screeningsvar samt proportionen af kvinder med diagnosen brystkræft og DCIS afledt af screeningsmammografien blev beregnet med tilhørende 95% konfidensintervaller (95% KI). Endvidere blev proportionen af kvinder med brystkræft diagnosticeret uafhængigt af screeningsmammografien blandt de kvinder, der ikke fik diagnosticeret brystkræft eller



TABEL 1

Positive screeningsresultater, ductalt carcinoma in situ- og brystkræfttilfælde diagnosticeret på baggrund af screeningsmammografien og brystkræft diagnosticeret uafhængigt af screeningsmammografien inden for to år efter screeningsdatoen. De anførte værdier er n (% (95% konfidens-interval)).

	Screeningsafledte fund (N = 797)				Ikkescreeningsafledte fund (N = 788)		
	Screeningsmammografi	anormalt screeningsresultat	ductalt carcinoma in situ	brystkræft	brystkræft < 12 mdr. efter screening	brystkræft > 12 mdr. efter screening	ikkescreeningsafledte brystkræft, totalt
20-49 år	409 (51,3)	18 (4,4 (2,6-6,9))	1 (0,2 (0,0-1,4))	1 (0,2 (0,0-1,4))	0 (0,0 (0,0-0,9))	0 (0,0 (0,0-0,9))	0 (0,0 (0,0-0,9))
50-69 år	341 (42,8)	26 (7,6 (5,0-11,0))	0 (0,0 (0,0-1,1))	5 (1,5 (0,5-3,4))	4 (1,2 (0,3-3,0))	3 (0,9 (0,2-2,5))	7 (2,1 (0,8-4,2))
≥ 70 år	47 (5,9)	6 (12,8 (4,8-25,7))	0 (0,0 (0,0-7,5))	2 (4,3 (0,5-14,5))	0 (0,0 (0,0-7,9))	1 (2,2 (0,06-11,8))	1 (2,2 (0,06-11,8))
Alle	797 (100)	50 (6,3 (4,7-8,2))	1 (0,1 (0,0-0,7))	8 (1,0 (0,4-2,0))	4 (0,5 (0,1-1,3))	4 (0,5 (0,1-1,3))	8 (1,0 (0,4-2,0))

DCIS i forbindelse med screeningsmammografien, beregnet med tilhørende 95% KI. Brystkræft, der var diagnosticeret uafhængigt af screeningsmammografien, blev opgjort to år efter screeningsmammografien og opdelt på diagnoser henholdsvis inden for 12 måneder efter mammografien og mere end 12 måneder efter mammografien.

Resultaterne er stratificeret på aldersgrupperne 20-49 år, 50-69 år og 70+ år.

LÆRINGSPUNKTER

I alt blev 1.166 kvinder visiteret fra en BDA til en screeningsmammografi, og 797 (68,4%) valgte at tage imod tilbuddet. Årsagen til, at 369 kvinder foretrak at vente på en klinisk mammografi, kendes ikke. Af de deltagende kvinder var 42,8% 50-69 år. Henholdsvis 51,3% og 5,9% var yngre og ældre end aldersgruppen for screeningsprogrammet.

Af de 797 kvinder, der fik foretaget en screeningsmammografi, var der anormalt screeningsresultat hos 50 (6,3% (95% KI: 4,7-8,2)). Andelen af positive svar var højest blandt de 70+-årige, hvor seks ud af 47 (12,8% (95% KI: 4,8-25,7)) havde et anormalt testresultat (Tabel 1). Af de 797 screenede kvinder blev otte (1,0% (95% KI: 0,4-2,0)) diagnosticeret med brystkræft på baggrund af screeningen, og en kvinde fik konstateret DCIS (Tabel 1).

Af de resterende 788 kvinder fik otte (1,0% (95% KI: 0,4-2,0)) konstateret brystkræft inden for to år efter screeningsundersøgelsen, halvdelen inden for det første år (Tabel 1). Disse kvinder havde alle haft en negativ screeningsmammografi. Hovedparten af kvinderne (syv) var i alderen 50-69 år, mens en kvinde var over 70 år.

KONKLUSION

Når det skal vurderes, om en screeningsmammografi inden for få dage er et godt alternativ til en klinisk mammografi for asymptomatiske kvinder, skal for-

dele opvejes mod ulemper. Fordelene er, at undersøgelsen foretages hurtigt, at billederne læses uafhængigt af to mammaradiologer, og at der ved mistanke om malignitet eller ved utilstrækkelig undersøgelse (f.eks. på grund af tæt kirtelvæv) kan udføres en klinisk mammografi inden for få dage. For de otte kvinder i dette studie, der fik diagnosticeret brystkræft på baggrund af en screeningsmammografi, betød denne en hurtig diagnose og dermed måske en mindre indgribende behandling og en bedre prognose [4]. En mulig ulempe ved en screeningsmammografi kan være øget risiko for at overse tilfælde af brystkræft, hvilket indeværende studiedesign ikke giver mulighed for at afdække. Der er således behov for yderligere forskning for at afdække denne problemstilling.

