

Screening for kolorektalcancer haster

I mange land, bl.a. USA, har man innført kolorektalscreening uten forutgående randomiserte studier. Norge har høy forekomst av sykdommen, men mangler et nasjonalt screeningprogram. Vi bør nå bidra til å fylle et stort kunnskapshull.

Kolorektalcancer er den nest hyppigste årsak til kreftdød i Europa, med 412 800 nye tilfeller og 207 400 dødsfall i 2006 (1). For USA ble det anslått å være 148 810 nye tilfeller og 49 960 dødsfall i 2008 (2). Allerede i 1980 anbefalte American Cancer Society screening for kolorektalcancer ved hjelp av rektaleksplorasjon, testing av okkult blod i avføringen (FOBT) eller sigmoidoskopi (3), og i 2002 ble koloskopiscreening anbefalt i USA (4). I Europa var Tyskland først ute med et screeningprogram for kolorektalcancer med testing av okkult blod i feces (i 1976) (5). I en rekke av mulige screening-metoder har vi endelige resultater fra populasjonsbaserte randomiserte studier bare for sistnevnte metode (6, 7). I 2003 anbefalte EU-kommisjonen offisielt kolorektalcancer-screening, begrenset til testing av okkult blod i feces og forutsatt kvalitetssikring av alle ledd (8). En redusert forekomst av kolorektalcancer i USA har vært tatt til delvis inntekt for utbredt screening over lang tid med fjerning av polyper ved koloskopi (9). I USA er nå halvparten av alle utførte koloskopier relatert til screening (10).

Programbasert screening

Det har vært en betydelig satsing på screening for kolorektalcancer i USA, men dette har i stor utstrekning vært uorganisert, dvs. ikke som en del av et evaluerbart screeningprogram. Det er vel så mye forskjell i strategivalg internt i henholdsvis USA og Europa som mellom de to kontinentene, men en

vesentlig forskjell mellom USA og Europa er likevel den sterkere satsingen på programbasert screening i Europa (11) (ramme 1). Ettersom mer avanserte og invasive metoder er tatt i bruk, er det blitt åpenbart for aktører på begge sider av Atlanteren at kvalitetssikring er helt nødvendig. Dette er mye lettere å få til i programbaserte screeningtilbud enn ved et spontant, ikke-programbasert tilbud.

Kostnadsbesparende

Kolorektalcancer er et betydelig helseproblem. Det er også et helseøkonomisk problem, ettersom det blir mer akseptert å ta i bruk svært dyre behandlingstilbud med til dels marginal gevinst. En voldsom økning i behandlingskostnader er anslått å gi sju måneder økt overlevelse (12). Jo mer kostnadsineffektivt et behandlingstilbud er, jo mer attraktivt vil screening bli. Kostnadsnytte-analyser for koloskopiscreening har vist at denne ikke bare er kostnadseffektiv, men kostnadsbesparende (13). Bevisstgjøring om dette førte til at den tyske regjeringen i sin helsereform i 2007 foreslo dyrere helseforsikring for dem som ikke møtte til screening. Dette møtte såpass sterk motstand at forslaget ble trukket (14).

Hvordan skaffe dokumentasjon?

Med amerikanernes massive og tidlige satsing på kolorektalcancerscreening og en øredøvende mangel på randomiserte studier, hadde vi i Europa et mulighetens vindu åpent i flere år da vi kunne ha startet randomiserte studier i ikke-screenede befolkninger. Vi kunne ha bidratt til å fylle et stort kunnskapshull og hatt resultater tilgjengelig nå for å ta best mulige kunnskapbaserte strategiske valg. Russland, Ukraina, Moldova, Malta, Estland og Norge er de eneste europeiske landene som ikke har et nasjonalt screeningprogram eller en pilot på et slikt program. Norge har dessuten høyere forekomst av kolorektalcancer enn noen av disse landene; den er høyere enn i de fleste andre land.

