

Kolorektalcancer i allmennpraksis – hvilken nytte har vi av hemofec i diagnostikken?

Sammendrag

Bakgrunn. I studien ble omfang og betydning av å teste med henblikk på okkult blod i avføring hos pasienter hvor man mistenkte kolorektalcancer, undersøkt.

Materiale og metode. Alle 880 med kolorektalcancer innlagt i Kirurgisk avdeling, Sørlandet sykehus Arendal 1985–98 ble registrert og sammenholdt med arkivet til Legegruppen Grandgården for å finne dem som var utredet ved vårt kontor. Ved retrospektiv journalgjennomgang noterte vi pasient- og legeforsinkelse for å komme frem til diagnosen og om undersøkelse av okkult blod i avføringen, hemofec, var brukt som en del av utredningen. Journalene til alle pasienter hvor det var gjort hemofecundersøkelse 1985–94 ble funnet frem, i alt 962. Et 20 % utvalg av disse ble undersøkt nærmere.

Resultater. Legegruppens fem leger var ansvarlig for utredning av 74 pasienter med kolorektalcancer i disse 14 årene (gjennomsnitt en pasient per lege per år). Gjennomsnittlig pasientforsinkelse var 1,7 måneder (median 1,1 måned) og gjennomsnittlig legeforsinkelse 1,8 måneder (median 0,9 måned). Hos 25 pasienter var det gjort hemofecundersøkelse som ledd i utredningen. 20 av pasientene hadde positive prøver, fem hadde negative. Gjennomgang av hemofecundersøkelsene viste at uspesifikke mageplager var indikasjon for undersøkelsen i 71 % av tilfellene. I denne gruppen var prøvene fra 11 % positive og fra 89 % negative.

Fortolkning. Undersøkelse av okkult blod i avføring har begrenset plass i diagnostisering av kolorektalcancer. Men en negativ test hos pasienter med uspesifikke mageplager vil i stor grad utelukke kolorektalcancer og kan brukes til å velge ut dem som ikke trenger koloskopi.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Interessekonflikter: Ingen

Gunnar Mouland

mouland@online.no
Legegruppen Grandgården
4841 Arendal

Nyere litteratur om påvisning av okkult blod i avføring i relasjon til kolorektalcancer dreier seg om hvor mange asymptomatiske personer med sykdommen man kan oppdage tidlig ved å gjøre hemofecscreening i bestemte aldersgrupper og senere sigmoideoskopi/koloskopi av dem med positivt utslag (1, 2). Betydningen av screening for kolorektalcancer er fortsatt uavklart (3, 4).

En stor del av arbeidet i allmennpraksis har motsatt utgangspunkt: å utelukke alvorlig sykdom hos personer med uspesifikke symptomer. Blant de mange med funksjonelle mageplager av typen irritable tarm-syndrom er det ofte frykt for kreft som er årsaken til legebesøket. Selv om legen svært nødig vil overse alvorlig sykdom blant all «romling og smerte», ville det overbelaste våre gastroenterologiske poliklinikker om alle disse pasientene skulle henvises til koloskopi. Det er enighet om at pasienter med ukarakteristiske magesmerter, som i tillegg har ett eller flere alarmsymptomer som signifikant vekttap, nedsatt matlyst, feber, tarmblødning, anemi eller palpabel tumor i abdomen eller rectum, bør utredes raskt og fullstendig. Debutalder over 45 år og familiær forekomst av kolorektalcancer skal senke terskelen for henvisning til koloskopi (5–7).

Til de mange pasientene som ikke har slike alarmerende symptomer eller funn, har jeg ofte sagt at en serie med negative hemofecprøver er en ytterligere bekreftelse på at de ikke feiler noe alvorlig og at koloskopi er unødvendig. Holdbarheten i en slik påstand er undersøkt ved å studere journalene til pasienter med sikker kreftdiagnose og et representativt utvalg av alle pasienter hvor det er gjort hemofecundersøkelse.

