

## LEIT AÐ BLÓÐI Í HÆGÐUM EÐA RISTILSPEGLUN

## Innlegg í umræðu

## Sunna

## Guðlaugsdóttir

meltingarsérfræðingur og sérfræðingur í almennum lyflækningum

[sunnag@landspitali.is](mailto:sunnag@landspitali.is)

Undirrituð var verkefnastjóri við gerð greinargerðar Krabbameinsfélags Íslands frá 2015 og situr nú í ráðgjafahópi Embættis landlæknis.



Ristilkrabbamein er mikilvægt lýðheilsuvandamál og hentar mjög vel fyrir hópleit. Markhópur er 50-75 ára. Markmið hópleitar er að lækka bæði nýgengi (fjarlægja kirtilæxli) og dánartíðni (greina ristilkrabbamein og meðhöndla á fyrri stigum) sem á endanum sparar fyrir samfélagið.

Árið 2010 birti Evrópusambandið viðmiðunarreglur.<sup>1</sup> Þær endurspeglu þá viðtæku sátt að hópleitarferlið er þverfaglegt og undirstrika þau atriði sem tryggja árangur hópleitar og eftirfylgni ef kirtilæxli og ristilkrabbamein greinast. Boð eigi að ná til að lágmarki 95% í markhóp og þátttökhlutfall verði að minnsta kosti 65% til að tryggja árangur í samræmi við Alþjóðaheilbrigðisstofnunina, WHO. Við vinnslu á greinargerð Krabbameinsfélags Íslands frá 2015 var þetta haft að leiðarljósi.<sup>2</sup> Tryggja þarf yfirsýn yfir þátttöku og árangur hópleitar með skipulagi á umsýslu, gæðaviðmiðum og samræmdri skráningu á niðurstöðum fyrir hvern einstakan þátttakanda. Þetta var einnig lagt til og sú vinna er í gangi.

Stórar slembirannsóknir með gFOBT-hægðaprófi (*guaiac fecal occult blood test*) hafa sannað getu til draga úr dánartíðni að meðaltali um 16% (6-33%). Minnesótarrannsóknin sem notaði næmara gFOBT sýndi jafnframt fram á lækkun í nýgengi. Nýrri hægðapróf, FIT (*fecal immunochemical test*), hafa meiri nákvæmni til að greina sértækt mannablóð í hægðum samanborið við gFOBT. Rannsóknir sýna að FIT greinir betur kirtilæxli en gFOBT og er því mun líklegri til árangurs til lækkunar á nýgengi. Niðurstöður úr framskyggnum slembirannsóknnum um áhrif ristilspeglana og endurtekinnar FIT-skimunar á nýgengi og dánartíðni ristilkrabbameins eru væntanlegar á komandi árum. Ný evrópsk samanburðar-

rannsókn bendir til að þátttaka í hópleit með endurtekinni FIT-leit sé mun betri (77%) en með stuttri (31%) eða langri (24%) ristilspeglun.<sup>3</sup> Munurinn er marktækur. Ef einstaklingur greinist með blóð í hægðum er alltaf þörf fyrir ristilspeglun en hún er gullstaðallinn til greiningar kirtilæxla og ristilkrabbameins. Áhættan er lítil en eykst með hækkandi aldri og þegar inngripa er þörf eins og til dæmis ef fjarlægja þarf kirtilæxli, einkum í hægri hluta ristils eða ef þau eru stór. Blæðingur, götun og jafnvel dauða hefur verið lýst.<sup>4</sup>

Í Bandaríkjunum er einstaklingur í markhóp ráðlögð hópleit með vali á milli árlegs hægðaprófs, stuttrar eða langrar ristilspeglunar. Flestir hafa valið langa ristilspeglun og um 65% þegið þátttöku. Nýlegar upplýsingar frá American Cancer Society sýna marktæka lækkun á nýgengi og dánartíðni úr ristilkrabbameini þarlendis síðustu 10 ár og er hópleitinni þakkað og þá sérstaklega þeim gæðastöðlum sem hafa verið þróaðir þar.<sup>5</sup>

