

Screening for abdominalt aortaaneurisme på godt og ondt

Et systematisk litteraturstudie har vist, at fire screeningsprogrammer nedsætter den specifikke dødelighed: livmoderhalskræft, brystkræft, tarmkræft (hos begge køn) og abdominalt aortaaneurisme (AAA) hos mænd [1]. Således opfylder de fire programmer det første af ti kriterier i Sundhedsstyrelsens »Anbefalinger vedrørende nationale screeningsprogrammer«. I Danmark har vi nationale screeningsprogrammer for de tre førnævnte kræftsygdomme. Man kan derfor med rette spørge, om det ikke er på tide, at vi i Danmark også snart får et nationalt screeningsprogram for AAA. Og det var netop, hvad *Lindholt & Søgaard* gjorde i Ugeskrift for Læger [2]. Medicinsk screening har dog ikke kun mulige gavnlige virkninger, men kan også resultere i utilsigtede skadelige virkninger, som beskrevet i Sundhedsstyrelsens sjette kriterium »Gavnen af screeningsprogrammet skal opveje mulige skadevirkninger« – og det glemte *Lindholt & Søgaard* at fortælle læserne.

Med hensyn til de gavnlige virkninger af AAA-screening angiver man i et US Preventive Services Task Force-review en reduktion på 50% af den AAA-relaterede dødelighed og ingen reduktion i den totale dødelighed. Derimod er reviewet ikke særlig fyldestgørende vedrørende de mulige skadelige virkninger såsom overdiagnostik og psykosociale konsekvenser.

Overdiagnostik ved screening defineres som overdetektion af indolente abnormiteter, hvorfor overdiagnostik ved AAA-screening kan defineres som identificering af et harmløst AAA, som personen aldrig ville få symptomer fra – endsige dø af. Vi har beregnet, at 38-45% af de AAA, der opdages via screening, er overdiagnosticerede [3]. I runde tal har vi beregnet, at for hvert undgået dødsfald af AAA vil knap fire mænd blive overdiagnosticeret [3]. De mænd, der overdiagnosticeres med et AAA, vil livslangt blive tilbudt regelmæssige ultralydundersøgelser for at følge størrelsen og vækstraten af aneurismet. Og det at leve med en viden om, at man har »en tikkende bombe i maven«, har betydelige negative psykosociale konsekvenser, viser interviewstudier med mænd, der er blevet (over)diagnosticeret via AAA-screening [4]. Hvis aneurismet vokser hurtigt (≥ 10 mm pr. år) og/eller opnår en størrelse på ≥ 55 mm, vil manden blive tilbudt en forebyggende operation. Uanset om denne operation gennemføres

transabdominalt eller endovaskulært, er komplikationsraten og dødeligheden ikke ubetydelig. En forebyggende operation kan medføre alvorlige komplikationer: impotens, myokardieinfarkt, respirationsstop, nyresvigt, iskæmisk kolitis, iskæmi i medulla spinalis og infektion i karprotesen [3].

Inden for de seneste 2-3 årtier har der været et fald på over 70% i forekomsten af AAA [3]. Dette skyldes primært et samtidigt fald i andelen af rygere. De beregninger, vi har nævnt ovenfor, bygger alle på studier, der er gennemført før dette store fald. Når forekomsten af en sygdom, der screenes for, falder, mindskes sandsynligheden for en gavnlig effekt også. Fordi vækstraten og rupturrisikoen for et AAA er mindre for en eksryger end for en ryger, vil andelen af overdiagnosticerede øges. Sagt med andre ord: relativt vil gavnen mindskes og skaden stige.

Hvis man skal udføre sundhedsøkonomiske beregninger af, om screening kan betale sig eller ej, skal alle de mulige gavnlige og alle de mulige skadelige virkninger af et screeningsprogram indgå i beregningerne. Det er følgelig også god videnskabelig praksis alene at anvende den bedst tilgængelige evidens og udføre sensitivitetsanalyser med *best and worse case scenarios*, hvor usikkerheden i evidensen inddrages i beregningerne. Dette har ikke været tilfældet i de hidtil gennemførte sundhedsøkonomiske beregninger, hvor hverken overdiagnostik eller de store usikkerheder i evidensen er blevet inkluderet [5]. Vi ved derfor ikke, om det kan betale sig at screene rygere, eksrygere og/eller ikkerygere for AAA.

Når vi samlet set forholder os til den eksisterende evidens om gavn og skade af AAA-screening, er det ikke vores vurdering set i en nutidig kontekst, at de gavnlige effekter oplagt opvejer de skadelige effekter.

LITTERATUR

1. Saquib N, Saquib J, Ioannidis JP. Does screening for disease save lives in asymptomatic adults? *Int J Epidemiol* 15. jan 2015 (e-pub ahead of print).
2. Lindholt JS, Søgaard R. Fortsat manglende stillingtagen til screening for abdominalt aortaaneurisme i Danmark. *Ugeskr Læger* 2014;176:V66606.
3. Johansson M, Hansson A, Brodersen J. Estimating overdiagnosis in Screening for Abdominal Aortic Aneurysm: could a change in smoking habits and lowered aortic diameter tip the balance of AAA screening towards harm? *BMJ* 2015;350:h825.
4. Hansson A, Brodersen J, Reventlow S et al. Opening Pandora's box: the experiences of having an asymptomatic aortic aneurysm under surveillance. *Health, Risk Soc* 2012;14:341-59.
5. Ploug T, Holm S, Brodersen J. Scientific second-order "nudging" or lobbying by interest groups: the battle over Abdominal Aortic Aneurysm Screening Programmes. *Med Health Care Philos* 2014;17:641-50.

LEDER

John Brodersen &
Minna Johansson

Ugeskr Læger
2015;177:V67275

KORRESPONDANCE:

John Brodersen,
Forskningsenheden og
Afdeling for Almen Praksis,
Institut for Folkesundheds-
videnskab, Center for
Sundhed og Samfund

INTERESSEKONFLIKTER:
ingen. Forfatterne ICMJE-
formularer er tilgængelige
sammen med lederen på
Ugeskriftet.dk