

Screening för kolorektal cancer minskade den sjukdomsspecifika dödligheten

Utländska studier har presenterat resultat som visat att screening för kolorektal cancer lett till 13–33 procent lägre sjukdomsspecifik mortalitet [J Natl Cancer Inst. 1999;91(5):434-7; Gut. 2002;50(6):840-4; Scand J Gastroenterol. 2004;39(9):846-51]. En svensk populationsbaserad randomiserad screeningstudie, som startades 1982 i Göteborg av Jan Kewenter med målet att bestämma om tidiga stadier av kolorektal cancer kan påvisas genom att upptäcka ockult blod i avföringen med Hemoccult-test och därigenom sänka den sjukdomsspecifika dödligheten, har nyligen publicerats [1]. Sensitiviteten och specificiteten hos Hemoccult, deltagarintresset och de psykologiska konsekvenserna har analyserats och publicerats tidigare [2-4] liksom morbiditeten vid screening [5].

Studien omfattar 68 308 invånare i Göteborg, födda 1918–1931 och 60–64 år vid inklusionstillfället. Personerna identifierades via folkbokföringsregistret, vilket skedde 1982, 1987 respektive 1990 beroende på födelseår. Randomisering gjordes till en screeninggrupp (intervention) och en kontrollgrupp. Personerna i kontrollgruppen kontaktades inte. Screeninggruppen inbjöds till två eller tre screeningomgångar, med 21–24 månaders intervall mellan 1982 och 1995.

Screeninggruppen kontaktades med brev, där också material för Hemoccult-test fanns med. De ombads ta två prov från tre avföringar och återsända proven för analys. Proven framkallades med förfuktning under större delen av studien (92 procent av samtliga prov), en metod som ökar sensitiviteten hos Hemoccult. Ett av sex prov med färgomslag räckte för »positivt test«. På grund av en ökande andel positiva test ändrades rutinen, efter en delstudie som visade att

detta var säkert, så att individer med positivt test ombads att göra ytterligare en serie prov efter dietrestriktioner. Detta minskade andelen positiva test och därmed behovet av utredningar, vilka bestod i anamnes, sigmoideoskopi (60 cm) samt kolonröntgen med dubbelkontrast. Adenom och cancertumörer behandlades i enlighet med då gällande principer.

Under perioden 1982–2001 samlades information om samtliga kolorektala cancerdiagnoser i studiepopulationen från det lokala patologiregistret och Cancerregistret. Adenom registrerades i det lokala patologiregistret. Uppföljning genomfördes via svenska befolkningsregistret och dödsorsaksregistret. Mortalitätsanalysen genomfördes 31 december 2001, vilket innebar i medeltal 15 år och fem månaders uppföljning från första inbjudan till screening och åtta år och åtta månader efter sista screeningstillfället. Alla analyser gjordes enligt »intention-to treat«.

Deltagandefrekvensen var 70 procent, men endast 47 procent deltog i samtliga omgångar. Av dem som inte deltog i första omgången gjorde 7 procent det när de inbjöds till andra omgången. Av de 2 180 individer som inbjöds till utredning på grund av positivt test deltog 87 procent i både skopi och röntgen samt ytterligare 5 procent i enbart skopi. 8 procent avstod helt. Screeningens påvisade 104 cancertumörer. Andelen tidiga tumörer (Dukes' A) var signifikant högre bland screeningpåvisade tumörer än bland alla cancertumörer i screeninggruppen och kontrollgruppen.

Hos individer med positivt test påvisades och avlägsnades 633 adenom hos 476 personer. Signifikant fler adenom avlägsnades i screeninggruppen. Det prediktiva värdet av positivt Hemoccult för att påvisa kolorektal cancer var 5,2 procent och för adenom >1 cm 14 procent. Signifikant lägre risk för död i kolorektal cancer förelåg i screeninggruppen, med 16 procents relativ reduktion, men incidensen av kolorektal cancer skilde sig inte mellan grupperna.

Resultaten i Göteborgsstudien bekräftar tidigare rapporter från Danmark, England och USA. Den sjukdomsspecifika överlevnadsvinsten ligger på 16 procent, som också beskrivits i Cochraneanalysen. Åldersrestriktionen i Göteborgsstudien valdes för att ha en definierad och

»Det är särskilt intressant att nu kunna hänvisa till dessa svenska resultat när debatten om populationsscreening för kolorektal cancer åter är aktiv ...«

hög cancerincidens, lång förväntad överlevnad och en grupp av tillräckligt friska för att klara undersökningen efter positivt test. Skillnader finns jämfört med de tre andra stora randomiserade studierna avseende antal screeningomgångar, opportunistisk screening, kontrollgrupp och screeningtestets känslighet. Kunskap om sådana faktorer är av betydelse när nya program utformas. Deltagarfrekvensen var måttliga 70 procent, vilket är i samma storleksordning som övriga studier i Europa rapporterat. Vid rutin-screening kan information ges till befolkningen, vilket kan tänkas öka deltagarfrekvensen. Det är ett observandum att vissa andra cancerscreeningprogram i Sverige har lågt deltagande.

Screening för kolorektal cancer resulterade i en signifikant minskning av död i kolorektal cancer. Det är särskilt intressant att nu kunna hänvisa till dessa svenska resultat när debatten om populationsscreening för kolorektal cancer åter är aktiv, och ett landsting (Stockholms läns landsting) har startat ett screeningprogram.

Eva Haglind
överläkare

Elisabet Lindholm
forskningsjuksköterska

Hans Brevinge
överläkare; samtliga Kirurgi, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset, Göteborg



Foto: P. Marazzi/SP/LJBL

Prediktivt värde av positivt Hemoccult var 5,2 procent för att påvisa kolorektal cancer och 14 procent för att påvisa adenom >1 cm.

1. Lindholm E, et al. Survival benefit in a randomized trial of faecal occult blood screening for colorectal cancer in a Swedish population. Br J Surg. 2008;95(8):1029-36.
2. Kewenter J, et al. Value of retesting subjects with a positive Hemoccult in screening for colorectal cancer. Br J Surg. 1990;77:1349-51.
3. Lindholm E, et al. Factors associated with participation in screening for colorectal cancer with fecal occult blood testing. Scand J Gastroent. 1995;30:171-6.
4. Lindholm E, et al. Worry associated with screening for colorectal carcinomas. Scand J Gastroenterol. 1997;32:238-45.
5. Kewenter J, et al. Endoscopic and surgical complications of work-up in screening for colorectal cancer. Dis Colon Rectum. 1996;39(6):676-80.