

Screening for kolorektal cancer?

REDAKSJONELT

HOFF G

SOLHEIM K

Spørsmålet om screening for cancer dukker stadig opp i rike land, sterkere for hver runde med erkjennelse av at helsevesenets kamp mot kreftsykdom ikke er vunnet, og sterkere for hver gang nye screeningforsøk gir lovende resultater. For tiden er screening for kolorektal cancer et hett tema. Men skal vi virkelig bruke ressurser på befolkningsundersøkelser når vi ikke får unna helsekøene og korridorpasienter er en normaltilstand ved sykehusene?

Temaet er tidligere belyst av Harald Siem på denne plass i Tidsskriftet (1). Prinsipielt dreier screening seg om siling av befolkningen med en grovmasket sil som skal holde igjen noen for nærmere undersøkelse. Nytt av screening er stadig gjenstand for diskusjon, enten det gjelder svakheter ved metoden (blod i feces, mammografi), organiseringen (villscreening med cervixcytologi og koloskopi), behandlingstilbudet etter screening (prostatacancer) eller selve prislappen - bare for å nevne noe. Det har vært diskutert hva screening gjør med dem som blir utsatt for den i form av engstelse og påvirkning av helsebevissthet og livsstil i gunstig eller ugunstig retning (2, 3).

Det er ikke unaturlig at spørsmålet om screening for kolorektal cancer melder seg med full styrke nettopp i Norge. Vi har opplevd en fordobling av hyppigheten de siste 25 år, og vi har en sterkere økning av rectumcancer enn de andre nordiske land, mens vi er på linje med de andre når det gjelder coloncancer.

Kolorektal cancer er nå vår hyppigst forekommende kreftform med nær 3 000 nye tilfeller per år. Vi har en høy endoskopiaktivitet. Det har vært liten endring i en femårsoverlevelse på 50% siste 25 år. Prognosen er svært avhengig av hvor tidlig i forløpet diagnosen stilles, og dessverre utvikler svulsten seg ofte for langt før den gir symptomer som fører pasienten til lege. Har vi akseptable metoder for å oppdage kreften før den gir symptomer og redusere faren for død?

Tre store undersøkelser av screening på blod i avføringen, på Fyn, i Nottingham og Minnesota, har vist redusert mortalitet av kolorektal cancer i screeninggruppene, men det er stor usikkerhet om hvor mye av gevinsten som egentlig kan tilskrives selve screeningen (4).

Selv om tester med henblikk på okkult blod i feces har klare begrensninger, anbefaler nå United States Preventive Task Force screening med årlig okkult fekal blodtest og/eller femårlig sigmoidoskopi for alle over 50 år med normalrisiko for kolorektal cancer, fremfor å tape tid og vente på en bedre screeningmetode (4).

De fleste tilfeller av kolorektal cancer utvikler seg fra adenomer (adenomatøse polypper). Dette er helt spesielt for denne type kreft og gir i teorien en drømmesituasjon for forebygging ved å fjerne de adenomatøse polyppene. Det tar gjennomsnittlig 10-15 år for et lite adenom å utvikle seg eventuelt til cancer. Statistisk sett vil ca. 95% av adenomene ikke kunne utvikle seg til klinisk kreftsykdom. Polypektomi kan altså grovt regnet betraktes som bortkastet og unødig angstskapende i 95% av tilfellene. Problemet er bare at vi ikke vet hvilke 5% av adenomene vi skal fjerne. I løpet av en observasjonsperiode på tre år er det for øvrig vist at 2/3 av adenomene stopper å vokse eller går i regresjon (5). Men igjen vet vi ikke hvilke som forsvinner uten vår hjelp. Testing med henblikk på blod i feces er heller ikke noe egnet screeningverktøy for kolorektale polypper, og kalprotektintesten (6) trenger noe mer avklaring.

En endoskopisk screeningundersøkelse for kolorektale polypper i Telemark (3), var ved starten i 1983 en liten, randomisert prospektiv undersøkelse av normalbefolkning med 400 personer i alderen 50-59 år i hver gruppe. Intervensjonsgruppen ble tilbudt sigmoidoskopi og etterfølgende koloskopi med polypektomi ved funn av polypper. Etter 13 års oppfølging utgjør materialet nå ca. 9500 pasientår. Det var 81% som møtte til undersøkelse i 1983, og ingen av disse har utviklet kolorektal cancer siden, men én fikk påvist cancer ved den initiale screeningen. I gruppen på 19% som ikke benyttet seg av tilbudet, fikk én cancer. I kontrollgruppen har antall tilfeller av kolorektal cancer nå steget til ti (3). Ca. 700 kolo-/sigmoidoskopier i initialfasen og fjerning av flere enn 200 polypper førte ikke til noen komplikasjoner. Større utenlandske materialer (til sammen over 100000 koloskopier) angir imidlertid faren for blødning eller perforasjon samlet til gjennomsnittlig 0,2% og 1,7% for henholdsvis diagnostisk og terapeutisk koloskopi (7). Erfaringer i Norge de senere år er nok mer i tråd med Østborg og medarbeideres som bare hadde to komplikasjoner på 1000 prospektivt registrerte koloskopier, begge etter polypektomi (8).

