Redaktör: Jan Lind 08-790 34 84
jan.lind@lakartidningen.se

Organiserad förbättring av cervixcancerpreventionen

Svensk screening är en beprövad och hårt ekonomiserad organisation som behöver renoveras men som ger en utmärkt grundstruktur. Svagheten är låg status, alltför långt gången decentralisering och i många fall svaga styrgrupper. C-ARG har under 2007 arbetat med att skapa väl underbyggda, genomtänkta och tydliga riktlinjer och går nu vidare med implementeringen.

Cervixcancerpreventionen utvecklas snabbt. Allmän vaccination mot HPV utreds av Socialstyrelsen, vilket ger hopp för framtiden för unga flickor. C-ARG (Arbets- och referensgruppen för cervixcancerprevention inom Svensk förening för obstetrik och gynekologi) deltar i arbetet och har redogjort för sin ståndpunkt [1]. Under överskådlig framtid är emellertid screening huvudstrategin i cervixcancerpreventionen [2]. Det är odiskutabelt att den organiserade cervixcancerscreeningen i Sverige de senaste 40 åren varit mycket framgångsrik. Med nya metoder i stället för eller i kombination med gamla har vi nu möjlighet att ytterligare förbättra programmet. Frågan är hur de kan implementeras i svensk cervixcancerscreening på ett sätt som ytterligare minskar cancerincidensen utan att oroa fler kvinnor och driva på kostnaderna [3].



BENGT ANDRAE
överläkare, kvinnokliniken, Gävle sjukhus; ordförande, C-ARG (arbets- och referensgruppen för cervixcancerprevention inom Svensk förening för obstetrik och gynekologi)
bengt.andrae@gmail.com



KRISTINA ELFGREN
överläkare, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge; sekreterare, C-ARG



BJÖRN STRANDER
överläkare, verksamhetsansvarig, cervixcancerprevention, Onkologiskt centrum, Västra Sverige; webmaster C-ARG

Svensk befolkningsbaserad screening bjuder in till provtagning när det är dags med ledning av faktiska tagna prov och integrerar opportunistiska prov. Den når 79 procents täckning nationellt och nära 90 procent i många län. Organisationen är mycket ekonomisk och utnyttjar befintliga resurser: morfologidatabasen, befolkningsregistret, sekretariat och barnmorskemottagningar. Kostnaden för provtagning, analys och administration understiger 300 kr per prov i de flesta länen, vilket är mindre än 100 kr per kvinna och år. Ombokning på nätet och slopandet av avgiften för patientbesöket är åtgärder som har har visat sig öka deltagandet. Överprovtagningen är i dag begränsad, mindre än 17 procent av alla prov, och sker utanför programmen. Dataprogrammen ger möjlighet till administration av data kring HPV-testning så att den informationen kan integreras och fortsatta kallelser optimeras. Databaserna ger möjlighet till uppföljning regionalt och har varit grunden för ett nationellt register under utveckling.

Vad har uppnåtts? Incidensen och mortaliteten sjunker och fortsätter att göra så [4] trots en ökning av riskfaktorer de senaste 40 åren – tidigare debutålder för sex, fler partner och större utbredning av HPV-infektioner i befolkningen.

En nyligen genomförd nationell audit (opubl data) analyserar screeninghistoriken hos alla cancerfall i Sverige under tre år jämfört med populationsbaserade kontroller. Effekten på olika histologiska typer och stadier kan studeras för alla åldrar. Den visar var i vårdkedjan möjligheterna till förbättring finns: Organisation och deltagande. Metod och sensitivitet. Handläggning och uppföljning. Revisionen visar var ribban ligger och vad vi ska förbättra.

Vi kan se att deltagande är allt överskuggande. Två tredjedelar av alla cervixcancerfall och fyra femtedelar av de avancerade fallen drabbar i Sverige den femtedel av kvinnorna som inte deltagit genom att lämna prov inom senaste screeningintervallet, borträknat eventuella diagnostiska cellprov. Den stora sjukligheten finns bland de underscreenade äldre kvinnorna (opubl data).

Det som kan hänföras till bristande sensitivitet i primärscreeningen är att 80 fall per år har ett normalt cellprov inom det senaste screeningintervallet före diagnos. Sextio av dessa cancerfall har normala prov de senaste två screeningintervallen (opubl data). Primärscreening med HPV kan förbättra situationen [5], men risken att en stor del av HPV-positiv befolkning blir psykologiskt traumatiserad behöver övervägas och studeras [6]. Metoden är dessutom direkt oanvändbar för yngre kvinnor. Risken torde vara mindre vid vätskebaserad cytologi, som i en svensk



Foto: Dr P Marazzi/Science Photo Library/IBL

Trots att allmän vaccination mot HPV nu utreds kommer screening att vara huvudstrategin i cervixcancerpreventionen under överskådlig framtid, anser artikelförfattarna.

studie [7] har visat en bättre sensitivitet än konventionella cellprov.

Avvikande cellprov av lättare grad är vanliga och medför antingen många utredningar eller omtag av cellprov, vilket visat sig osäkert (opubl data); det leder till ett trettiotal cancerfall per år. En förbättring kan framför allt uppnås genom att alla avvikande prov utreds med kolposkopi/biopsi. Som alternativ till kolposkopi kan HPV-testning förenkla och avdramatisera utredningen för kvinnor över 35-årsåldern, om det genomförs på ett strukturerat sätt. De yngre med lätta förändringar är alltför ofta HPV-positiva för att testet ska ha någon diskriminerande förmåga.

