

## Tidig diagnostik av kolorektal cancer

■ Kolorektal cancer är den tredje vanligaste cancerformen i Sverige. Varje år drabbas ca 5 000 individer. Prognosen är helt avhängig i vilket stadium sjukdomen påträffas. Om canceren är lokaliserad erbjuder operation en möjlighet till bot. Tidig diagnostik är därför viktig ur folkhälsosynpunkt. Det är utgångspunkten för en nyligen publicerad avhandling.

Vid en detaljerad kartläggning av diagnostiken av kolorektal cancer i Västmanland 1998–1999 inkluderades 227/235 patienter. Mediantiden från första besöket inom sjukvården fram till diagnos var 42 dagar för koloncancer. Efter 99 dagar var fortfarande en fjärdedel av patienterna inte diagnostiserade. Motsvarande siffror för rektalcancer var 23 respektive 49 dagar. Endast 1 procent av patienterna tillfrågades om en av de viktigaste riskfaktorerna vi känner, nämligen en positiv familjehistoria för sjukdomen. Patienter med högersidig koloncancer som hade ett negativt utfall

på F-Hb hade längre tid till diagnos jämfört med dem med ett positivt F-Hb (448 mot 53 dagar,  $P < 0,01$ ).

Samma kohort patienter fick också i en enkätstudie uppge karaktär och tidpunkt för symtomdebut. Mediantid från denna fram till operation var 20 veckor. Stadiedistributionen skiljde sig inte mellan patienter med en symtomtid under eller över medianen. Överlevnad följdes upp i november 2003, och inte heller då kunde symtomtiden påvisas ha någon betydelse för prognosen.

I en tredje delstudie kartlades familjehistorien bland 400/411 (97 procent) patienter i Västmanland med kolorektal cancer. Samtliga nära släktingar som möjligen haft kolorektal cancer följdes upp med journalkopior. Fem (1,2 procent) patienter diagnostiserades med HNPCC (Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer). Ytterligare 8 (1,9 procent) patienter påträffades med ett dominant ärftlighetsmönster för kolorektal cancer. I 34 (8 procent) fall identifie-

rades en förstegradssläkting med sjukdomen. Totalt hade således 47 (11 procent) patienter en positiv familjehistoria. Det innebär att 1/9 patienter med kolorektal cancer kan betraktas som markör för en ökad genetisk risk i sin familj. Individer med en livsrisk för kolorektal cancer på 15–40 procent kan på detta relativt enkla sätt identifieras och erbjudas preventionsprogram.

Två studier med syfte att utveckla ett nytt screeninginstrument för kolorektal cancer baserat på analys av fekalt DNA ingick också i avhandlingen. Dessa kommer att presenteras separat i Läkartidningen.

Louise Olsson

*louise.olsson@ltvastmanland.se*

Avhandling: Louise Olsson. Early detection of colorectal cancer. Stockholm: Karolinska Institutet; 2004.  
<http://diss.kib.ki.se/2004/91-7349-841-6/>

## ERCP-pankreatit – ett tillstånd som lätt kan undvikas

■ Akut pankreatit av varierande svårighetsgrad drabbar 2–9 procent av de patienter som genomgår ERCP d v s endoskopisk undersökning av gallvägar och pankreasgång medelst kanylring med kateter och injektion av kontrastmedel via papilla vateri. Var tionde pankreatit är svår med icke obetydlig mortalitet.

I juninumret av Gastrointestinal Endoscopy finns en översikt där man redo-

visar vad man vet om orsakerna till ERCP-pankreatit, vilka patienter som är högriskfall och vad man kan göra för att undvika pankreatit. Det gäller att inte göra onödiga diagnostiska ERCP-undersökningar. I stället rekommenderas MRCP (med magnetresonansteknik) eller endoskopisk ultraljudsundersökning av gallvägarna. Pankreatitrisken anses vara särskilt hög hos dem som utreds med misstanke om sfinkter Oddidysfunktion eller »misstänkt« koledokussten, då andra undersökningar visat normala förhållanden. Hos högriskpatienter kan inläggning av en smal pankreasstent i samband med ERCP-undersökningen minska risken för efterföljande pankreatit.

Fausto Lella med medarbetare från Zigionia i Italien rapporterar sina uppseendeväckande resultat i samma nummer. De har helt kunnat undvika pankreatiter genom ny försiktig kanyleringsteknik.

Fyrahundra patienter genomgick ERCP efter randomisering till antingen kanylring med en atraumatisk guide-wire (grupp A) eller traditionell kanyleringsteknik, där gångarna identifieras med kontrastinjektion (grupp B).

För kanylring med guide-wire användes en 6 F-papillotom med en teflon-täckt guide-wire med mjuk topp. Wirin infördes 1–2 mm i taget under röntgenkontroll och manövrerades med mycket försiktiga rörelser tills den säkert nådde

koledokus. Först då injicerades kontrasten.

### Resultat och författarnas kommentarer.

Gallvägarna kanylerades hos nästan samtliga av de 400 patienterna, 197 i grupp A och 195 i grupp B. Inga pankreatitfall noterades i grupp A men 8 i grupp B ( $P < 0,01$ ). Förhöjt s-amylas mer än 5 gånger högre än övre referensvärdet noterades hos 9 i grupp A och 39 i grupp B ( $P < 0,001$ ).

Författarna menar att denna enkla teknik är överlägsen den traditionella kanyleringsmetoden. Man undviker på så sätt kontrastinjektion i pankreasgången men också submukös kontrastinjektion, som kan vara nog så störande för fortsatt kanylring. Extra vårdtider och patientlidande minimeras.

I Sverige görs uppskattningsvis ca 10 000 ERCP-undersökningar per år. Ungefär 500 fall beräknas drabbas av pankreatitkomplikation. Det finns all anledning att vi helt överger våra gamla rutiner och går över till att kanylera med guide-wire.

Anders Kilander

*anders.kilander@vgregion.se*

Freeman ML, Guda NM. Prevention of post-ERCP pancreatitis: a comprehensive review. *Gastrointest Endosc.* 2004;59(7):845-64.

Lella F, et al. A simple way of avoiding post-ERCP pancreatitis. *Gastrointest Endosc.* 2004;59(7):830-4.

### Referat till Nya rön skall innehålla

- Kort titel som speglar huvudbudskapet
- Bakgrund till varför studien gjordes
- Något om materialets sammansättning
- Resultat och författarnas konklusion
- Tillämpning på svenska förhållanden
- Fullständig referens för artikeln
- Referat får innehålla högst 250 ord

• Ditt namn, din adress, e-postadress och telefonnummer skall avsluta referatet

• Bifoga ditt tillstånd att publicera referatet på vår hemsida, VIKTIGT!

Skicka referatet med e-post som ett vidhängande Word-dokument till [nya.ron@lakartidningen.se](mailto:nya.ron@lakartidningen.se)

Välkommen med Ditt bidrag