I det nationale screeningsprograms første runde fik 0,77% af de screenede kvinder konstateret brystkræft [5], hvilket er en lidt lavere andel end i det aktuelle studie. Dette kan formodentlig forklares ved, at disse kvinder a priori havde øget risiko for brystkræft, da de havde henvendt sig til egen læge pga. mistanke om brystkræft. Jf. kvalitetsindikatorerne for screeningsprogrammet bør færre end 5% indkaldes til klinisk mammografi i første brystkræftscreeningsrunde, mens færre end 3% bør indkaldes fra anden screeningsrunde og fremover [5]. Et væsentligt argument for at holde antallet af efterfølgende kliniske mammografier lavt er at undgå unødigt bekymring og overbehandling af raske kvinder, der ikke på eget initiativ har opsøgt udredning. Blandt kvinderne i prioriteringsgruppe III blev flere indkaldt, nemlig 6,3% af hele gruppen og 7,6% af de 50-69-årige. Denne gruppe kvinder havde dog søgt egen læge, fordi de var bekymrede for brystkræft, hvilket kan forsvare et højere antal genindkaldelser. Desuden medførte en anormal screeningsmammografi, at kvinderne blev tilbudt en klinisk mammografi inden for kort tid, således at unødigt bekymring i løbet af få dage kunne blive afløst af afklaring for den enkelte kvinde.

Sundhedsvæsenets resurser er begrænsede og skal bruges med omtanke. Patienter skal undersøges i et tilstrækkeligt undersøgelsesregime i løbet af kort tid, samtidigt med at der ikke skal udføres flere og mere avancerede undersøgelser end nødvendigt. Mere udbredt anvendelse af screeningsmammografi kan måske medvirke til en hurtig og effektiv udredning for brystkræft hos asymptomatiske kvinder.

SUMMARY

Mette Bach Larsen, Vivian Langagergaard, Heidi Larsson, Ellen M. Mikkelsen & Berit Andersen:

Screening mammography may be a rapid and effective investigation of mamma cancer in asymptomatic women
Ugeskr Læger 2014;176:VO3140159

The purpose of this article was to describe the incidence of mamma cancer and ductal carcinoma in situ (DCIS) two years after a screening mammography in women offered a screening mammography instead of a clinical mammography. The mammography was abnormal for 6.3% of the women, 0.1% had DCIS and 1.0% was diagnosed with mamma cancer. 1.0% of women with a normal mammography were diagnosed with cancer within two years of the mammography. More widespread use of screening mammography may contribute to a rapid and effective investigation of mamma cancer in asymptomatic women.

KORRESPONDANCE: *Mette Bach Larsen*, Afdeling for Folkeundersøgelser, Regionshospitalet Randers, Skovlyvej 1, 8930 Rander NØ. E-mail: metbacla@rm.dk

ANTAGET: 20. maj 2014

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 1. september 2014

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Engholm G, Ferlay J, Christensen N et al. NORDCAN: cancer incidence, mortality, prevalence and survival in the Nordic countries. Version 5.1 (March 2012). Association of the Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society, 2012. www-dep.iarc.fr/NORDCAN/DK/frame.asp (20. apr 2014).
2. Styregruppen for Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening. Mammografiscreening i Danmark. Kliniske retningslinjer. www.dr.dk/guidelines/kliniske_retningslinjer_mammografiscreening.doc (1. okt 2012).
3. Langagergaard V, Garne JP, Vejborg I et al. Existing data sources for clinical epidemiology: the Danish Quality Database of Mammography Screening. *Clin Epidemiol* 2013;5:81-8.
4. Topping ML, Frydenberg M, Hansen RP et al. Evidence of increasing mortality with longer diagnostic intervals for five common cancers: a cohort study in primary care. *Eur J Cancer* 2013;49:2187-98.
5. Styregruppen for Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening. Årsrapport DKMS 2010 vedr. den første nationale screeningsrunde. Styregruppen for Dansk Kvalitetsdatabase for Brystkræftscreening; 2011. www.kcks-vest.dk/files/Subsites/KCKS%20vest/De%20Kliniske%20Databaser/Mammografiscreening/%C3%85rsrapport%20DKMS%202010.pdf (30. apr 2014).