

Af Ulrich Fredberg, Frede Olesen, Leif Vestergaard Pedersen, Jes Søgaard og Peter Vedsted

Se dokumentationsbosen

I Danmark får cirka 4.700 danskere hvert år at vide, at de har lungekræft. Og hvert år dør cirka 3.650 danskere af lungekræft.

Vi er et af de lande i verden, hvor flest får lungekræft, og hvor flest dør af lungekræft per indbygger. Vi ved godt, hvorfor det er sådan. Alt for megen røg i alt for mange år. Men til den høje dødelighed hører også, at alt for mange lungekræftsygdomme opdages i et for sent sygdomsstadie.

Kun cirka en fjerdedel af lungecancerpatienterne kan opereres, fordi de andre opdages for sent. Og den samlede femårsalderstandardiserede relative overlevelse er derfor kun 14 procent for mænd og 20 procent for kvinder.

Fakta

Dette indlæg er alene udtryk for skribentens egen holdning.

Alle indlæg hos Altinget skal overholde de presseetiske regler.

Debatindlæg kan sendes til debat@altinget.dk.

En måde at fremme en tidligere opdagelse af lungecancer kunne være ved systematisk screening. Allerede for flere år siden viste et stort amerikansk studie, at systematisk screening blandt borgere, som har røget meget – 20 til 30 pakkeår – kunne forbedre stadiefordelingen og reducere lungecancermortaliteten.

Mindre europæiske studier har ikke helt kunne genfinde disse positive resultater, herunder heller ikke et dansk studie. Men her i januar blev resultater fra det store hollandsk-belgiske Nelson-studie udgivet. Og de var lovende.

Et screeningsprogram vil blive ganske dyrt. Og vi skal have uddannet en hel del flere radiologer og radiografer. Men findes der andre veje?

Ulrich Fredberg, Frede Olesen, Leif Vestergaard Pedersen, Jes Søgaard og Peter Vedsted, Sundhedseksperter

I alt 13.195 mænd mellem 50 og 74 år, som havde en rygehistorik, indgik i studiet og blev randomiseret til et screeningstilbud eller en kontrolgruppe. Screeningen skete ved lavdosis-CT-scanning af thorax – brystkassen – op til fire gange over fem år. Over en tiårsperiode fik i alt 648 af mændene konstateret lungekræft.

Screeningsprogram vil blive dyrt

Tabelafsnit I viser stadiefordelingene i de to studiegrupper. Stadiefordelingen i kontrolgruppen ligner til forveksling den, som man finder i Danmark også. Stadiefordelingen i gruppen, der fik tilbudt screening, ændredes markant, og gruppen af lungecancerpatienter, der opdages i lavstadier, fordobles.

Lungecancerscreening overvejes nu i Danmark. Det er lidt organisatorisk tungt, fordi storrygerne (20 til 30 pakkeår) skal identificeres. Et screeningsprogram vil blive ganske dyrt. Og vi skal have uddannet en hel del flere radiologer og radiografer.

Men findes der andre veje?

Tabelafsnit II viser tilsvarende stadiefordelinger i Danmark for patienter diagnosticeret med lungecancer i tre år fra 2013 til 2015 fordelt på patienter, som er diagnosticeret på Diagnostisk

Center Silkeborg henholdsvis alle øvrige centre. Stadiefordelingerne er helt ens og svarer til kontrolgruppen i Nelson-studiet. Og det vil vi også forvente.

Tabelafsnit III viser samme stadiefordelinger blot for årene 2016 til 2018. Ved indgangen til 2016 besluttede Diagnostisk Center Silkeborg at tilbyde lavdosis-CT-skanning af thorax i stedet for røntgen af thorax til de patienter, hvor patienternes egen praktiserende læge egentlig ikke havde en specifik mistanke om lungecancer, som ellers kom i kræftpakken, men differentialdiagnostisk kunne have lungecancer med i de samlede kliniske overvejelser.

