

Uppföljning av kolorektala polyper – lönar det sig verkligen?

I en medicinsk kommentar i Läkartidningen 15/96 argumenterar Stig Fasth för att de patienter där man exstirperat kolorektala adenom (>1 cm) skall följas upp vart tredje år med koloskopi. Syftet är att genom att avlägsna metakrona (nya) polyper förebygga kolorektal cancer. Patienter utan hereditär belastning av kolorektal cancer med små adenom (<1 cm), utan svår dysplasi eller dominerande villös bild, behöver ej följas upp.

Till stöd för att rekommendera uppföljning med koloskopi i den förra gruppen hänvisar författaren till National Polyp Study (NPS) [1] och till Kronborgsgruppens rapport [2]. I NPS inkluderades 1 418 patienter som fått adenom borttagna (indexadenom), varav 494 hade adenom >1 cm. Uppföljningstiden var mellan 2 och 11 år (median 5,9 år) och under denna period exstirperades endast hos 27 patienter adenom >1 cm [3], förutom karcinom hos 5 patienter. Den förmodade cancerreducerande effekten i denna population måste således rimligen till en övervägande del tillskrivas den primära adenomektomin.

Själva uppföljningen

Med den korta observationstiden efter den uppföljande första treårskoloskopin, som dessutom endast omfattade 54 procent av de inkluderade patienterna, torde man knappast med någon precision kunna påvisa en cancerförebyggande effekt av själva uppföljningsprogrammet i denna studie. I det andra arbetet (Kronborgs) som också används som stöd för en effekt av uppföljning med koloskopi efter adenomektomi är förhållandet likartat som i NPS. Hos 830 patienter togs adenom ≥ 1 cm initialt bort jämfört med 103 patienter (nya adenom ≥ 1 cm) under uppföljningsperioden. Kronborgs grupp kunde emellertid inte påvisa någon skillnad i kolorektal cancerincidens jämfört med förväntad frekvens baserad på danskt cancerregister.

Ingen skillnad

I en senare publikation från Kronborgs grupp [4] får man

KORRESPONDENS

inte fram någon skillnad i effektivitet mellan uppföljning 2 år eller 4 år efter primära adenomektomi i en liknande grupp av adenompatienter. Kanske kan ett ännu längre, ej prövat intervall, vara tillräckligt?

På samma grunder som ovan ifrågasätter jag också den ekonomiska kalkyl som redovisas i den medicinska kommentaren till stöd för föreslagna uppföljningsprogram.

De kontrollmaterial som använts i dessa studier är ej randomiserade och en del av »kontrollmaterialen» är rent av framräknade riskkalkyler baserade på många antaganden och behäftade med stor osäkerhet. Innan man går ut och rekommenderar uppföljningsprogram efter adenomektomi bör rekommendationerna baseras på studier med randomiserade kontroller i programmen så att man kan precisera den cancerförebyggande effekten av själva uppföljningsprogrammet.

Hans Brevinge
specialistläkare,
området för kirurgi,
Sahlgrenska sjukhuset,
Göteborg

Referenser

1. Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, O'Brien MJ, Gottlieb LS, Sternberg SS et al. Prevention of colorectal cancer by colo-

scopic polypectomy. N Engl J Med 1993; 329: 1977-81.

2. Jørgensen OD, Kronborg O, Fenger C. The funen follow-up study. Incidence and death from colorectal carcinoma in an adenoma surveillance program. Scand J Gastroenterol 1993; 28: 869-74.
3. Winawer SJ, Zauber AG, O'Brien MJ, Ho MN, Gottlieb L, Sternberg SS et al. Randomized comparison of surveillance intervals after colonoscopic removal of newly diagnosed adenomatous polyps N Engl J Med 1993; 328: 901-6.
4. Jørgensen OD, Kronborg O, Fenger C. A randomized surveillance study of patients with pedunculated and small sessile tubular and tubulovillous adenomas. Scand J Gastroenterol 1995; 30: 686-92.

