Skimun fyrir krabbameinum í ristli og endaþarmi



Sigurður Guðmundsson

Mikilvægi þess að geta fækkað dauðsföllum af völdum krabbameina er öllum ljóst. Krabbamein í ristli og endaþarmi valda miklu heilsutjóni og eru þriðja algengasta dánarorsök af völdum krabbameina meðal Íslendinga og tíðni sjúkdómsins hérlendis fer vaxandi. Nokkrar mjög stórar rannsóknir hafa sýnt óyggjandi að fækka má dauðsföllum af völdum þessara krabbameina um 15-33% með skimun þar sem leitað er að blóði í hægðum.

Starfshópur á vegum landlæknis fékk það hlutverk að gera tillögur að leiðbeiningum um skimun fyrir ristilkrabbameini á Íslandi. Leiðbeiningarnar voru birtar sem drög og leitað var eftir ábendingum frá ýmsum fagfélögum. Eftir umfjöllun starfshópsins var ekki talin ástæða til breytinga á leiðbeiningunum og birtast þær í þessu tölublaði Læknablaðsins.

Næsta skref er að meta hvort ástæða sé til að mæla með almennri skimun, líkt og við gerum nú í leit að krabbameini í brjóstum og leghálsi. Í kjölfar leiðbeininganna var ákveðið að stofnuð yrði framkvæmdanefnd sem huga ætti að því hvernig best væri að standa að framkvæmd skimunar. Mjög hefur verið vandað til þessarar vinnu af hálfu starfshópsins en það er síðan framkvæmdanefndar að meta hvort og hvernig framkvæma á fjöldaskimun og gera um það tillögur sem verða unnar í samvinnu við heilbrigðisráðuneytið.

Taka verður tillit til fjölda mikilvægra þátta þegar lagt er á ráðin um næstu skref:

1. Ekki er ljóst hvernig niðurstöður stórra rannsókna yfirfærast á hópa þar sem almennri skimun er beitt. Hvergi er beitt þjóðarskimun af þessu tagi þótt ráðleggingar þar að lútandi liggi oft fyrir frá ýmsum fagfélögum og opinberum stofnunum.
2. Margir hafa lagt mat á ávinninginn af skimun og er niðurstaðan misjöfn. Ekki er þó umdeilt að skimun fyrir krabbameini í ristli og endaþarmi lækkar dánartíðni af völdum sjúkdómsins. Ljóst er samt að til þess að ná tilætluðum árangri þarf nokkra fyrirhöfn. Fjöldi þeirra sem þarf að skima til að forða einum frá dauða úr sjúkdómnum hefur verið metinn á grundvelli nokkurra stórra rannsókna. Ber þær allar að sama brunni, þannig að skima þarf 1000 manns í 10 ár til að forða einum til tveimur einstaklingum frá dauða. Ávinningur skimunar er alltaf tengdur undirliggjandi beinni áhættu og sé miðað við að skimun hefjist hjá fimmtugum manni og standi í tíu ár má fækka dauðsföllum vegna þessa krabbameins um einn fyrir hverja 1000 skimaða en ef skimun hefst við sextugt má fækka dauðsföllum um 2,2 fyrir hverja 1000 sem skimaðir eru í tíu ár.
3. Val hægðaprófs getur verið umdeilanlegt. Í breskri og danskri rannsókn var notað óvætt Hemoccult II en í sænskri og bandarískri athugun var notað vætt Hemoccult II. Hér er ráðlagt að nota Hemoccult Sensa sem er næmara, en það próf hefur ekki verið rannsakað í eins stórum rannsóknum og hin tvö.
4. Fjöldi jákvæðra hægðasýna sem fylgja þarf eftir með frekari rannsókn (speglun) er mjög misjafn eftir því hvaða próf er valið. Jákvæð sýni við Hemoccult II voru 1 til 3% með 98-99% sértæki en ekki nema 54-59% næmi sé miðað við tíu ára eftirfylgni og að prófað sé annað hvert ár. Sé vætt Hemoccult II notað eykst næmi upp í 81-92% en sértæki fellur verulega, eða niður í um 90%. Jákvæð sýni eru um 10% sem þýðir að fjórum til fimm sinnum fleiri þurfa nánari skoðun en þegar notað er óvætt Hemoccult II. Svipað gildir um Hemoccult Sensa með sértæki um 87%.
5. Ákjósanlegasta tíðni skimunar er heldur ekki alveg ljós. Eins og vænta mátti var mest lækkun á dauðsföllum í bandarískri rannsókn þar sem skimað var árlega og með mjög næmu próf. Hins vegar var fjöldi ristilspeglana mikill en í þeirri rannsókn var ristill speglaður hjá 38% allra sem skimaðir voru árlega en hjá 28% þeirra sem skimaðir voru annað hvert ár miðað við 13 ára tímabil.
6. Á hvaða aldri á að skima? Ýmist er mælt með skimun hjá öllum þeim sem eru eldri en 50 ára eða aðeins á aldursbilinu 50 til 75 ára. Einungis 5% ristilkrabbameina sem greinast við skimun eru hjá einstaklingum 80 ára og eldri.
7. Fylgikvillar skimunar geta verið bæði líkamlegir og andlegir. Líkamlegir fylgikvillar, svo sem alvarlegar blæðingar eða gat á görn við ristilspeglun, eru mjög fátíðir en verða hjá einum til fjórum af 2000 og dauðsföll vegna ristilspeglunar eru áætluð 0,01% til 0,02% (einn til tveir af 10 þúsund). Þetta þarf að skoða í tengslum við það að bein áhætta á að deyja úr ristilkrabbameini er lítil á hverjum tíma (1,8 dauðsföll á 10 þúsund á aldursbilinu 50 til 54 ára). Hafa ber einnig í huga að skimun fyrir alvarlegum sjúkdómum hefur alltaf einhver neikvæð áhrif á andlega heilsu, bæði meðal þeirra sem eru beinir þátttakendur svo og þeirra sem af einhverjum ástæðum afþakka boð um rannsókn.