Både i Storbritannia og USA er det sterke krefter i gang for å bygge opp et endoskopisk screeningtilbud for tidlig diagnostikk av asymptomatisk kolorektal cancer og polypektomi for forebygging av kreft (9, 10).

Selv om det begynner å bli svært overbevisende dokumentasjon på den kreftforebyggende nytten, vet vi fortsatt for lite om hva et slikt tilbud gjør med mennesker. Dersom et hyggelig budskap etter endoskopiscreening gir "følelse av immunitet mot alvorlig sykdom" og en "hovmodig" livsførsel med koronardød etter noen år - ja, da har vi neppe gitt vedkommende noe godt tilbud og må erkjenne et pedagogisk problem. Polypektomi hjelper bare mot tarmkreft.

VILLSCREENING ET ØKENDE PROBLEM

Det foregår allerede mye villscreening, dvs. henvisning til koloskopi på svært tynt grunnlag. Vel 5% av oss forventes å få kolorektal cancer i løpet av livet. Det utføres anslagsvis én koloskopi per år per hver 155. nordmann, noe som er en høy koloskopiaktivitet. Den økende hyppigheten av kolorektal cancer, og omtrent uforandret mortalitet, kan gi mistanke om at selv om vi nok bruker riktig metode, bruker vi den på feil personer, ofte på dem som har minst behov om man bare tenker kreftforebygging og tidligdiagnostikk av kreft.

En mer omfattende nasjonal eller regional screening bør iverksettes, men i kontrollerte former, dvs. som prosjekt med kontrollgrupper, slik at vi kan evaluere innsatsen i en videre sammenheng. Til slik screening bør man også knytte delprosjekter for å perfektionere screeningtilbudet og begrense målgruppene. Selv om de aller fleste tilfeller av kolorektal cancer er sporadiske krefttilfeller, er inkludering av delprosjekter med genetiske markører av stor interesse også i screening av normalbefolkning (11).

Geir Hoff
Kåre Solheim

LITTERATUR:

1. Siem H. Screening for cancer. Tidsskr Nor Lægeforen 1987; 107: 1863.
2. Stewart-Brown S. Screening could seriously damage your health. BMJ 1997; 314: 533.
3. Hoff G, Sauar J, Vatn MH, Larsen S, Langmark F, Moen IE et al. Polypectomy in the prevention of colorectal cancer: 10 years' follow-up of the Telemark Polyp Study I. Scand J Gastroenterol 1996; 31: 1006-10.
4. Lieberman D, Sleisenger MH. Is it time to recommend screening for colorectal cancer? Lancet 1996; 348: 1463-4.
5. Hofstad B, Vatn MH, Andersen SN, Huitfeldt HS, Rognum T, Larsen S et al. Growth of colorectal polyps: recovery and evaluation of unresected polyps for a period of 3 years. Gut 1996; 39: 449-56.
6. Røseth AG, Kristinsson J, Fagerhol MK, Schjønby H, Aadland E, Nygaard K, Roald B. Faecal calprotectin: a novel test for the diagnosis of colorectal cancer? Scand J Gastroenterol 1993; 28: 1073-6.
7. Habr-Gama A, Waye JD. Complications and hazards of gastrointestinal endoscopy. World J Surg 1989; 13: 193-201.
8. Østborg J, Skjølingstad K, Bakkevold K. Kvalitetskontroll og ressursbruk ved koloskopi. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 559-61.
9. Atkin WS, Cuzick J, Northover JMA, Whynes DK. Prevention of colorectal cancer by once-only sigmoidoscopy. Lancet 1993; 341: 736-40.
10. Selby JV. Screening sigmoidoscopy for colorectal cancer. Lancet 1993; 341: 728-9.
11. Steffensen I-L, Paulsen JE, Alexander J. Genetiske og miljømessige faktorer ved kolorektal kreft. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2046-51.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Lægeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no