Replik:

Den primära polypektomin har avgörande betydelse

Hans Brevinge diskuterar först om den cancerreducerande effekten i refererade studier skall tillskrivas den primära adenomektomin eller själva uppföljningsprogrammet. Det ter sig för mig ganska självklart att den primära polypektomin har en avgörande betydelse – i vilken grad är givetvis svårt att bestämma, eftersom man inte gärna kan lämna kvar de polyper som upptäcks. Poängen är ju emellertid att uppföljningen har lett till att man i båda studierna diagnostiserat och behandlat cancer av övervägande gynnsam art (Dukes A) och adenom med stor risk för övergång i cancer (>1 cm, svår dysplasi och villös struktur). För båda studierna gäller att man inkluderat samtliga patienter, dvs även de som vid den initiala undersökningen hade adenom av lågrisktyp (lätt till mätligt dysplastiska tubulära adenom <1 cm). Dessa patienter behöver enligt vårt uppföljningsprogram inte följas upp, vilket innebär en betydande minskning av arbetsbelastningen, eftersom de flesta adenom är av denna typ.

Reducerad risk

Brevinge påpekar att Kronborgs grupp inte kunde påvisa

någon skillnad i cancerincidens jämförd med förväntad frekvens baserad på danskt cancerregister och antyder därmed att uppföljningen inte hade någon effekt. Kronborg själv tolkar dock resultaten som att uppföljningen har medfört att risken för cancer har reducerats till den som gäller för normalbefolkningen.

Kronborgs grupp fann mycket riktigt att det inte förlåg någon skillnad i effektivitet mellan uppföljning 2 år eller 4 år efter den primära adenomektomi [4]. Brevinge frågar i detta sammanhang om ett längre intervall kan vara tillräckligt. Det skall då poängteras att resultaten i Kronborgs studie baseras på uppföljning av en subpopulation med skafade eller små bredbasiga, icke villösa adenom. Många av dessa patienter skulle därmed inte blivit föremål för uppföljning i vårt program. Jag håller med om att detta kan diskuteras – liksom intervallernas längd.

Rekommendationerna är emellertid baserade på de resultat som föreligger hitintills. Arbetsgruppen har också påpekat i kommentarerna till uppföljningsprogrammet (som inte publicerades i sin helhet i Läkartidningen) att detta kommer att revideras när nya data ger anledning till detta.

Av motsatt åsikt

Brevinge fördömer slutligen alla rekommendationer som inte baseras på randomiserade studier. Jag är av motsatt åsikt – det är lättare att skapa ett handlingsprogram när man har otvetydiga vetenskapliga resultat att luta sig emot än när man också i stor utsträckning måste förlita sig på vad som är beprövad erfarenhet. Jag tror också att detta är det viktigaste skälet till att Svensk förening för gastroenterologi och gastrointestinal endoskopi tillsatt ett flertal arbetsgrupper för att ge vägledning i kontroversiella ämnen. En av dessa arbetsgrupper har gett rekommendationer för »koloskopisk övervakning av patienter med långvarig ulcerös kolit». Här finns inte heller några randomiserade kontroller som preciserar den cancerförebyggande effekten av själva uppföljningsprogrammet. Enligt Brevinges sätt att resonera så skulle inte heller denna arbetsgrupp »gått ut och rekommenderat uppföljningsprogram».

Stig Fasth
docent, överläkare,
CKÖ Östra sjukhuset,
Göteborg

Förstår läsarna förkortningen?

Läkare som läser medicinsk text från andra områden än sitt eget specialfält har ofta svårt att tyda förkortningar, som därför blir ett hinder för läsningen. Läkartidningen, som ju har som ett mål att orientera över specialitetsgränserna, har därför en mycket restriktiv inställning till förkortningar:

Undvik att införa nya förkortningar. Om det är nödvändigt, t ex därför att det förkortade begreppet är otympligt och återkommer många gånger i artikeln, får inte den nya förkortningen kunna förväxlas med en annan, mer etablerad. Förklara förkortningen första gången den används i artikeln.