

אבחון יתר של סרטן שד בבדיקת ממוגרפיה

רקע כללי

אבחון יתר, או overdiagnosis, מצב בו בעקבות בדיקת סקר (screening) מאובחן מצב רפואי, במקרה זה סרטן שד, אשר לא היה גורם לתחלואה משמעותית או תמותה אלמלא אובחן ע"י בדיקת הסקר. התוצאה הישירה של אבחון יתר היא טיפול יתר, כלומר טיפול שאינו הכרחי, על כל הסיבוכים והסיכונים הנלווים אליו, וכמובן הנזק הפסיכולוגי הכרוך בהתמודדות עם אבחנת הסרטן.

הערכת שיעור אבחון היתר נעשית ע"י מעקב ממושך והשוואתי של שתי אוכלוסיות נשים בעלות סיכון דומה, האחת עוברת ממוגרפיה כבדיקת סקר באופן קבוע, והאחרת אינה עוברת בדיקות סקר כלל. במחקרים ועיבודים סטטיסטיים נמצא ששיעור אבחון היתר של סרטן שד בקרב נשים בגיל 40 ומעלה מגיע עד כ-30% מכלל הגידולים המאובחנים. עיבוד תוצאות בדיקת הממוגרפיה כבדיקת הסקר במהלך כ-30 שנה מצביע על כך שבעוד שחלה הכפלה באבחון הגידולים הקטנים והטרומ סרטניים חלה ירידה של כ-8% בלבד במספר הגידולים המאובחנים בשלב מתקדם. ירידה זו הובילה לירידה קלה בלבד בשיעור התמותה מסרטן שד. הירידה בתמותה זהה בגילאים 40-49 ו-50-59. נתונים אלה מתייחסים לנשים שאינן בסיכון גבוה. הפער הגדול בין העליה באבחון סרטן התחלתי לבין העליה באבחון סרטן בשלב מתקדם הוא הבסיס לקביעת אבחון היתר.

על בסיס נתונים אלה עולה השאלה אם ממוגרפיה כבדיקת סקר אכן משיגה את מטרתה בקרב אוכלוסיה בעלת סיכון רגיל, כבדיקה המאפשרת אבחון וטיפול מוקדם בגידולי שד בעלי פוטנציאל מסכן חיים. מכאן נובעת השאלה לגבי כדאיות המשך ביצוע הבדיקה והגדרת אוכלוסיית היעד לבדיקה.

מספר גופים התייחסו לשאלה זו, תוך שימוש בשיטות הערכה שונות.

המלצות ה-American Medical Association, ה-American Cancer Society וה-National Comprehensive Cancer Network הן ביצוע ממוגרפיה שנתית החל מגיל 40.

ה-U.S. Preventive Services Task Force אשר ביצע הערכת יעילות בדיקת הממוגרפיה באמצעות חישוב מספר הנשים אשר צריכות לבצע בדיקת ממוגרפיה ע"מ להציל חיי אשה אחת עדכן את המלצותיו ב-2009. המלצות המעודכנות הן ביצוע ממוגרפיה בתדירות של אחת לשנתיים החל מגיל 50 ועד גיל 74.

ה-National Cancer Institute אשר דן בשאלת אבחון היתר לא התייחס באופן ישיר לשאלת גיל התחלת הממוגרפיה ותדירותה.