Materiale og metode

ØMI-data (økonomisk og medisinsk informasjon) vedrørende alle pasienter innlagt i Kirurgisk avdeling, Sørlandet sykehus Arendal i årene 1985–98 (14 år) med hoveddiagnosenummer (ICD-9) 153 (cancer coli) og 154 (cancer recti) ble innhentet. Persondata, diagnosenummer og årstall for innleggelse(r) ble notert og sortert slik at samme person bare ble registrert en gang. Sykehusets ledelse gav tillatelse til å utlevere dette materialet. Sosial- og helsedirektoratet

gav dispensasjon for taushetsplikt og Data-tilsynet gav konsesjon til å behandle baseopplysningen i forbindelse med prosjektet.

Navnelisten ble sammenholdt med arkivet til Legegruppen Grandgården i Arendal, en femlegepraksis med datajournal fra april 1984, for å identifisere de pasientene som var utredet ved vårt kontor. Ut fra journalene ble følgende variabler registrert: fødselsår, kjønn, lege (primærlege på Grandgården), tid fra første symptom til første legekontakt (pasientforsinkelse), tid fra første legekontakt til diagnose ble stilt (legeforsinkelse), diagnoseår, diagnosenummer (ut fra tumors lokalisasjon), om primærlegen på Grand hadde ansvar for utredning eller ikke (legekontakttype), hvilke symptomer som gjorde at pasienten søkte lege (kontaktårsak), hva som gjorde at legen iverksatte tilleggsundersøkelser (henvisningsårsak), om hemofecprøver var tatt (i så fall antall prøver og resultat) samt Hb og SR nær tidspunktet da diagnosen ble stilt.

Hemofec er tatt som en serie på seks avføringsprøver fra forskjellige dager, men også som enkeltprøver. Hver prøve er angitt som positiv med sekundangivelse ved fargeomslag innen ti sekunder, ellers negativ.

Pasienter i legepraksisen som hadde blitt undersøkt på okkult blod i avføring i perioden 1985–94, ble funnet frem ved å søke på ordene «benz», «hemo-fec» og «hemo-fec» i datajournalen. Indikasjon for undersøkelsen og resultat ble notert.

Dataene er bearbeidet med statistikkprogrammet NSDStat (Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste). For å beregne usikkerhet og konfidensintervall (KI) på andelen med positiv test i hemofecmaterialet, er det gjort en transformasjon ved hjelp av deMoivre-Laplaces formel til normalfordeling.

! Hovedbudskap

- De fleste pasienter med kolorektalcancer søker lege med markante symptomer
- Testing for okkult blod i avføring har begrenset verdi ved mistanke om kolorektalcancer
- Faren for å overse kolorektalcancer er liten ved negativ test hos pasienter med uspesifikke magesmerter uten alarmsymptomer

Figur 1



Flyttdiagram som viser antall pasienter med kolorektalcancer ved Kirurgisk avdeling, Sørlandet sykehus Arendal og Legegruppen Grandgården, Arendal 1985-98

Resultater

Kirurgisk avdeling ved Aust-Agder sykehus hadde behandlet totalt 880 pasienter med kolorektalcancer på disse 14 år, dvs. ca. 63 per år. Median alder var 72,8 år.

180 av pasientene ble gjenfunnet i Legegruppen Grandgårdens dataarkiv. 69 av disse hadde bare hatt helt tilfeldig kontakt uten noe fast lege-pasient-forhold. De resterende 111 pasientene (13 % av hele sykehusmaterialet) hadde notater i Grand-journalen med relasjon til kolorektalcancer. Hos 74 av de 111 pasientene hadde Grand-legen ansvar for utredning og diagnostisering (inkludert

innleggelse i sykehus). For de resterende 37 hadde andre leger hatt utredningsansvar ved diagnosetidspunktet (noen pasienter hadde skiftet primærlege før aktuelle sykdom oppstod, i noen tilfeller overtok våre leger først etter at diagnosen var stilt og i noen tilfeller hadde vi bare hatt tilfeldig legekontakt i forbindelse med legevakt o.l.). Legegruppens fem leger hadde altså hatt primærlegeansvar i forbindelse med diagnostikk hos 74 av fylkets 880 pasienter (8,4 %) (fig 1).

