

## Er screening for lungekræft inden for rækkevidde?

I dette nummer af Ugeskrift for Læger samler *Saghir et al* i to statusartikler de erfaringer, der til dato er opnået i randomiserede undersøgelser af screening for lungekræft med lavdosis-CT [1, 2]. Status er, at mens vi venter på mortalitetsdata fra syv mindre, europæiske undersøgelser, herunder en dansk [3], har amerikanerne i en stor multicenterundersøgelse af screening for lungekræft med lavdosis-CT påvist en reduktion i lungekræftmortaliteten på 20% og en reduktion i totalmortaliteten på 6,7% [4].

I Danmark har vi på kræftområdet allerede tilbud om screening for kræft i livmoderhals, bryst og – senest – tyk- og endetarm. Er tiden inde til at sætte endnu en sværvægt, nemlig lungekræft, på den screeningspolitiske dagsorden? Hovedbudskabet i statusartiklerne er, at videnskaben endnu ikke er nået dertil, men at vi bør belave os på, at udviklingen i billeddiagnostik og avancerede risikomodeller gør, at debatten inden for en kort årrække kan blive uomgængelig.

Screening for lungekræft giver med det rette redskab i hånden god mening. Lungekræft ses næsten udelukkende i den rygende del af befolkningen, så vi har med brug af indgangskriterierne i den danske undersøgelse en højrisikogrube på skønsmæssigt 500.000 personer her i landet. Sygdommen er aggressiv og statistikken fortæller, at syv ud af otte lungekræftpatienter er døde, inder der er gået fem år. Sygdommens heterogene natur gør yderligere, at nye og mere målrettede behandlinger næppe vil føre til afgørende forbedringer i overlevelsen inden for en årrække. Hvis man derimod ved screening fanger tumorerne i den asymptomatiske udviklingsfase, er mulighederne for helbredende behandling store. Ved en CT-optagelse af lungevævet til screeningsbrug udnyttes den omstændighed, at tumorerne er placeret i et luftfyldt organ. Det gør det muligt at sænke stråledosis markant og stadig opnå en acceptabel billedkvalitet med mulighed for at opdage selv små forandringer. Det er netop den faktor, som gør teknikken strålehygiejnisk spiselig som screeningsredskab hos grupper, der er i højrisiko for at få lungekræft.

Men den optimale optageteknik, billedbehandling og patologi-vurdering er ikke på plads. Der er, som også fremhævet af *Saghir et al*, uløste problemer, hvoraf de vigtigste er en høj forekomst af falsk posi-

tive fund og ifølge amerikanerne en betydelig overdiagnostik. Det er problemer, som giver unødvendig fysisk og psykisk belastning for de mange patienter, som skal udredes. Før de problemer er helt eller delvist løst, kan metoden ikke finde anvendelse i et sundhedsvæsen som det danske. Men det spørgsmål, der presser sig mest på, er dog, om de lovende mortalitetsresultater fra USA kan genfindes i en anden befolkningsgruppe? I Europa burde man være i stand til at svare på spørgsmålet, men kortsigtede nationale hensyn synes at have spændt ben for en optimal og rettidig undersøgelse. Europæiske læger har asynkront og ukoordineret igangsat ikke mindre end syv undersøgelser på feltet, uden at nogen af dem har den fornødne størrelse til at påvise en mortalitetsreduktion i det omfang, som er påvist i den amerikanske undersøgelse. Det udstiller Europas svaghed, når det gælder samarbejde på tværs af landegrænser. En fremtidig metaanalyse er derfor den eneste vej frem, men forskelle i indgangskriterier, screeningsmetoder og kriterier for aflæsning og tolkning af abnorme fund svækker i alvorlig grad muligheden for, at Europa kan levere et troværdigt svar på spørgsmålet. Konsekvensen kan desværre blive, at en afklaring af metodens anvendelighed som screeningsredskab udskydes i et ukendt antal år.

Screening må til sin tid ikke indføres på bekostning af en fokuseret ryge-stopintervention. Derfor er det ekstra glædeligt, at rygestopintervention i den danske undersøgelse fra begyndelsen har været tænkt ind som en del af screeningen – og tilsyneladende med god effekt. På det punkt kan vi fra dansk side tilføjer original viden til en kommende europæisk debat om screening for lungekræft.

### LITTERATUR

1. Saghir Z, Dirksen A, Ashraf H et al. Screening for lungecancer med lavdosis CT – danske og udenlandske resultater. Ugeskr Læger 2015;177:V05140283.
2. Saghir Z, Dirksen A, Ashraf H et al. Screening for lungecancer med lavdosis-CT kræver grundige overvejelser. Ugeskr Læger 2015;177:06140341.
3. Pedersen JH, Ashraf H, Dirksen A et al. The Danish randomized lung cancer CT screening trial – overall design and results of the prevalence round. J Thorac Oncol 2009;4:608-14.
4. The National Lung Screening Trial Research Team. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. N Engl J Med 2011;365:395-409.

### LEDER

Jørgen H. Olsen

Ugeskr Læger  
2015;177:V66788

### KORRESPONDANCE:

Jørgen H. Olsen,  
Center for Kræftforskning,  
Kræftens Bekæmpelse,  
Strandboulevarden 49,  
2100 København Ø.  
E-mail: jorgen@caner.dk

**INTERESSEKONFLIKTER:**  
ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk