

Medlemmer af arbejdsgruppe: CT-scanning ved vage symptomer kan føre til større skade end gavn

Skrevet af Bo Karl Christensen den 30. oktober 2022. Skrevet i [Lungekræft](#).

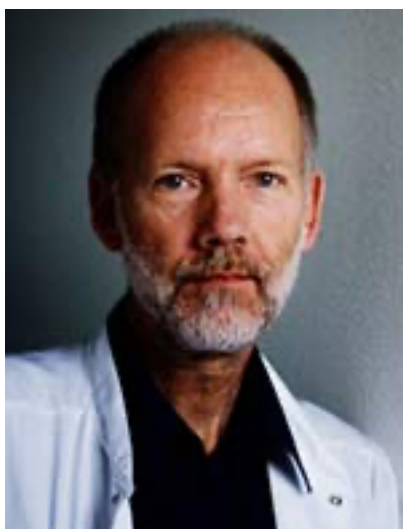
Danske Regioner fastslog i juli 2020, at praktiserende læger bør kunne henvise direkte til CT-scanning, når lægen vil udelukke, at 'vage' symptomer skyldes lungekræft. Men vi ved reelt ikke, om undersøgelsen skader mere, end den gavner, siger medlemmer fra arbejdsgruppe.

Det siger tidligere medlemmer af den nu nedlagte arbejdsgruppe i Sundhedsstyrelsen, der har evalueret, om lavdosis CT-scanning er en god undersøgelse til patienter, som møder egen læge med symptomer, som kunne kaldes 'vage', og der i meget sjældne tilfælde skyldes kræft – den såkaldte gruppe 3.

I august 2022 konkluderede arbejdsgruppen, at gruppe 3 ikke er mulig at definere og afgrænse, og at der heller ikke er tilstrækkelig litteratur på området til at vurdere, om lavdosis CT-scanning er en fordel, og at den gavner mere end den skader for patienter med dét, der omtales som vage symptomer.

Den samme konklusion gælder dog også for højdosis CT-scanning, som Danske Regioner har fastslået bør være henvisningsmulighed, siger John Brandt Brodersen, professor i almen medicin på Københavns Universitet, og Torben Riis Rasmussen, overlæge og lektor i lungemedicin på Aarhus Universitet, der begge har været med i Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe.

Uanset typen af CT-scanning, man vælger, skal man være forsigtig med at henvise på løst grundlag, pointerer Torben Riis Rasmussen, der også er formand for Dansk Lunge Cancer Gruppe (DLCG).



Torben Riis Rasmussen

”Det er ikke nødvendigvis en god idé at CT-skane mange flere mennesker på løsere og løsere grundlag,” skriver Torben Riis Rasmussen i en e-mail til Onkologisk Tidsskrift. Han refererer til, at gruppe 3 potentielt er en meget stor gruppe personer med en meget lille risiko for kræft, da gruppen ikke klart kan afgrænses på objektiv vis.

Han møder opbakning fra John Brandt Brodersen:

”Det er trist, at man har implementeret den her henvisningsmulighed uden at konsultere forskerne,” siger John Brandt Brodersen og fortsætter:

”Der findes ikke noget, som hedder nulrisiko. Det er en illusion. Alle har risiko for kræft, og på et tidspunkt må vi sætte en grænse, hvis vi ikke skal scanne hele befolkningen. Derfor er det vigtigt at forsøge at definere og afgrænse gruppe 3 og undersøge, hvad vi vinder ved at CT-scane i forhold til dét, vi taber,” siger John Brandt Brodersen. Han har for nylig udgivet den første lærebog til læger på dansk om overdiagnostik og udfordringerne ved at vurdere, om en undersøgelse faktisk er til gavn for en patient, eller om den skader.

SST's anbefaling kan også skade mere end gavne

Da Sundhedsstyrelsen i august 2020 konkluderede, at der ikke var belæg for at indføre et nyt udredningsspor for gruppe 3, citerede de medlemmer af arbejdsgruppen for at pointere, at gruppe 3 til dels er dækket af pakkeforløbet.