Det kreves gode kreftregistre og god kvalitet på endoskopitjenester for å kunne gjennomføre randomiserte studier på screening. Når de fleste landene snart er dekket med screeningprogrammer, må ansvaret for utprøving av nye screeningmetoder legges til disse programmene. I programmet må man til enhver tid søke å optimalisere valg av screeningmetode og fremme godt oppmøte.

Det er overraskende at mange land har innført screening uten å kreve forutgående randomiserte studier av et slikt helsetilbud

som skal tilbys hele alderskohorter av presumptivt friske personer. En slik mangel på kunnskapsbasert medisin er uholdbart overfor pasientgruppene.

Grunnlaget for kunnskapsbasert medisin (publisert vitenskap) er tilgjengelig for alle. Allikevel har vi sett store forskjeller mellom land og regioner i valg av screeningstrategi for kolorektalcancer. Det er opplyftende å se en økende transatlantisk samstemthet i behovet for randomiserte studier som en naturlig del av etablerte screeningprogram og integrerte kvalitetssikringsprogrammer.

Geir Hoff

hoffg@online.no
Kreftregisteret
0304 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Ferlay J, Autier P, Boniol M et al. Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol* 2007; 18: 581–92.
2. Jemal A, Siegel R, Ward E et al. Cancer statistics, 2008. *CA Cancer J Clin* 2008; 58: 71–96.
3. Eddy D. ACS report on the cancer-related health checkup. *CA Cancer J Clin* 1980; 30: 193–240.
4. US Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: recommendation and rationale. *Ann Intern Med* 2002; 137: 129–31.
5. Pox C, Schmiegel W, Classen M. Current status of screening colonoscopy in Europe and in the United States. *Endoscopy* 2007; 39: 168–73.
6. Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH et al. Randomised controlled trial of faecal-occult blood screening for colorectal cancer. *Lancet* 1996; 348: 1472–7.
7. Kronborg O, Fenger C, Olsen J et al. Randomised study of screening for colorectal cancer with faecal occult-blood test. *Lancet* 1996; 348: 1467–71.
8. European Commission. Council recommendations on cancer screening. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/genetics/documents/com_2003_0230_en.pdf (14.3.2010).
9. Hao Y, Jemal A, Zhang X et al. Trends in colorectal cancer incidence rates by age, race/ethnicity, and indices of access to medical care, 1995–2004 (United States). *Cancer Causes Control* 2009; doi: 10.1007/s10552-009-9379-y.
10. Seeff LC, Richards TB, Shapiro JA et al. How many endoscopies are performed for colorectal cancer screening? Results from CDC's survey of endoscopic capacity. *Gastroenterology* 2004; 127: 1670–7.
11. Hoff G, Dominitz JA. Contrasting US and European approaches to colorectal cancer screening: which is best? *Gut* 2010; 59: 407–14.
12. Schrag D. The price tag on progress – chemotherapy for colorectal cancer. *N Engl J Med* 2004; 351: 317–9.
13. Sieg A, Brenner H. Cost-saving analysis of screening colonoscopy in Germany. *Z Gastroenterol* 2007; 45: 945–51.
14. Tufts A. German patients escape financial penalties for not following their doctor's advice. *BMJ* 2008; 336: 65.

Manuskriptet ble mottatt 19.3. 2010 og godkjent 19.3. 2010. Medisinsk redaktør Erlend Hem.

Ramme 1

Forskjeller i tilnærming til screening

USA

- Tidlig ute med screeningstilbud og anbefalinger (1980)
- Spontanscreening (ikke programbasert) er akseptert – det gir problemer med integrering av kvalitetssikring
- Utbredt kampanjevirkosomhet for å øke oppslutning om screeningen – uansett screeningmetode

EU

- Sent ute med anbefalinger om screening (2003)
- Kun programbasert screening er akseptert – det gjør det lettere å gjennomføre kvalitetssikring
- Begrenset kampanjevirkosomhet