Alder og kjønn

Gjennomsnittsalder hos våre 74 pasienter ved diagnose var 68,8 år og 43 % var menn (tab 1) (8).

Pasientforsinkelse

Hos 13 av 74 var det ikke mulig ut fra journalen å si noe om dette. Av de resterende 61 hadde 47 søkt lege innen en måned fra symptomdebut. Hos en pasient gikk det 24 måneder fra første symptom til legekontakt. Gjennomsnittlig pasientforsinkelse var 1,7 måned (variasjon 0-24 måneder), median 1,1 måned.

Legeforsinkelse

Opplysninger mangler hos to av 74. 29 ble diagnostisert eller innlagt i samme måned som første legekontakt, 23 etter en måneds forsinkelse og åtte etter to måneder. 60 av 72 ble altså diagnostisert eller innlagt innen to måneder. Gjennomsnittlig legeforsinkelse var 1,8 måneder (variasjon 0-24 måneder), median 0,9 måneder. Flere hadde nokså ukarakteristiske symptomer. Hos én pasient var seks negative hemofecprøver med på å forsinke diagnosen. Hos to slo legen seg til ro med normale funn ved ultralydundersøkelse av abdomen i første omgang, hos en etter normale funn ved rektoskopi. Hos to andre var røntgenundersøkelse av colon negativ til å begynne med. Hos en pasient gikk det 24 måneder fra presentasjon av symptom (betydelig slapphet sekundært til alvorlig anemi)

til diagnosen ble stilt. Denne pasienten (81 år ved diagnose og psykisk syk) hadde i løpet av de to årene vært innlagt i sykehus to ganger pga. alvorlig anemi (Hb 7,5-7,3 g/100 ml), men nektet koloskopi og røntgen colon.

Diagnosenummer

Alle underdiagnosenummer gjenfinnes (fra cancer i appendix og coecum til anus), men de fleste tilfeller er diagnostisert som cancer i sigmoideum (15 pasienter), overgang rectum/sigmoideum (11 pasienter) og rectum (11 pasienter). Det var 43 pasienter med cancer coli og 31 med cancer recti.

Kontaktårsak (tab 2)

Magesmerter, allmennsymptomer og endring i avføringsmønster dominerte, alene eller i kombinasjon. Den mest påfallende forskjell på cancer coli og cancer recti er at magesmerter alene er typisk for cancer coli og makroskopisk blod i avføring er typisk for cancer recti.

Viderehenvisningsårsak (tab 3)

I over halvparten av tilfellene (38 av 74) var anamnesen alene nok til å mistenke kolorektalcancer. Hos 17 (23 %) førte klinisk undersøkelse på legens kontor til diagnosen (palpasjon og rektoskopi). Dvs. at hos 55/74 (74 %) ble pasienten henvist til sykehus for endelig diagnostikk (koloskopi, biopsi, laparotomi) uten at en eneste laboratorieprøve egentlig var nødvendig. Hos 13 pasienter (18 %) var det videre utredning (laboratorieprøver, ultralyd-og røntgenundersøkelser) som gav svaret.

Hb og SR

Det er opplysninger om Hb nær diagnose-tidspunktet hos 51 av de 74 pasientene. Gjennomsnittsverdi var 12,8 g/100 ml, (spredning 6,0-16,9 g/100 ml), median 13,4 g/100 ml. Det var ingen signifikant forskjell mellom pasienter med cancer coli og cancer recti. SR var registrert hos 46 av de 74 pasientene: Gjennomsnitt var 30 mm, (spredning 2-108 mm), median 18 mm. SR var i gjennomsnitt dobbelt så høy (41 mot 20 mm) hos pasientene med cancer coli som hos pasientene med cancer recti (p < 0,05).