Herefter ligner Silkeborg-fordelingen umiskendeligt fordelingen i screeningsgruppen i Nelsonstudiet. For resten af Danmark ligner fordelingen stadig kontrolgruppen i Nelson-studiet.

Stadiefordelinger for lungecancerpatienter diagnosticerede i forskellige settings

Tabelafsnit I: Nelson Study, Nederlandene, kun mænd 1)

Stadie	Kontrolgruppe	Screen inviterede
Std. IA-IIB	23,4%	48,8%
Std. IIIA	14,1%	9,9%
Std.IIIB-IVB	56,9%	34,6%
Ukendt	5,6%	6,7%
Antal, alle stadier	304	344

Tabelafsnit II: 2013-2015, Danmark, mænd og kvinder, 2)

Stadie	Andre centre i Danmark	Silkeborg Center
Std. IA-IIB	24,9%	24,1%
Std. IIIA	8,8%	10,8%
Std.IIIB-IVB	58,4%	55,4%
Ukendt	7,9%	9,6%
Antal, alle stadier	13.377	249

Tabelafsnit III: 2016-2018. Danmark, mænd og kvinder, 2)

Stadie	Andre centre i Danmark	Silkeborg Center
Std. IA-IIB	27,5%	44,6%
Std. IIIA	8,5%	11,2%
Std.IIIB-IVB	54,4%	38,9%
Ukendt	9,5%	5,5%
Antal, alle stadier	14.133	303

Noter:

1) H.J. Konning et al, Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. NEJM, 2020, DOI: 10.1056/NEJMoa1911793,

2) DLCR Årsrapporter

Organisation har advaret mod undersøgelsesmetode

Foreløbige opgørelser fra Silkeborg viser endvidere, at forekomsten af lungecancer var højere i gruppen hvor egen læge bestilte en lavdosis-CT-scanning sammenlignet med screeningsstudierne.

Ved at tilbyde adgang til lavdosis-CT-scanning fremfor røntgen af thorax for de patienter, hvor den praktiserende læge havde lungekræft som differentialdiagnostisk tanke, har man i Silkeborg altså kunnet nå en stadiefordeling, der minder meget om den stadiefordeling, som man kan finde i et effektivt screeningsprogram.

Man screenede ikke i Silkeborg. Man gav bare adgang til en bedre undersøgelse for de patienter, der var så bekymrede, at de gik til læge, og hvor lægens mavefornemmelse kaldte på en undersøgelse. De fleste andre steder ville patienten få røntgen af thorax.

I Silkeborg var tilbuddet en lavdosis-CT-scanning. En undersøgelsesmetode, som Dansk Lunge Cancer Gruppe noget uforståeligt har advaret Sundhedsstyrelsen mod at anvende til denne gruppe patienter – samtidig med at Dansk Lunge Cancer Gruppe anbefaler undersøgelsen anvendt til et screeningsprogram for lungekræft.

Måske skal man lade sund fornuft råde i det danske sundhedsvæsen og spørge sig selv, om man ikke skulle overveje en Silkeborg-model fremfor – og i hvert fald inden – et milliarddyrt screeningsprogram rulles ud.

Dokumentation

Indlægget er skrevet af:

- Frede Olesen, adjungeret professor ved Institut for Folkesundhed – Forskningsenheden for Almen Praksis på Aarhus Universitet og tidligere formand i Kræftens Bekæmpelse
- Jes Søgaard, direktør og professor i sundhedsøkonomi i Cpop (Interdisciplinary Center on Population Dynamics) ved Det Samfundsvidenskabelige Fakultet på Syddansk Universitet
- Leif Vestergaard Pedersen, medlem af Det Ethiske Råd og tidligere direktør i Kræftens Bekæmpelse
- Peter Vedsted, professor ved Institut for Folkesundhed – Forskningsenheden for Almen Praksis på Aarhus Universitet
- Ulrich Fredberg, adjungeret professor i idrætsmedicin og ultralyddiagnostik på Syddansk Universitet.