עמדתי

- סוגית אבחון היתר ידועה בספרות האונקולוגית זה מכבר. ברור וידוע שסרטן שד איננו מחלה אחת אלא קבוצה של גידולים בעלי ספקטרום רחב של אגרסיביות. חלק מהגידולים הם בהחלט IDLE, כלומר חסרי הפוטנציאל גרורתי. חלקם אגרסיביים מאד, ומתפתחים למחלה מתקדמת בתוך חודשים בודדים. בשנים האחרונות למדנו לאפיין את הגידולים לפי תכונותיהם החיצוניות והגנטיות. קיימות כיום בדיקות מולקולריות אשר מטרתן לפלח גידולים בעלי תכונות זהות לתת-קבוצות הנבדלות בתכונות הגנטיות והקליניות. יחד עם זאת, איננו מסוגלים להבדיל באופן מוחלט בין גידולים חסרי פוטנציאל גרורתי לבעלי פוטנציאל כזה. כלומר אין לנו היכולת לזהות מראש מי מהגידולים הם IDLE ולהמנע מלטפל בהם.
- ההתייחסות ברמת החולה הבודדת שונה מהחשיבה ברמת האוכלוסיה ובוודאי ברמת כלכלת הבריאות. בעוד שברמת האוכלוסיה ניתן להשתמש בכלים סטטיסטיים כדוגמאת אלה שהוצגו ע"י ה-U.S. Preventive Services Task Force הרי שבטיפול בחולה הבודדת, כל עוד אין לנו האמצעים לזהות בוודאות גידול IDLE, אנו חייבים להתייחס לכל גידול כאילו הוא בעל פוטנציאל גרורתי. הדבר נכון גם לגידולים טרום סרטניים מסוג DCIS, המהווים ספקטרום בפני עצמו. חלק מגידולים אלה נוטים לחזור כגידולים חודרניים, כלומר בעלי פוטנציאל גרורתי.
- הגישה האונקולוגית הקלסית לוקחת בחשבון שאנו נותנים טיפול יתר במצבים מסויימים. דוגמא לכך היא הטיפול האדג'ובנטי, טיפול זה ניתן לאחר ניתוח כאשר לא קיימת מחלה מדידה. הבסיס לטיפול היא הידיעה שבחלק מהחולות קיימת מחלה גרורתית מיקרוסקופית אשר לא ניתן לזהות אותה באמצעים הטכנולוגיים הקיימים בידינו, והיא האחראית לחזרת הגידול באותן חולות. הטיפול האדג'ובנטי מונע חזרת הגידול בחלק מהחולות אך לא בכלן. בחלקן, כאמור, לא קיימת מחלה מיקרו-מטסטית

- מלכתחילה. בחלקן הגידול יחזור למרות הטיפול. רק בכשליש מהחולות יביא הטיפול האדג'ובנטי למניעת חזרת הגידול. מאחר שאיננו יכולים לזהות אותן מראש, אנו מטפלים בכל הקבוצה.
- כרבע מהחולות מאובחנות עם סרטן שד לפני גיל 50. הארעות הגידול נמוכה בגיל 40-49 בהשוואה לגילאים מבוגרים יותר אך השכיחות היחסית של גידולים בשלב מתקדם גבוהה יותר. בנתוני ה-U.S. Preventive Services Task Force מצוין במפורש שהירידה בתמותה כתוצאה מאבחון מוקדם הנובע מביצוע ממוגרפיה כבדיקת סקר זהה בקרב קבוצת גיל זו לקבוצת הגיל 50-59. בהערכת ה-Breast Cancer Surveillance Consortium נמצא שבקרב נשים בגיל 40-49 עם שד צפוף ביצוע הממוגרפיה בתדירות של אחת לשנה הוביל לשיעור נמוך יותר של גידולים בשלב מתקדמים בהשוואה לתדירות של אחת בשנתיים. בהתחשב בנתונים אלה אני אינני מצטרפת להמלצת ה-U.S. Preventive Services Task Force. אני תומכת בעמדת ה-American Medical Association, ה-American Cancer Society וה-National Comprehensive Cancer Network לביצוע ממוגרפיה שנתית החל מגיל 40.
 - אני מצטרפת להמלצות ה-National Cancer Institute להקטנת שיעור איבחון היתר וטיפול היתר ע"י שיפור האבחון הקליני והמולקולרי של גידולי השד ושיפור הגדרת אוכלוסית היעד לבדיקת הממוגרפיה. אין ספק ששיפור איפיון הגידול תאפשר שימוש מושכל יותר באמצעי האבחנה, כפי שנעשה בבחירת הטיפולים.

ד"ר מיה גיפס
15.9.13