Hemofec hos cancerpasientene

Hemofec ble tatt som en del av utredningen hos 25 (16 kvinner og ni menn) av de 74 pasientene med påvist cancer (34 %). Prøvene var positive hos 20 og negative hos fem. Sykehistoriene til de fem pasientene med kolorektalcancer og negativ hemofec er gjengitt i tabell 4. Tre av disse hadde initialt uspesifikke symptomer, mens to hadde et «alarmsymptom» (vekttap). Hos halvparten av dem med positiv hemofecprøve (ti av 20), hadde det vært naturlig å gå videre med undersøkelse uavhengig av informasjon om hemofecresultatet pga. markante symptomer. Hos ni var positiv hemofec med på å fremskynde

Tabell 1 Kolorektalcancer ved Sørlandet sykehus Arendal og ved Legegruppen Grandgården 1985-98 sammenliknet med Krefregisterets data for Aust-Agder og Norge i 1997

	Aust-Agder sykehus 1985-98	Legegruppen Grandgården 1985-98	Aust-Agder 1997 (8)	Hele landet 1997 (8)
Antall pasienter	880 (gjennomsnitt 63 per år)	74 (gjennomsnitt 5,3 per år)	68	3 099
Folketall (% av landet)	-	-	2,3 %	-
Kolorektalcancer (% av landet)	-	-	2,2 %	-
Gjennomsnittsalder i år (variasjon)	71,4 (32-98)	68,8 (45-88)	-	71,5
Gjennomsnittsalder i år, kvinner	72,3 (32-96)	70,1 (49-88)	-	72,4
Gjennomsnittsalder i år, menn	70,5 (33-98)	67,0 (45-86)	-	70,4
Kjønn menn/kvinner (%)	431/449 (49/51)	32/42 (43/57)	34/34 (50/50)	1 542/1 575 (50/50)
Cancer coli /cancer recti (%)	534/346 (61/39)	43/31 (58/42)	46/22 (68/32)	2 047/1 052 (66/34)

diagnosen. Hos én hadde legen delt ut hemofecark som ble innlevert først etter 24 måneder.

11 av de registrerte 25 hemofecundersøkelsene inneholdt seks enkeltprøver, to serier inneholdt fem prøver, de øvrige 12 serier inneholdt 1–4 enkeltprøver. Bare en hemofecserie hadde alle prøver momentant positive. De fleste hadde fargeomslag på 5–7 sekunder, men det var jevn spredning over hele skalaen fra momentant positiv til positiv etter ti sekunder. Noen prøver er bare betegnet som «positiv» uten sekundangivelse.

Hemofecundersøkelsene i praksisen generelt

Det ble funnet 1 309 tilslag på søkeordene «benz», «hemo-fec» og «hemofec» hos 962 personer i perioden 1985–94. Et tilfeldig utvalg på ca. 20% ble trukket ut. Utvalget inneholdt 178 av 962 personer (19%). 27 av disse treffene inneholdt bokstavkombinasjonene i søkeordene uten at hemofecprøve var tatt (for eksempel «benzodiazepin»), slik at 151 personer virkelig hadde tatt prøve. Pasienter med smerter i øvre abdomen er utelatt fra videre bearbeiding fordi det først og fremst er sykdommer i øvre gastrointestinaltractus man her vil ha i tankene. Pasientene som ble utredet for anemi er også holdt utenfor, fordi man her sjelden stopper utredningen før man har funnet årsaken til anemien. Pasienter med «diffuse mageplager» som smerter i nedre del av abdomen, uspesifikke magesmerter, kortvarige avføringsendringer og allmennsymptomer uten tilleggssymptomer utgjorde til sammen 107 pasienter. Gjennomsnittsalder for disse pasientene var 51,1 år (spredning 15–86 år), median 51,3 år. 46% var menn. Hos 69/107 (65%) var det tatt en serie med seks hemofecprøver, 94/107 hadde tatt minst fire prøver (88%). Hos ti var det bare tatt en prøve.

Antall personer og resultatfordeling i hver indikasjonsgruppe i utvalget fremgår av figur 2. Av de 107 pasientene med ukarakteristiske abdominalsymptomer hadde totalt 12 (11%) positivt utslag på hemofecprøvene (95% KI 5–17%), mens 95 (89%, KI 83–95%) hadde negativt utslag.