Allir þessir þættir eru mikilvægir þegar kostir fjöldaskimunar eru metnir. Eigi að síður er krabbamein í ristli og endaþarmi alvarlegur sjúkdómur í vexti hér á landi. Sterkar vísbendingar eru frá erlendum rannsóknum, ekki síst frá Bandaríkjunum, um að fjöldaskimun geti átt þátt í að snúa þessari

Höfundur er landlæknir.

þróun við og því vill embætti landlæknis veita henni brautargengi. Hér er nú þegar mikil reynsla af skimun af þessu tagi sem gengið hefur vel og byggja verður á þeirri reynslu. Nokkrar líkur benda til að árangur skimunar hér geti orðið annar og betri en í stærri og flóknari samfélögum. Verði gripið til fjöldaskimunar er því mjög mikilvægt að árangur verði metinn frá upphafi, en til þess þarf að skrá nákvæmlega þátttakendur og niðurstöður skimunar. Slík skrá er einnig nauðsynleg til að stýra eftirfylgni. Að þessu leyti gæti skimun bætt við almenna þekkingu á árangri og framkvæmd skimunar í sambærilegum samfélögum.

Líklegt er að hlutur fullrar ristilspeglunar í skimun muni vaxa á næstu árum auk þess sem sýndarspeglun verður án efa áhugaverður valkostur. Leiðbeiningar um skimun fyrir ristilkrabbameini þurfa því að vera í sífelldri endurskoðun í ljósi nýrrar þekkingar.

Heimildir

Arveux P, Durand G, Milan C, Bedenne L, Lévy D, Doan BD, et al. Views of a general population on mass screening for colorectal cancer: the Burgundy Study. Prev Med 1992; 21: 574-81.

Canadian Task Force on Preventive Health Care. Colorectal cancer screening: recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2001; 165: 206-8.

McLeod R, with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Screening strategies for colorectal cancer: systematic review & recommendations. (CTFPHC Technical Report #01-2). London, ON: Canadian Task Force, 2001. *www.ctfphc.org/*

National Health and Medical Research Council (NHMRC). The prevention, early detection and management of colorectal cancer: clinical practice guidelines. Canberra, National Health and Medical Research Council (NHMRC), 1999.
www.health.gov.au/nhmrc/publications/series.htm

Senter for medisinsk metodevurdering. Screening for kolorektal kreft: konferanserapport. (SMM-rapport nr.3/2001). Oslo: SINTEF Unimed, 2001. *www.oslo.sintef.no/smm/Publikasjoner/Frameset Publikasjoner.htm*

Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering. Kræft i tyktarm og endetarm – diagnostik og screening. (Medicinsk Teknologivurdering 2001; 3(1)). København: Statens Institut for Medicinsk Teknologivurdering, 2001.
147.29.115.214/publikationer/docs/Kolorektal/marts2001/index.html

Towler BP, Irwig L, Glasziou P, Weller D, Kewenter J. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software, 2002.