

Polypper og kreft i tykktarm kan påvises ved CT-kolografi, men metoden må underkastes flere studier før den kan tas i bruk som screeningmetode

Kan CT-kolografi erstatte koloskopi?

Kreft i tykktarm og endetarm, kolorektal kreft, er den hyppigste kreftformen i Norge for menn og kvinner sett under ett. Flere enn 3 000 nye tilfeller diagnostiseres hvert år (1), og forekomsten i Norge er en av de høyeste i verden. De aller fleste tilfeller av kolorektal kreft utvikler seg fra benigne polypper i colon, såkalte adenomer, i løpet av 5–15 år. Polyppene gir som oftest ingen symptomer, men kan lett fjernes når de oppdages tidlig. I utgangspunktet egner derfor kolorektal kreft seg utmerket for screening. Det pågår for tiden flere store randomiserte studier, blant annet i Norge, for å kartlegge effekten av forebyggende sigmoidoskopi i en normalbefolkning. I de siste årene har CT-kolografi blitt lansert som et alternativ til de tradisjonelle screeningmetodene for kolorektal kreft, slik som koloskopi, røntgen colon og undersøkelse av okkult blod i avføring. Metoden kan også anvendes hos pasienter der full koloskopi ikke er mulig av tekniske grunner. I dette nummeret av Tidsskriftet gir Ringstad og medarbeidere en god oversikt om CT-kolografi og resultater for diagnostikk av polypper og kreft i tykktarmen (2).

Den store fordelen med CT-kolografi fremfor koloskopi er at metoden er mindre invasiv. Innføring av et koloskop er for mange pasienter forbundet med ubehag, og ved mange sentre brukes derfor sedasjon og opiatanalgesi ved koloskopi. Dette er en ressurskrevende tilleggsprosedyre som øker komplikasjonsfaren og som krever overvåking etter at undersøkelsen er avsluttet. CT-kolografi derimot kan gjennomføres uten bruk av sedativer eller analgetika, og pasienten kan reise hjem etterpå. Mange har derfor hevdet at pasienter vil foretrekke CT-kolografi fremfor koloskopi, men det er ikke påvist entydige forskjeller hva gjelder pasientenes preferanser (3). Mye av ubehaget kan skyldes tarmtømmingen, som av mange pasienter oppleves som den mest ubehagelige delen av prosedyren, og denne er lik for koloskopi og CT-kolografi.

Det er utført flere store studier der CT-kolografi er blitt testet mot koloskopi mht. påvisning av polypper og kreft i tykktarm og endetarm. For større polypoide lesjoner er både spesifisitet og sensitivitet tilfredsstillende, selv om det er rapportert om en viss variasjon mellom sentre og mellom radiologer (4). De fleste mindre polypper (< 6 mm i diameter) overses imidlertid ved dagens bruk av CT-kolografi. Høyest risiko for utvikling av malignitet har store polypper. Mange mener derfor at mindre polypper kan neglisjeres, så lenge de store oppdages. Screening for kolorektalkreft, enten som koloskopi eller CT-kolografi, er anbefalt med lange tidsintervaller, for eksempel hvert 10. år. Fordi små polypper ikke kan påvises ved CT-kolografi godt nok, må undersøkelsen gjentas betydelig oftere enn koloskopi. Dette medfører økte kostnader og ressursbruk sammenliknet med koloskopi. Stråledosene ved CT-kolografi er potensielt betydelig mindre enn ved både CT abdomen og tradisjonell røntgenundersøkelse av colon, men strålingsbelastningen kan likevel ikke neglisjeres. Røntgen colon bør ikke brukes som standardmetode for utredning av polypper og kreft i tykktarm og endetarm.