Diskusjon

Arkivet ved Sørlandet sykehus Arendal (og ikke vårt eget) ble valgt for å finne frem til alle pasienter med kolorektalcancer. Dermed unngikk man å miste pasienter som vi ikke hadde fått tilbakemelding om etter at diagnosen var stilt. Så godt som alle pasienter med kolorektalcancer i Aust-Agder har vært innlagt i Kirurgisk avdeling, Sørlandet sykehus Arendal. Det er nok noe pasientlekasje til Vest-Agder sykehus i Kristiansand fra vestfylket, men dette gjelder ikke pasienter som naturlig sogner til vårt kontor. 63 nydiagnostiserte pasienter per år passer godt med den gjennomsnittlige forekomsten i Norge (tab 1) og tyder på at de fleste med denne diagnosen er fanget opp.

Tabell 2 Årsak til legekontakt hos pasienter med kolorektalcancer

	Cancer coli	Cancer recti	Sum
Kun magesmerter	16	1	17
Allmennsymptomer	8	5	13
Magesmerter + endring av avføringsmønster	9	4	13
Kun endring av avføringsmønster	6	6	12
Makroskopisk blod i avføring	0	9	9
Kombinasjoner av ovennevnte årsaker	4	5	9
Ukjent	0	1	1
Sum	43	31	74

Tabell 3 Årsak til at legen henviste pasienter med kolorektalcancer til videre undersøkelser ev. innleggelse

	Cancer coli	Cancer recti	Sum
Suspekte symptomer (observert makroskopisk blod i avføring, markant endring av avføringsvaner, nyoppståtte magesmerter, avmagring)	25	13	38
Egne funn (suspekt funn ved rektoskopi, palpabel abdominaltumor)	5	12	17
Vage symptomer, men patologiske funn ved supplerende undersøkelser (anemi, positiv hemofec, angina pectoris sekundært til anemi, ultralydundersøkelse av lever)	9	4	13
Ukjent	4	2	6
Sum	43	31	74

Våre fem leger hadde primærlegeansvar på diagnosetidspunktet for 8,4% av tilfellene innlagt i Kirurgisk avdeling, Sørlandet sykehus Arendal. Dette er noe mer enn forventet hvis pasientene skulle være jevnt fordelt på legene i fylket (fem av gjennomsnitt ca. 75 primærleger i fylket i aktuelle tidsrom utgjør 6–7%). Vår lille overrepresentasjon kan skyldes at noen kolleger driver deltidspolis, mens vi alle har drevet fulltidspolis. Den viktigste grunnen er kanskje at vi har flere eldre pasienter enn gjennomsnittet fordi vi har drevet samme praksis lenger enn de fleste andre.

Alder og diagnose

Høy alder ved cancerpåvisning hos våre pasienter er typisk. Gjennomsnittsalderen hos pasientene med uspesifikke mageplager hvor det var gjort hemofecundersøkelse, var nesten 20 år lavere, noe som viser at dette er en helt annen populasjon. På landsplan forekommer bare 10% av tilfellene hos pasienter under 55 år (9). Hos våre pasienter utgjorde cancer coli 58% og cancer recti 42%, men for hele landet var fordelingen 66/34% (tab 1). Antakelig er disse forskjeller en tilfældighet pga. lite materiale. Sykehusets større materiale lå nærmere landsgjennomsnittet.

Forsinkelse

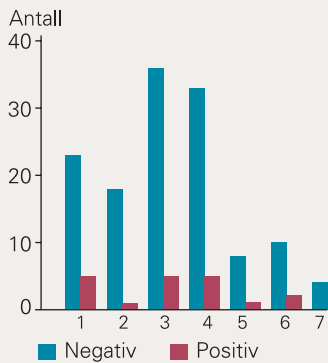
En undersøkelse fra England i 1979 viste gjennomsnittlig tid fra symptomdebut til behandling på 31 uker for cancer coli og 38 uker for cancer recti, medianverdier hhv. 22