Útlit er fyrir að fjöldi starfandi meltingarsérfræðinga breyttist lítið hérlendis næstu 10 árin og ég tel að afkastageta stéttarinnar sé nánast fullnýtt. Samkvæmt nýjum talningum eru gerðar ríflega 11.000 ristilspeglanir á ári, þar sem tæp 3000 (25%) eru skimunarspeglanir að frumkvæði almennings. Þetta er í grófum dráttum sá fjöldi sem við getum flutt undir skipulega skimun. Miðað við að markhópurinn er um 90.000 manns mun því taka allt að 30 ár að skima allan hópinn sem er alveg óraunhæft. Við þurfum því að finna leið til að velja þannig úr markhópnum að sem bestur árangur náist. Aðferð sem Ásgeir Theodórs og Tryggvi Björn Stefánsson leggja til er að einbeita sér að þeim árgöngum sem koma yngstir inn í markhópinn en skipta okkur ekki af þeim sem þegar hafa náð 55 ára aldri. Á 20 árum verði allir komnir inn í þetta kerfi og þá munum við sjá fullan árangur. Hver nýr 55 ára árgangur telur um 5000 manns inn í markhópinn og ef um 70% skila sér í speglun er raunhæft að ná þeim. Þessi aðferð á sér hins vegar ekki fordæmi og því ekki hægt að skoða árangur af henni hjá öðrum. Aðferðin sem ég hef talað fyrir er að beita FIT-prófi til að velja einstaklinga sem eru líklegastir til að hafa þörf fyrir ristilspeglun og ná þannig mun

fyrir til alls markhópsins. Þannig munum við sjá árangur fyrir og tökum einnig tillit til þeirra sem þegar hafa náð 55 ára aldri. Mælt er með þessari leið í viðmiðunarreglum Evrópusambandsins og þetta er leiðin sem ríki í Evrópu hafa valið vegna takmarkaðrar speglunargetu. Með FIT-prófi eru 8% kölluð inn til speglunar sem yrðu þá um 7000 manns ef allur markhópurinn fengi FIT-próf í byrjun (70% þátttaka í FIT) og allir með blóð í hægðum skili sér í speglun. Miðað við afkastagetu okkar (um 3000 speglanir á ári) er raunhæft að komast á þennan hátt yfir allan markhópinn á tveimur til þremur árum. Tilmæli landlæknis er reyndar að fara varlegar af stað eða hefja FIT-skimun í aldurshópnum 60-69 ára (n=33.077 árið 2016). Miðað við 70% þátttöku í FIT-prófinu þurfa 1850 ristilspeglun sem við ættum auðveldlega að komast yfir. Af þeim gætu um 100 manns verið með ristilkrabbamein. Til skamms tíma verður þessi aukning sýnileg en þar sem um er að ræða krabbameinstilfelli mun þeim verða sinnt með forgangi. Á sama tíma má gera ráð fyrir að biðtími eftir aðgerðum vegna góðkynja sjúkdóma aukist tímabundið.

Að mínu mati er mikilvægt að nýta reynslu annarra og fara ekki ótroðnar slóðir. Einnig er mikilvægt að hefja skipulega skimun sem fyrst og nauðsynlegt er að halda vel utan um skráningu á öllum stigum leitarinnar og tryggja gæðaviðmið í speglunum. Að lokum er forsenda fyrir árangri að nægilegt þátttökhlutfall náist í markhópnum.

## Heimildir

1. Segnan N, Patnick J, von Karsa L, European Commission. European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis. 1st ed. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2010.
2. Guðlaugsdóttir S. Greinargerð Krabbameinsfélags Íslands frá 2015. Ristilkrabbameinsleit. velferdarraduneyti.is/media/skyrslur/2016/Ristilkrabbameinsleit.pdf – febrúar 2017.
3. Grobbee EJ, Vlugt M, Vuuren A, Stroobants AK, Mallant-Hent R, Lansdorp-Vogelaar I, et al. 176 Comparison of Colonoscopy, Sigmoidoscopy and Multiple Rounds of FIT-Based Colorectal Cancer Screening: Long-Term Follow-Up. *Gastroenterol* 2016; 150: S45.
4. Reumkens A, Rondagh EJ, Bakker CM, Winkens B, Masclée AA, Sanduleanu S. Post-Colonoscopy Complications: A Systematic Review, Time Trends, and Meta-Analysis of Population-Based Studies. *Am J Gastroenterol* 2016; 111: 1092-101.
5. Colorectal Cancer Facts & Figures 2014-2016: American Cancer Society: [cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2014-2016.pdf](http://cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/colorectal-cancer-facts-and-figures/colorectal-cancer-facts-and-figures-2014-2016.pdf) – febrúar 2017.