

Tarmkræftscreening i Danmark. Evidens og gennemførlighed

Rasmussen *et al* har til dette nummer af Ugeskrift for Læger [1] skrevet en flot statusartikel, hvor de gennemgår fordele og ulemper ved nogle af de forskellige screeningsmodaliteter, der foreligger i dag. I gennemgangen berører de nogle af de nyere metoder, der i dag mangler den fornødne evidens, til at de kan anbefales som befolkningsundersøgelse uden for et protokolleret forsøgsregi.

Helt tilbage i 2001 udgav Sundhedsstyrelsen en medicinsk teknologivurdering (MTV) om kræft i tyktarm og endetarm [2], hvor de anbefalede, at der skulle tilbydes screening med afføringsundersøgelse for blod efterfulgt af koloskopi til alle, der fik påvist blod i afføringen. Man anbefalede, at der inden igangsætningen skulle laves en gennemførlighedsundersøgelse, hvilket blev gjort i årene 2005 og 2006. Deltagelsesprocenten nåede ikke op på de anbefalede 60, hvorfor der blev lavet en MTV, hvor man konkluderede, at det stadig var økonomisk forsvarligt at gennemføre tarmkræftscreening, når deltagelsesprocenten var over 40. Herefter gennemgik en ekspertgruppe under Sundhedsstyrelsen den foreliggende evidens om tarmkræftscreening, hvilket resulterede i en anbefaling. Samtidig udformede en europæisk ekspertgruppe under EU de europæiske guidelines for tarmkræftscreening [3]. Disse to arbejder dannede baggrund for det screeningstilbud, der med start i marts 2014 vil blive tilbudt borgere i aldersgruppen 50-74 år. Tarmkræftscreeningen indføres ensartet og samtidigt i alle regioner i Danmark, uden at det vil forlænge udredningstider eller behandlingstider, for patienter, der har symptomer eller sygdomme i endetarm eller tyktarm. Den første screeningsrunde vil derfor vare fire år, herefter vil man blive indkaldt hvert andet år. Borgeren vil efter fødselsmåned få tilsendt en afføringstest (OC-Sensor) med en instruktion i at udføre testen, en informationspjece fra Sundhedsstyrelsen og en frankeret returkuvert til afføringstesten. Fylder man 75 år under den fireårige screeningsrunde, vil man modtage tilbuddet inden. Er man ikke fyldt 50 år inden tarmkræftscreeningen går i gang, men fylder 50 år under den første screeningsrunde, vil man også blive inviteret. Der skal kun tages en afføringsprøve pr. screeningsrunde, og påvises der blod i afføringen ved afføringstesten, vil borgeren blive indkaldt til en koloskopi på sit lokale sy-

gehus, hvor man vil udføre en screeningskoloskopi inden for to uger.

Rasmussen *et al* [1] påpeger, at en høj deltagelse i et screeningprogram er vigtig for at opnå den fornødne effekt på tarmkræftdødeligheden, hvorfor man også i det danske tarmkræftscreeningsprogram har valgt at bruge den mere brugervenlige immunologiske afføringstest (FIT) som OC-Sensor, selvom der ikke foreligger lige så god evidens for nedsættelse af tarmkræftdødeligheden som med den ældre guaiac-baseret test Hemoccult-II (H-II). I flere RCT har man påvist en højere sensitivitet for tarmkræft og adenomer med FIT end med H-II, men brugen af FIT vil næppe kunne nedsætte tarmkræftincidensen i samme grad som screening med fleksibelt sigmoideoskopi (FS) hos dem, der gennemfører screeningen. Problemet med FS som primært screeningsredskab er dels, at deltagelsen er betydelig lavere, og at endoskopi er mere ubehagelig og forbundet med flere komplikationer end FIT. Desuden vil FS kun kunne påvirke dødeligheden af tarmkræft i venstre side af tarmen og ingen effekt have på den øvrige del af tyktarmen.

Livstidsrisikoen for tarmkræft er omkring 5%. Det betyder, at langt de fleste borgere, der tilbydes tarmkræftscreening ikke har eller vil få tarmkræft. Det er derfor vigtigt, at den screeningsmetode, man bruger, har færrest mulige komplikationer, og at de endoskopører, der udfører koloskopien efter positiv FIT, er meget erfarne [4, 5].

Tarmkræftscreening med FIT vil både kunne nedsætte dødeligheden og bevirke, at behandlingen hos de patienter, der får diagnosticeret tarmkræft, er mere skånsom, da tarmkræften vil blive diagnosticeret på et tidligere stadie. Det kræver dog, at man gennemfører screeningstesten for at opnå gevinsten.

LITTERATUR

1. Rasmussen L, Jørgensen LM, Madsen MR *et al*. Metoder til screening for kolorektal cancer kan forbedres. Ugeskr Læger 2014;176:V09130545.
2. Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering. Kræft i tyktarm og endetarm. Diagnostik og screening. Medicinsk teknologivurdering 2001;3:1.
3. <http://bookshop.europa.eu/en/european-guidelines-for-quality-assurance-in-colorectal-cancer-screening-and-diagnosis-pbND3210390/> (30. jan 2014).
4. Chukmaitov A, Bradley CJ, Dahman B *et al*. Association of polypectomy techniques, endoscopist volume, and facility type with colonoscopy complications. *Gastrointest Endosc* 2013;77:436-46.
5. Rabeneck L, Paszat LF, Hilsden RJ *et al*. Bleeding and perforation after outpatient colonoscopy and their risk factors in usual clinical practice. *Gastroenterology* 2008;135:1899-906.

LEDER

Morten Rasmussen

Ugeskr Læger
2014;176:V65831

KORRESPONDANCE:

Morten Rasmussen,
Abdominalcenter K,
Bispebjerg Hospital,
Bispebjerg Bakke 23,
2400 København NV. E-mail:
mo.rasmussen@dadlnet.dk

INTERESSEKONFLIKTER:

ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på Ugeskriftet.dk