og 31,5 uker (10). Pasient- og legeforsinkelse var her omtrent like lang. Tid fra symptomdebut til diagnose er langt gunstigere i vår undersøkelse: median pasientforsinkelse 1,1 måned og median legeforsinkelse 0,9 måneder. Dette er mer i samsvar med en undersøkelse fra Sverige 1990 som viste median forsinkelse på en måned (11). Kanskje er publikums kunnskap og legenes bevissthet om tidlige symptomer ved kolorektalcancer bedret de siste årene? Det er vanskelig å få eksakte data om når symptomene startet, både fordi metoden som er brukt, er retrospektiv gjennomgang av journaler som ikke var beregnet på forskning, og fordi symptomdebut hos den enkelte pasient kan være vanskelig å fastslå eksakt. I noen tilfeller var det også vanskelig å si hvilke symptomer som skulle relateres til kolorektalcanceren.

Symptomer

Symptomene som førte pasientene til lege, stemmer godt med læreboken (5): magesmerter, vedvarende endringer i avføringsmønsteret og allmennsymptomer. Endring av avføringsmønster med eller uten magesmerter var det vanligste debutsymptom (12). Makroskopisk blod var debutsymptom hos ni. Hos over halvparten var symptomene alene nok til at det ble igangsatt spesifikk utredning med tanke på kolorektalcancer. I tillegg ble diagnosen sannsynliggjort hos 17 ved kun klinisk undersøkelse: 14 tilfeller av cancer recti ble påvist ved rektoskopi hos primærlegen, tre pasienter hadde palpabel abdominaltumor. Det akutte debutpreg hos

Figur 2



Hemofecundersøkelser i allmennpraksis – indikasjon og resultat (utvalg N = 151)

mange pasienter viser seg ved at ti ble innlagt i sykehus som øyeblikkelig hjelp, de fleste med innleggelsesdiagnose «akutt abdomen» og «ileus?». I en undersøkelse fra engelsk allmennpraksis ble hele 42 % av alle pasienter med cancer coli innlagt som øyeblikkelig hjelp (10).

Hb og SR

De fleste pasientene hadde normale og nær normale verdier av Hb og SR på diagnose-tidspunktet (12). Høyere gjennomsnittlig SR

i gruppen med cancer coli enn med cancer recti kan være en indikasjon på at distale svulster gjennomgående gir symptomer og diagnostiseres på et tidligere stadium enn mer proksimale svulster.

Testing for okkult blod

Hemofec var brukt som en del av utredningen hos en tredel av pasientene. Prøvene var positive hos 20 pasienter og negative hos fem. Det er tidligere vist at hemofec (og den gamle benzidinprøven) brukt på optimal måte avslører bare 70–75 % av maligne tilstander i gastrointestinaltractus (5, 13). Det er således ikke overraskende at prøvene var negative hos 20 % av de cancerpasientene i vårt materiale hvor det var tatt hemofecprøver. Hos fire av disse fem var det imidlertid andre symptomer som gjorde at legen ikke «slo seg til ro» med negative hemofecprøver, men igangsatte videre undersøkelser uten vesentlig forsinkelse (tab 4). Hos den femte pasienten gikk det hele åtte måneder fra første pasientkontakt til diagnosen var stilt. Her var det mange forstyrrende momenter i sykehistorien, men seks negative hemofecprøver var også med på å forsinke prosessen. Hos ni av de 20 med positiv hemofecreaksjon var dette funn med på å sikre en rask diagnose. I en undersøkelse fra svensk allmennpraksis i 1990 var det undersøkt på okkult blod i avføring hos hele 52 % av pasienter med kolorektalcancer. 77 % av prøvene var positive og 23 % negative (11). Samme forfatter finner i 2001 at slik undersøkelse er gjort hos bare 11 % av pasienter med kolorektalcancer (14). Kanskje er lettere tilgang til endoskopi de senere år årsak til at man nå i større grad unnlater å gjøre enkle

undersøkelser i allmennpraksis før man henviser til gastroenterolog?

Nyttig test?