Her menes, at der i lungekræftpakkeforløbets beskrivelse står, at praktiserende læge ved mistanke om lungekræft bør henvise patienten til CT-scanning, og at der er rum for lægens skøn i det tilfælde. Torben Riis Rasmussen forklarer, at det rum for skøn i princippet også kan føre til en grad af overdiagnostik og skade.

Trods faren for overdiagnostik bakker Torben Riis Rasmussen op om Sundhedsstyrelsens generelle anbefaling: at praktiserende læger bør henvise til fulddosis CT-scanning, hvis de ønsker at udelukke lungekræft, da fulddosis CT overser færre tumorer end lavdosis CT.

”Hvis mistanken bag henvisning til billeddiagnostik er kræft, så skal det undersøges med bedst mulige undersøgelsesmetode, så risikoen for at overse kræft er mindst mulig. Hvis man anvender en mindre sensitiv undersøgelsesmetode, kan det indebære en risiko for, at man for eksempel overser en central lokaliseret tumor, samtidig med at man tror, at man har udelukket kræft og derfor lukker sine diagnostiske overvejelser i retning af kræft, hvorved diagnosen – for den vil afsløre sig på et tidspunkt – bliver forsinket. Men det er rigtigt, at det ikke løser det grundlæggende dilemma i forhold til overdiagnostik versus tidlig diagnostik,” skriver Torben Riis Rasmussen i sin e-mail.

John Brandt Brodersen mener, at man skal være forsigtig med brugen af ordet 'bedre'.

”Den bedst mulige undersøgelse er den undersøgelse, der gavner patienterne, og vi ved ikke på nuværende tidspunkt, hvilken gavn og skade den ene undersøgelse giver i forhold til den anden. Derfor kan man ikke afgøre, hvilken der er bedst,” siger han.

Torben Riis Rasmussen vedkender, at vi ikke har studier, der viser os, at det gavner mere end det skader, at fulddosis CT-scane personer med symptomer, som Torben Riis Rasmussen kalder uspecifikke, men han vurderer, at niveauet af overdiagnostik ikke bør være anderledes end med lavdosis CT.

CT-scanning på stadig løsere grundlag

Begge forskere efterlyser derfor, at man fra myndighedernes side sikrer, at den nye henvisningsmulighed følges op med monitorering og forskning, som skal kvalitetssikre, at man gør det bedste for patienterne. Præcist som Sundhedsstyrelsen selv opfordrede til og kritiserede Diagnostisk Center i Silkeborg for ikke at gøre, da centeret tilbød lavdosis CT som henvisningsmulighed.

Sundhedsstyrelsen har dog ikke igangsat sådan en undersøgelse, selvom de anbefaler fulddosis CT til at udelukke og afklare en mistanke om lungekræft. Så vidt John Brandt Brodersen er orienteret, har Danske Regioner heller ikke søsat en løbende systematisk dataindsamling og evaluering af den nye henvisningsmulighed.

”Vi har på tværs af regionerne otte forskellige softwaresystemer, som praktiserende læger registrerer deres patienter i, og der er brug for en fælleskategori, der hedder gruppe 3, og som praktiserende læger kan trykke på, når de undersøger, hvad de vurderer, er en gruppe 3-patient. Ellers kan ikke vi adskille dem i vores registre. Vi har kontaktet Region Syddanmark, som lige nu evaluerer muligheden for at gøre det, men vi har brug for en landsdækkende strukturel løsning for at kunne udføre en gyldig dataindsamling,” siger John Brodersen, der er medforfatter til studier, som har vist, at de danske regioner implementerer diagnostisk pakkeforløb vidt forskelligt.

Uforvarende skade

Dilemmaet ved at tilbyde CT-scanninger til en diffus og stor gruppe af mennesker – hvor kun få procent er alvorligt syge – er, at man risikerer at diagnosticere folk uden rationel grund. Nok finder man sygdom, hvilket fører til flere diagnoser, men mange – særligt ældre – kan have kræft som de ikke ville være døde af eller være blevet alvorligt syge af.

Behandlingen, der følger en diagnose, kan til gengæld være skadende, give senfølger og mindske levetiden. Derfor skal man vurdere mortaliteten for den samlede afgrænsede gruppe og se, om de tiltag, man laver, mindsker dødeligheden.