Sannsynligvis vil forbedret teknikk med tiden gjøre det mulig å påvise mindre polypper også ved CT-kolografi. Dette kan innebære nye problemstillinger. I en nylig avsluttet norsk befolkningsstudie ble det funnet polypper hos 54 % av de undersøkte mellom 50–64 år (5). Om lag to tredeler av disse polyppene var ufarlige,

hyperplastiske polypper uten malignt potensial; kun en tredel var adenomer. Med den forventede bedring av CT-kolografiens kvalitet i tiden som kommer, vil man med denne metoden kunne oppdage de fleste polyppene, men uten å skille mellom «de snille» og «de farlige». Dermed vil bruk av CT-kolografi føre til at om lag halvparten av de undersøkte personene må henvises videre til koloskopi for å få biopsert eller fjernet polyppene. Flate adenomer, som man tidligere trodde bare forekom i Japan, er de siste årene blitt observert i økende grad også hos pasienter i vestlige land. Flate adenomer har sannsynligvis en høyere malignitetsrisiko enn polypoide lesjoner. Ved bruk av farging av slimhinnen ved koloskopi kan slike adenomer oppdages og fjernes, mens lesjonene ikke kan diagnostiseres ved CT-kolografi. Dette er en svakhet ved CT-kolografi.

Ringstad og medarbeidere poengterer at man ved CT-kolografi også kan fremstille andre abdominalorganer, og at dette kan føre til diagnostisering av andre sykdommer og patologiske tilstander (2). I en nylig publisert studie fra California med helkropps-CT-screening ved et privat røntgeninstitut ble det beskrevet unormale funn (de fleste i abdomen) hos 86 % av asymptomatiske og relativt unge deltagere (gjennomsnittsalder 54 år) (6). Videre utredning med flere undersøkelser ble gjennomført hos nesten 40 %, og hos de aller fleste viste det seg at funnene ikke var klinisk signifikante. Studien viser tydelig at en metode som kan påvise noe annet enn det som egentlig er hensikten, kan føre til unødige tilleggsundersøkelser, økte kostnader for samfunnet og økt bekymring for pasienten.

CT-kolografi er en spennende og ny metode som kan gi tredimensjonale bilder av tykktarm og endetarm av imponerende kvalitet og nøyaktighet. De tekniske fremskritt ved metoden er store og vil føre til ytterligere forbedringer i muligheten til å oppdage patologiske lesjoner. Men dette kan bli en svøpe, for ved CT-kolografi er det ikke mulig å foreta avklarende diagnostikk og terapi i samme seanse. Metoden bør først evalueres i randomiserte studier, også i Norge, før den tas i bruk ved norske sykehus.

Michael Bretthauer

michael.bretthauer@rikshospitalet.no

Michael Bretthauer (f. 1969) er dr.med., forsker ved Kreftregisteret og Medisinsk avdeling, Rikshospitalet, og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatteren er involvert i kliniske studier innen forebygging av kolorektalkreft ved hjelp av koloskopi.

Litteratur

1. Kreft i Norge 2004. Oslo: Kreftregisteret, 2006.
2. Ringstad G, Holmquist H, Brabrand K et al. CT-kolografi for påvisning av kreft og polypper i tykktarm. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1470–3.
3. Gluecker TM, Johnson CD, Harmsen W et al. Colorectal cancer screening with CT colonography, colonoscopy, and double-contrast barium enema examination: Prospective assessment of patient perceptions and preferences. Radiology 2003; 227: 378–84.
4. Halligan S, Altman DG, Taylor SA et al. CT colonography in the detection of colorectal polyps and cancer: systematic review, meta-analysis, and proposed minimum data set for study level reporting. Radiology 2005; 237: 893–904.
5. Bretthauer M, Skovlund E, Grotmol T et al. Inter-endoscopist variation in polyp and neoplasia pick-up rates in flexible sigmoidoscopy screening for colorectal cancer. Scand J Gastroenterol 2003; 38: 1268–74.
6. Furtado CD, Aguirre DA, Sirlin CB et al. Whole-body CT screening: spectrum of findings and recommendations in 1192 patients. Radiology 2005; 237: 385–94.