

# Optimering af tarmkræftscreeningen i Danmark

Krøjer & Baatrup påpeger i deres statusartikel [1] vigtigheden af, at der er balance mellem effekten af den primære koloskopi, der er udført efter en positiv afføringsprøve i tarmkræftscreeningsprogrammet, og effekten af de efterfølgende koloskopier i et adenomkontrolprogram (AKP). Det danske AKP blev implementeret få år inden, man på baggrund af den europæiske guideline [2] påbegyndte tarmkræftscreeningsprogrammet i Danmark. Et stort panel af internationale eksperter forfattede anbefalingerne efter gennemgang af den eksisterende litteratur. Evidensen stammer fra før indførelsen af de nationale kolorektal cancer (KRC)-screeningsprogrammer. Der er næppe tvivl om, at AKP er for intensivt for nogle af deltagere, der kunne nøjes med en afføringsprøve hvert andet år, men evidensen mangler. Der pågår et stort randomiseret europæisk multicenterstudie, European Polyp Surveillance, med dansk deltagelse. Dette studie har den fornødne størrelse til, at man kan afgøre, om der er andre grupper, der har fået fjernet forstadier til KRC og ikke behøver at deltage i AKP. Resultaterne forventes tidligst om 5-10 år. Sundhedsstyrelsen har pålagt Dansk tarmkræftscreeningsdatabase (DTS) at monitorere effekten af deltagelsen i AKP hos patienter, der har fået fjernet forstadier i tarmkræftscreeningen. En mere målrettet forskningsindsats end den rent deskriptive er både påkrævet og ønskelig, hvis vi skal sikre et mere effektivt dansk AKP.

Krøjer & Baatrup fremhæver, at en del af effekten ved AKP er detektion og fjernelse af forstadier, der ikke blev set ved den primære koloskopi. Der er en direkte omvendt proportionalitet mellem adenomdetektionsraten (ADR) og risikoen for intervalcancer [3], jo højere ADR, jo lavere risiko for intervalcancer. Spredningen af ADR i de forskellige screeningscentre på 27-67%, der er vist i DTS' årsrapport [4], er derfor uacceptabel. Der har igennem fem år været et nationalt uddannelsesprogram og certificering af koloskopisygeplejersker. Systematisk oplæring og certificering findes ikke for koloskopilæger. I en enkel region har man dog for nylig startet et uddannelsesprogram for læger, der koloskoperer screeningspatienter, og i andre regioner har man planer om det. Den fulde effekt af systematisk oplæring vil kun kunne opnås, hvis endoskopøren monitoreres systematisk og får løbende tilbagemelding om koloskopi-

præstationen, så teknikken kan korrigeres og forbedres kontinuerligt.

I december 2017 blev de sidste invitationer til første screeningsrunde (prævalensrunden) udsendt, og der blev diagnosticeret næsten 4.500 nye tilfælde af KRC [4]. Over 50% af tilfældene blev diagnosticeret på et meget tidligt stadie, hvor helbredelsen er tæt på 100% og behandlingen væsentligt mere skånsom, end når KRC diagnosticeres i et senere stadie. Der er i år kommet nye retningslinjer for behandling af tidlig KRC, hvor man tilstræber en mere ensartet behandling og en højere andel af organbevarende lokalbehandlinger, når det er onkologisk sikkert. Anden screeningsrunde er nu i gang og afsluttes i december 2019. I denne og de efterfølgende incidensrunder vil antallet af KRC, der diagnosticeres ved screeningskoloskopierne, falde som følge af effekten af de foregående screeningsrunder. I et hollandsk registerstudie [5] har man fundet, at op til en tredjedel af alle interval-KRC, der blev fundet efter koloskopi, blev diagnosticeret i det samme tarmsegment, som der tidligere var fjernet forstadier fra. For hver 400 fjernede forstadier vil der komme et recidiv, der udvikler sig til KRC som følge af manglende radikalitet ved fjernelsen af forstadiet. Det er derfor vigtigt, at man sikrer, at fjernelsen af forstadier optimeres, og at vanskelige forstadier bliver henvist til specialister, der behersker teknikken til fjernelse af vanskelige og store forstadier.

Målet for det danske KRC-screeningsprogram er at nedsætte mortaliteten og incidensen af KRC. Det kræver en øget monitorering med løbende tilbagemelding af resultaterne til aktørerne, en bedre og vedvarende oplæring af endoskopørerne samt villighed til at justere eksisterende og implementere nye og mere skånsomme behandlingsmetoder ved både forstadier og KRC.

## LITTERATUR

1. Krøjer R, Baatrup G. Effekten ved primær koloskopi versus kontrolkoloskopi i kolorektal cancer-screening. Ugeskr læger 2019;181:V07180521.
2. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First ed. European Union, 2010.
3. Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase årsrapport 2017. [https://www.sundhed.dk/content/cms/45/61245\\_dts\\_årsrapport-2017\\_final.pdf](https://www.sundhed.dk/content/cms/45/61245_dts_årsrapport-2017_final.pdf) (1. jun 2019).
4. Corley DA, Jensen DC, Marks AR et al. Adenoma detection rate and risk of colorectal cancer and death. N Eng J Med 2014;370:1298-306.
5. Belderbos TD, Pullens HJ, Leenders M et al. Risk of post-colonoscopy colorectal cancer due to incomplete adenoma resection: a nationwide, population-based cohort study. United European Gastroenterol J 2017;5:440-7.

## LEDER

Morten Rasmussen

Ugeskr Læger  
2019;181:V70387

**KORRESPONDANCE:**  
Morten Rasmussen, Abdominalcenter K, Bispebjerg Hospital. E-mail: morten.rasmussen@regionh.dk

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