HPV-test i uppföljningen efter dysplasibehandling kan hjälpa oss att avgöra om primärbehandlingen av dysplasier har lyckats. Det kvarstår emellertid en överrisk under många år, så långtidsuppföljning kommer vi inte ifrån [8]; den kan med fördel ske inom ramen för rutinscreeningens s k kontrollfiler.

Gynekologisk cellprovskontroll har givit ett bra skydd mot avancerad cancer av alla histologiska typer. Den skyddar mot avancerade adenokarcinom. Den skyddar även kvinnor under 30 där vi också ser en down-staging till mikroinvasiv cancer i hälften av fallen (opubl data). Det är en grupp där låg cancerincidens och bevarad fertilitet är av synnerlig vikt.

Deltagandet är beroende av en organiserad logistik. Datasystemen för kallelser behöver uppdateras, men det kräver samordnad upphandling där regionala styrgrupper och sekretariat måste ha mandat och budget och kunna agera över divisionsgränser så det inte blir stopp i vårdkedjan. Programmen kan redan nu optimera kallelseintervall, hantera uppföljning efter behandling (kontroll/dysplasifil) och medge ombokning på nätet. Moderna program kan möjliggöra differentierade intervall beroende på HPV-status och selektivt glesa ut intervallen om det skulle bli aktuellt.

Okontrollerad testning skapar bara förvirring och bristande förtroende när redan testade får påminnelser. Hemtestning kan integreras i systemen som en »livlina« när andra åtgärder att öka deltagandet fallerar. Hemtestning kan ha en plats i cancerprevention i den underscreenade äldre populationen där cancermorbiditeten är högst, men bl a praktiska och logistiska problem återstår att lösa.

Svensk screening är en beprövad och hårt ekonomiserad organisation som behöver renoveras men som ger en utmärkt grundstruktur. Svagheten är låg status, alltför långt gången decentralisering och i många fall svaga styrgrupper.

C-ARG har under 2007 arbetat med att skapa väl underbyggda, genomtänkta och tydliga riktlinjer och går nu vidare med implementeringen; våra protokoll ligger på SFOGs webbplats. Det fortsatta arbetet inriktas nu på att stärka styrgrupperna, gradera upp datasystem, foga in ny teknologi där den gör mest nytta samt verka för en enhetlig användning av termer och koder.

Vi har varit med om att ta initiativet till det nätverk som byggt upp det nationella registret, vilket möjliggjort auditen. Det hade kunnat göras snabbare, men det är utanför vår kontroll, och vi har inte tagit del av några pengar från industrin.

Bistoletti, Andersson och Johansson ställde ett antal frågor till C-ARG i en debattartikel nyligen [9], och vi hoppas att de är besvarade i och med detta.

Ett expertmöte om implementering ägde rum i slutet av januari, och under våren kommer den tredje nationella konferensen om cervixcancerprevention att genomföras.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Alla författarna är landstingsanställda. Bengt Andrae har inga bindningar till industrin. Kristina Elfgren har varit klinisk prövare för Gardasil, sponsrad av MSD, och anlitas som föreläsare av Sanofi Pasteur MSD Sweden. Björn Strander har varit kolposkopist i klinisk prövning av Gardasil och har erhållit ersättning från GSK för föreläsningar.

REFERENSER

1. Strander B, Andrae B, Elfgren K. Vem ska vaccineras mot cervixcancer och när? Förslag till hållpunkter för rådgivning. Läkartidningen. 2006;103:3438.
2. Dillner J, Andrae B, Westermark B. Svensk konsensus om vaccination mot cervixcancer. Vaccinprogram bör införas i grundskolan med sikte på att utrota HPV16/18. Läkartidningen. 2006;103:3377-9.
3. Nieminen P, Anttila A. Introducing HPV screening: challenges and fallacies. Acta Obstet Gynecol Scand. 2007;86:1416-8.
4. Cancer incidence in Sweden 2005. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
5. Naucler P, Ryd W, Törnberg S, Strand A, Wadell G, Elfgren K, et al. Human papillomavirus and Papanicolaou tests to screen for cervical cancer. N Engl J Med. 2007;357:1589-97.
6. McCaffery K, Waller J, Forrest S, Cadman L, Szarewski A, Wardle J. Testing positive for human papillomavirus in routine cervical screening: examination of psychosocial impact. BJOG. 2004;111:1437-43.
7. Strander B, Andersson-Ellström A, Milsom I, Rådberg T, Ryd W. Liquid-based cytology versus conventional Papanicolaou smear in an organized screening program: a prospective randomized study. Cancer. 2007;111:285-91.
8. Strander B, Andersson-Ellström A, Milsom I, Sparén P. Long term risk of invasive cancer after treatment for cervical intraepithelial neoplasia grade 3: population based cohort study. BMJ. 2007;335:1077.
9. Bistoletti P, Andersson S, Johansson BC. HPV-vaccination och -testning kan förbättra screening mot cervixcancer. Läkartidningen. 2008;105:56-7.

Annons
2 sp x 130 mm