De fleste pasientene hadde nokså tydelige, til dels dramatiske, symptomer. Faren for å overse kolorektalcancer hos pasienter med typiske «funksjonelle» symptomer og ingen «alarm-symptomer» er liten (6). Tre av våre pasienter hadde symptomer på irritabel tarm i flere år før diagnosen kolorektalcancer ble stilt – sannsynligvis har det vært to forskjellige sykdommer. Slike pasienter er en spesielt vanskelig, men tallmessig liten del av pasientene med kolorektalcancer. Hemofec har hos våre pasienter med kolorektalcancer fremskyndet diagnosen med sikkerhet hos ni pasienter av 74 (12 %). Hos to hadde man nok stilt diagnosen raskere uten hemofec: en hvor man slo seg til ro med negativ hemofec og en hvor man ventet til pasienten kom tilbake med hemofecprøvene etter 24 måneder. Man kan derfor spørre seg om man i det hele tatt bør bruke hemofec i utredningen av mulig kolorektalcancer. Hos våre pasienter der man ut fra sykehistorie og enkel klinisk undersøkelse var i tvil om koloskopi var berettiget, viste det seg at å bruke positivt utslag på hemofecundersøkelsen som grunn til videre undersøkelse, gjorde mer nytte enn skade: ni pasienter hadde fordel av det, mens hos to var det en ulempe.

I vår fellelegepraksis var det undersøkt 1 309 hemofecprøver på ti år, dvs. i gjennomsnitt to-tre prøver per måned per lege. Generalisering ut fra et 20 % utvalg antyder at 578 av disse pasientene hadde såkalt uspesifikke mageplager. 89 % hadde negativ test (95 % KI 83–95 %), dvs. 513 personer (95 % KI 480–549). Bare fem av de hemofectestede cancerpasientene hadde negativ test, tre av disse hadde initialt uspesifikke symptomer. Slik vi har brukt testen, gav altså en negativ test hos denne gruppen en prediktiv verdi på $513 - 3/513 = 99,4\%$ for ikke å ha kolorektalcancer (95 % KI 98–100 %). Læreboken *Allmennmedisin* (5) sier at hos pasienter som er henvist fra allmennpraksis til colonutredning, har kjemiske tester en spesifisitet på ca. 90 % ved kolorektal kreft. Indikasjonen for å ta hemofec vil antakelig ha betydning for testens spesifisitet. Kanskje er grunnen til at vi har funnet høyere «eksklusionsverdi» at vi har unnlatt å ta prøve av mange av pasientene med sterkt suspekterte symptomer og funn? Man skal være forsiktig med å generalisere til andre legepraksiser pga. relativt lite pasientmateriale og fordi forskjellige leger kan ha ulike grunner til å rekvirere hemofec.

Positiv hemofectest ble funnet hos 11 % av de ca. 578, dvs. 64 personer (95 % KI 50–80). Ti av de 20 cancerpasientene med positiv hemofec hører hjemme i gruppen med uspesifikke symptomer. Prediktiv verdi av positiv test er altså i dette materialet $10/64 = 16\%$ (95 % KI 13–20 %). Dette gir god grunn til å koloskopere pasienter med diffuse plager som i tillegg har positiv hemofec.

Tabell 4 Nærmere opplysninger om de fem pasientene med kolorektalcancer og negativ hemofec

Kjønn/ alder	Symptomvarighet før legesøkelse	Beskrivelse	Hb g/ 100 ml	SR mm	Antall negative hemofec	Legefor-sin-kelse (md.)	Diagnose
♀ 69 år	Minst 3 md.	Vekttap. Innlagt i kirurgisk avdeling pga. magesmerter. Eksplorativ laparotomi viste malignt infiltrat uterus/rectum	12,2	52	6	8	Cancer sigmoidei
♂ 70 år	Minst 2 md.	Vekttap. Høye leverenzymverdier. Levermetastaser påvist ved ultralydundersøkelse	15,3	56	5	2	Cancer coli INA
♂ 53 år	Ca. 1 md.	Endrede avføringsvaner. Rektoskopi negativ. Koloskopi viste tumor 20–25 cm fra anus	14,2	13	1	< 1	Cancer coli INA
♀ 71 år	Ca. 1 md.	Magesmerter, allmennsymptomer. Påviste levermetastaser	12,8	2	6	< 1	Cancer coli ascendens
♀ 74 år	Ukjent	Magesmerter. Ultralyd abdomen: Mulige patologiske forhold i sigmoideum. Koloskopi viste tumor i sigmoideum	12,0	(CRP =50)	3	< 1	Cancer sigmoidei