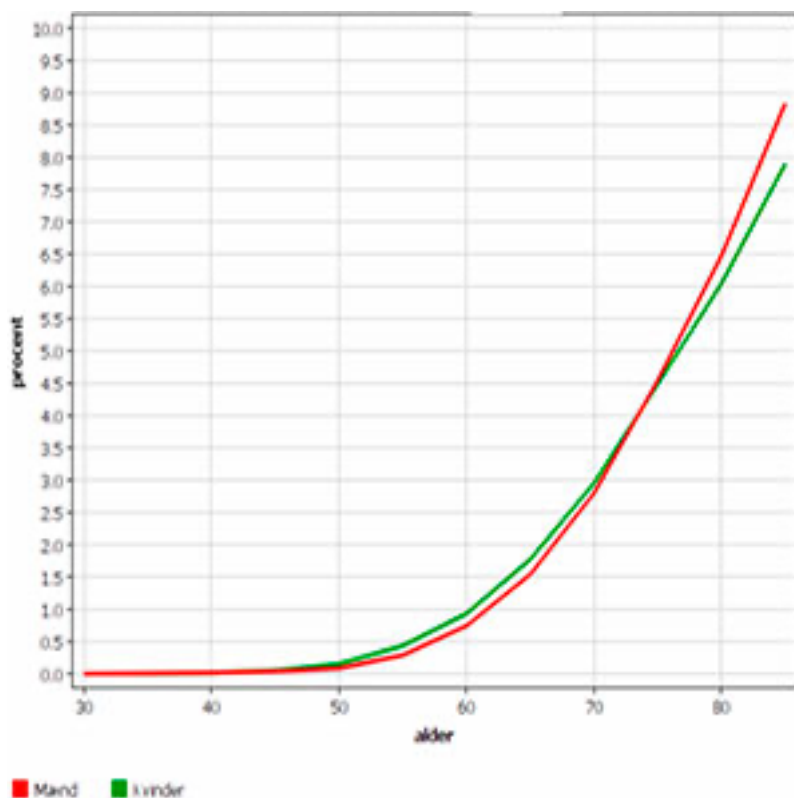
John Brodersen anerkender fuldt ud, at det i nogle tilfælde er vigtigt at diagnosticere og behandle kræft hurtigt, og han er glad for den positive udvikling, der er sket med udredningstider i Danmark siden 00'erne. Men han frygter i dag, at ønsket om at finde kræft så tidligt som muligt kan blive skadelig, hvis vi ikke er omhyggelige og i det mindste kvalitetssikrer med forskning undervejs, når vi ikke har evidens for, om det, vi gør, er til mere gavn end skade for patienterne.

Han lægger ikke fingre mellem, hvor alvorligt det kan være at igangsætte en undersøgelse for kræft og få en diagnose, der ikke fører til gavn for patienten:

”Det kan ødelægge dit liv. Også selvom undersøgelsen ikke viser noget. Alene det at sundhedsvæsenet rejser mistanke om alvorlig sygdom er belastende. Det kan følge dig resten af livet og ændre den måde, du lever på. Det er ikke noget, vi skal tage let,” siger John Brodersen.

Han er medforfatter til et studie publiceret i [The Lancet](#), der fandt, at et svensk screeningsprogram for udposning på legemspulsåren i maveregionen hos mænd ikke længere reducerede mortaliteten. I stedet gav det mændene en masse gener og belastede sundhedsvæsenet. Forklaringen var sandsynligvis, at populationen siden screeningsprogrammets start i Sverige havde ændret risikoprofil – færre var rygere end tidligere. Det gjorde, at færre havde udposninger på legemspulsåren, og hvis de havde en udposning, var den mindre farlig. Den ændrede risikoprofil i populationen påvirkede derfor det samlede rationale for screening.

”Jo lavere risiko for kræft en gruppe patienter har, desto større risiko er der for, at vi gør mere skade end gavn gennem vores undersøgelser,” siger John Brandt Brodersen.



