

Hva er optimal alder for start av cervixscreening?

Det bør tas færre cervixcytologiske prøver hos unge kvinner. Tiltak som fører til økt oppmøte hos dem som vanligvis ikke møter til cervixscreening bør prioriteres.

Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft omfatter kvinner i alderen 25–69 år. Øvre og nedre aldersgrense i det norske programmet for cervixscreening er i samsvar med aldersgrenser for organisert cervixscreening i land det er naturlig å sammenlikne oss med (1). Både International Agency for Research on Cancer (IARC) og Verdens helseorganisasjon (WHO) mener at cervixscreening av kvinner under 25 år gjør mer skade enn gagn (1), noe en fersk norsk artikkel også konkluderer med (2).

«Vi oppfordrer norske leger til å ta færrest mulig prøver av kvinner under 25 år»

Skal kvinner under 25 år testes?

Likevel er det blitt hevdet at det er mange gode grunner for å teste kvinner under 25 år minst like ofte som eldre kvinner (3). Et slikt syn er basert på en annen vurdering av norske epidemiologiske data enn hva som gjøres internasjonalt. Anbefalingene fra IARC og WHO bygger på et omfattende utredningsarbeid om nasjonale screeningprogrammer med cervixcytologisk prøvetaking. Arbeidet, som ble publisert i 2005, viser at organisert screening av kvinner i alderen 35–64 år fører til redusert risiko for cervixcancer, mens effekten hos kvinner i alderen 25–34 år er mindre tydelig. Dokumentert effekt av screening av kvinner under 25 år foreligger ikke, og slik screening frarådes (3).

En britisk studie viser at screening er mest nyttig i de høyeste aldersklassene, og at effekten av screening hos kvinner under 25 år er usikker (4). Cervixcytologiske prøver hadde lavere sensitivitet hos kvinner under 25 år. Cervixcancer hos kvinner under 25 år ble påvist etter oppståtte symptomer og ble ikke fanget opp ved cytologisk prøvetaking (4). Disse dataene førte til mye debatt, og i Storbritannia bestemte man seg i 2003 for å heve nedre aldersgrense for screening fra 20 til 25 år. En tilsvarende endring ble anbefalt av Europakommisjonen i 2003 (5). Både Finland og Nederland har screeningprogrammer som starter først ved 30 års alder. På leder-

plass i *The Lancet* er det nylig påpekt det uheldige i at et antatt gunstig profylaktisk tiltak for kvinner generelt trolig har skadelig effekt hos de yngste (6).

I Norge har aldersgrensene i screeningsprogrammet i liten grad vært fulgt, og et stort antall prøver blir fortsatt tatt i screeningøyemed av kvinner under 25 år. Som følge av denne praksisen har mer enn 70 % av kvinner ved fylte 25 år tatt minst én cytologisk prøve, altså en «oppslutning» nesten like høy som oppslutningen om cervix-

screeningen hos kvinner som egentlig omfattes av programmet.

En slik praksis er uheldig av flere årsaker. HPV-infeksjon er svært hyppig og er i de aller fleste tilfellene spontant forbigående hos kvinner under 25 år. Lavgradige celleforandringer er som regel uttrykk for en pågående HPV-infeksjon, og påvisning av forandringer vil skape unødig angst og usikkerhet hos unge kvinner. Det er også sannsynliggjort at en stor andel av cervixdysplasiene ikke utvikler seg til kreft, og at cervixdysplasi oftere går i regress hos yngre kvinner enn hos eldre (7). Flere studier, også norske, har vist at konisering av alvorlig cervixdysplasi påvirker senere graviditeter – det er lavere gjennomsnittlig fødselsvekt, flere fødsler før termin og flere senaborter (8). Overbehandling bør derfor unngås.

Best ressursutnyttelse

Livmorhalskreft forekommer svært sjelden hos kvinner under 25 år i Norge (gjennomsnittlig tre tilfeller per år) og sjelden hos dem under 30 år (2). Over halvparten av tilfellene av livmorhalskreft blir oppdaget hos eldre kvinner som ikke har deltatt i masseundersøkelse (9). En bedre ressursutnyttelse når det gjelder innsatsen mot livmorhalskreft vil derfor være å iverksette tiltak som fører til økt oppmøte blant dem som ikke møter til screening og nedtone viktigheten av screening blant unge kvinner (3). Retningslinjene gitt av masseundersøkelsen

mot livmorhalskreft bør følges. Vi oppfordrer norske leger til å ta færrest mulig prøver av kvinner under 25 år.

Rita Steen

rita.steen@kreftregisteret.no
Kreftregisteret
Montebello
0310 Oslo

Bjørn Hagen

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Bjørn Hagmar

Rikshospitalet

Ole-Erik Iversen

Haukeland Universitetssjukehus

Kari Hilde Juvkam

Skolegaten legesenter
Grimstad

Steinar Thoresen*

Kreftregisteret

Bodolf Hareide

Sosial- og helsedirektoratet

Finn Egil Skjeldestad

SINTEF Helse

* Nåværende adresse:

GlaxoSmithKline
Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. International Agency for Research on Cancer/ World Health Organization. IARC Handbooks of Cancer Prevention: Cervix cancer screening. Lyon: IARC Press, 2005.
2. Skjeldestad FE, Hagen B, Hagmar B et al. Er cervixcytologisk undersøkelse mer til skade enn gagn? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 1782–5.
3. Eskild A, Singh KG, Lie AK et al. Unødvige cervixprøver hos unge kvinner? Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2839.
4. Sasieni P, Adams J, Cuzick J. Benefit of cervical screening at different ages: evidence from the UK audit of screening histories. Br J Cancer 2003; 89: 88–93.
5. Boyle P, Autier P, Barthelink H et al. European code against cancer and scientific justification: third version (2003). Annals Oncol 2003; 14: 973–1005.
6. Szarewski A, Sasieni P. Cervical screening in adolescents – at least do no harm. Lancet 2004; 364: 1642–4.
7. Moscicki AB, Schiboski S, Hills NK et al. Regression of low-grade squamous intra-epithelial lesions in young women. Lancet 2004; 364: 1678–83.
8. Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P et al. Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. Lancet 2006; 360: 489–98.
9. Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft i Norge. Evaluering av programmet 1992–98. Oslo: Kreftregisteret, 2001.

Manuskriptet ble mottatt 20.12. 2007 og godkjent 14.1. 2007. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.