Avslutning

Undersøkelsen viser at de fleste pasienter med kolorektalcancer hadde markante symptomer som gjorde at legen ikke var i tvil om at fullstendig utredning var nødvendig. I slike tilfeller er laboratorieprøver ofte unødvendige. Det som kan være vanskelig for legen, er heller å avgjøre *hvilke* av de mange pasientene med *lette* mageplager som bør koloskoperes. Ca. 5 % av henvendelsene i allmennpraksis skyldes plager fra fordøyelsessystemet. De aller fleste har ufarlige sykdommer hvorav irritabel tarm-syndrom og funksjonell dyspepsi utgjør størsteparten (5). God anamnese og klinisk undersøkelse inkludert Hb og rektoskopi samt liberal henvisning til koloskopi hos pasienter med suspekke symptomer er fortsatt viktigst.

Jeg takker Øystein Berg ved Kirurgisk avdeling, Sørlandet sykehus Arendal (nå Kirurgisk avdeling, Sørlandet sykehus Kristiansand) for hjelp til innsamling av sykehusdata og til Christian F. Borchgrevink og forskergruppen i Aust-Agder for god hjelp under utarbeidingen av manuskriptet. Undersøkelsen er gjort med allmennpraktikerstipend fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg.

Litteratur

1. Jørgensen OD, Kronborg O, Fenger C. A randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds. *Gut* 2002; 50: 29–32.
2. Dybdahl JH, Haug K, Bakkevoed K, Olsen KO, Vevik K. Screening for occult faecal blood loss in a community by means of Hemoccult II slides and a tetramethylbenzidine test. *Scand J Gastroenterol* 1984; 19: 343–9.
3. Gulbrandsen P. Screening for kolorektal cancer fortsatt uavklart. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2102.
4. Screening for kolorektal kreft. SMM-rapport nr. 3/2001. Oslo: Senter for medisinsk metodevurdering, SINTEF Unimed. www.oslo.sintef.no/smm/Rapporter (22.4.2002).
5. Johannesen T. Fordøyelsesorganer. I: Hunskaar S, red. *Allmennmedisin*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997: 118–53.
6. Thompson WG, Hungin AP, Neri M, Holtmann G, Sofos S, Delvaux M et al. The management of irritable bowel syndrome: a European, primary and secondary care collaboration. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001; 13: 933–9.
7. Holtedahl KA. The value of warning signals of cancer in general practice. *Scand J Prim Health Care* 1987; 5: 140–3.
8. www.kreftregisteret.no (22.4.2002).
9. Tveit KM, red. *Kolorektalcancer og analcancer: en veiledning for leger*. Oslo: Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe, Den Norske Kreftforening, 1999.
10. Holliday HW, Hardcastle JD. Delay in diagnosis and treatment of symptomatic colorectal cancer. *Lancet* 1979; 1: 309–11.
11. Månsson J. The diagnosis of colorectal cancer – experiences from the community of Kungsbacka, Sweden. *Scand J Prim Health Care* 1990; 8: 31–5.
12. Månsson J, Björke C, Hultborn R. Symptom pattern and diagnostic work-up of malignancy at first symptom presentation as related to level of care: a retrospective study from the primary health care centre area of Kungsbacka, Sweden. *Neoplasma* 1999; 46: 93–9.
13. Dybdahl JH. *Studies on occult faecal blood loss*. Doktoravhandling. Oslo: Universitetet i Oslo, 1983.
14. Månsson J, Marklund B, Hultborn R. The diagnosis of cancer in the «roar» of potential cancer symptoms of patients in primary health care. *Scand J Prim Health Care* 2001; 19: 83–9.