Kumuleret incidens vs. alder for lungekræft. Kilde Nordcan

På vej mod pseudoscreening

Torben Riis Rasmussen har sendt en e-mail til Onkologisk Tidsskrift med grafer og pointer om overdiagnostik, hvor han uddyber problematikken:

”Hvis man CT-skanner rygere og ex-rygere vil man helt sikkert finde et antal ganske tidlige lungecancere – desto flere og desto ældre rygerne er – da risikoen for at udvikle lungekræft stiger nærmest eksponentielt med alderen (se grafen),” skriver Torben Riis Rasmussen og fortsætter:

”Desto spinklere og vagere indikationen for scanningen er, desto mere bliver der tale om pseudo-screening, og dermed desto større risiko for overdiagnostik, som *reelt* ikke er til gavn for hverken patienten eller samfundet - specielt desto ældre de skannede individer er.”

Torben Riis Rasmussen uddyber, hvorfor en diagnose ikke altid er godt.

”At påvise en ganske langsomt voksende lungecancer hos en 60-årig uden væsentlig komorbiditet er sandsynligvis til gavn for pågældende. Men at påvise en ganske langsomt voksende lungecancer, der kan være 10 år om at manifestere sig klinisk, hos en person på over 80 år med samtidig svær KOL og iskæmisk hjertesygdom, kan meget vel repræsentere overdiagnostik, som reelt ikke er til gavn for vedkommende.”

Man skal desuden passe på med at kigge på overlevelse som mål for succes, pointerer han.

”Lead-time bias er kilden til, at overlevelse ikke bliver et validt mål for succes. Hvis man tænker sig, at personen dør på det samme tidspunkt, så får man en falsk opfattelse af længere overlevelse på grund af den tidligere detektion af canceren.”

”Derfor er det den sygdomsspecifikke mortalitet, som er det valide succes-mål ved (pseudo-) screening. Men måling af den sygdomsspecifikke mortalitet kræver dels store interventions- og kontrolpopulationer og dels en lang (10 år) opfølgning - og hvis ikke interventions- og

kontrolpopulationerne ved randomisering er gjort nøje sammenlignelige, så bliver det svært efter 10 år at udtale sig om, om en eventuel forskel i mortaliteten lige netop skyldes (pseudo-) screeningen 10 år tidligere.”

SST ramt af egen kritik

Arbejdsgruppen, som Torben Riis Rasmussen og John Brodersen var medlemmer af, blev nedsat af Sundhedsstyrelsen på Region Midtjyllands foranledning, efter en langvarig konflikt og debat om lavdosis CT-scanning til gruppe 3. Diagnostisk Center Silkeborg tilbød fra 2016 til foråret 2020 praktiserende læger at henvise til lavdosis CT-scanning fremfor røntgenundersøgelse – for eksempel når en tidligere ryger med KOL oplevede forværring af hoste, og den praktiserende læge ønskede at udelukke, at forværringen skyldtes lungekræft.

Oprindeligt blev tilbuddet om henvisning til lavdosis CT i Silkeborg planlagt at skulle følges af et forskningsprojekt, finansieret af Kræftens Bekæmpelse, men af flere årsager endte forskningsprojektet med ikke at blive igangsat.

Alligevel fortsatte den nu fyrede ledende overlæge, Ulrich Fredberg, med at tilbyde praktiserende læger at henvise til lavdosis CT.

I november 2020 skrev Sundhedsstyrelsen til Region Midtjylland, at hvis man erstatter røntgenundersøgelse med anden billeddiagnostik, bør der være robust dokumentation for gavn i forhold til skade. Eller også skal det indgå i et protokolleret projekt med ”med klart definerede kriterier for undersøgelse, registrering af data, beskrivelse af effektmål og mulige skadevirkninger, principper for dataanalyse m.v., ligesom der bør sikres fagfællebedømt offentliggørelse af resultater i videnskabelige tidsskrifter.”

Der findes dog hverken robust dokumentation for gavnen forhold skade - eller et protokolleret forsøg - i forbindelse med erstatningen af røntgenundersøgelse med fulddosis CT-scanning til personer med vage symptomer, som Danske Regioner har åbnet for i juli 2022, eller fulddosis CT ved uspecifikke symptomer som Sundhedsstyrelsen har anbefalet siden opdateringen af pakkeforløbet for lungekræft i 2018.