
Tarmkreftscreening, eller ikke?

KRONIKK

LISE M. HELSINGEN

l.m.helsingen@medisin.uio.no

Lise M. Helsingen er lege og doktorgradskandidat i gruppen Klinisk effektforskning ved Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

PER OLAV VANDVIK

Per Olav Vandvik er lege og professor ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo. Han leder også MAGIC, en ideell stiftelse som blant annet er ansvarlig for prosjektet BMJ Rapid Recommendations. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

HENRIETTE C. JODAL

Henriette C. Jodal er lege og doktorgradskandidat i gruppen Klinisk effektforskning ved Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SILJE BJERKELUND MURPHY

Silje Bjerkelund Murphy er sykepleier ved Diakonhjemmet sykehus i Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANJA FOG HEEN

Anja Fog Heen er lege og doktorgradskandidat ved Sykehuset Innlandet, Gjøvik, og Universitetet i Oslo. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

METTE KALAGER

Mette Kalager er lege og professor i gruppen Klinisk effektforskning ved Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MICHAEL BRETTHAUER

Michael Bretthauer er gastroenterolog og professor i gruppen Klinisk effektforskning ved Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter:

Veileder for førsteforfatter. Har mottatt støtte fra Helse Sør-Øst regionalt nettverk for klinisk effektforskning innen gastroenterologi. Han er president i Frontier Science Foundation, en Boston-basert stiftelse for kliniske studier. Stiftelsen jobber med mange partnere om dataforvaltning, biostatistikk og IT-støtte for kliniske studier innen mange områder av medisin. Noen studier er innenfor onkologi, forebygging, screening og overvåkning. Frontier Science Foundation har ikke vært involvert i det aktuelle prosjektet.

Et nasjonalt screeningprogram for tarmkreft står på trappene i Norge. Vi har publisert en ny retningslinje for tarmkreftscreening basert på fordeler og ulemper ved de vanligste screeningmetodene, og knyttet til individuell kreftrisiko og verdier og preferanser. Det er rimelig både å takke ja og å takke nei til screening for tykktarmskreft.

Regjeringen har bestemt at det skal innføres nasjonal screening for tarmkreft i Norge. De regionale helseforetakene har fått ansvar for å planlegge og innføre programmet. På sikt skal screening tilbys alle 55-åringer [\(1, 2\)](#). De vanligste metodene for tarmkreftscreening er testing for okkult blod i avføring, sigmoidoskopi eller koloskopi. Avføringstester har tidligere blitt gjennomført med guaiac-farging (gFOBT), men i de senere år er immunokjemisk test (FIT) mest brukt. Randomiserte studier har vist at screening med én enkelt sigmoidoskopi reduserer forekomst og død av tarmkreft, mens screening med gjentagende avføringstest (gFOBT årlig eller annethvert år) reduserer tarmkreftdød, uten å ha særlig effekt på kreftforekomst [\(3\)](#). For de nyere screeningmetodene immunokjemisk test og koloskopi finnes det foreløpig ikke resultater fra randomiserte studier.

I den nye retningslinjen sammenligner vi fordeler og ulemper for immunokjemisk test årlig, immunokjemisk test annethvert år, sigmoidoskopi og koloskopi, basert på mikrosimuleringsmodellering [\(4, \)](#). Anbefalingene er

for friske personer mellom 50 og 79 år basert på den enkeltes absolutte risiko for å utvikle tarmkreft over 15 år.

«Retningslinjen er den første for tarmkreftscreening som vektlegger individuell kreftrisiko og konsekvent bruker absolutte tall for fordeler og ulemper»

Retningslinjen er en del av prosjektet «BMJ Rapid Recommendations», ledet av den norske stiftelsen MAGIC i partnerskap med British Medical Journal (BMJ), og er i tråd med standarder for troverdige faglige retningslinjer og GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) (6). Retningslinjen er den første for tarmkreftscreening som vektlegger individuell kreftrisiko og konsekvent bruker absolutte tall for fordeler og ulemper. Retningslinjen vektlegger befolkningens antatte verdier og preferanser for de ulike screeningmetodene.

Fordeler og ulemper av screening

Estimater for absolutte fordeler og ulemper for personer mellom 50 og 79, per 1 000 screenede personer, kommer fra mikrosimulering (4). Slik modellering muliggjør sammenlikning av potensielle effekter på tvers av screeningmetoder, men tiltroen til estimatene er lav på grunn av antakelsene som er nødvendige for analysene. Alle estimater er gitt for 15 års oppfølging, forutsatt 100 % oppmøte til screening og eventuelle oppfølgingskoloskopier.

For en gjennomsnittlig norsk mann på 55 år er 15-års risiko for å få tarmkreft rundt 3 %, og for å dø av tarmkreft rundt 1 % uten screening (7). Om han screenes med immunokjemisk test (årlig eller annethvert år), eller én enkelt sigmoidoskopi eller koloskopi, kan risikoen for tarmkreftdød reduseres fra rundt 1 % til rundt 0,5 % (fem til seks færre tilfeller per 1 000) (4, 5). FIT-screening har liten effekt på forekomst av tarmkreft, men om han velger sigmoidoskopi- eller koloskopiscreening kan risikoen reduseres fra rundt 3 % til 2 % (åtte til ti færre per 1 000). Kvinner har lavere risiko for tarmkreft enn menn. For en gjennomsnittlig norsk kvinne på 55 år er 15-års risiko for å få tarmkreft rundt 2 %, og 0,5 % for å dø av tarmkreft (7). På grunn av lavere sykdomsrisiko, er den absolutte gevinsten av screening mindre for kvinner.

Screening med immunokjemisk test eller sigmoidoskopi vil føre til at 240 til 350 har minst én positiv screeningstest som krever oppfølging med koloskopi, og for alle screeningmetodene vil rundt 100 personer trenge ytterligere oppfølgingskoloskopi (4, 5).

Av 1 000 personer som screenes vil tre til fem personer trenge vurdering på sykehus på grunn av potensielt alvorlige komplikasjoner som f.eks. blødning eller perforasjon av tarmen (5).

Anbefalingene

Retningslinjepanelet vurderte ulempene med screening, og deretter hvor stor absolutt reduksjon i død eller forekomst av tarmkreft som er nødvendig for at majoriteten av befolkningen vil ønske screening. En systematisk litteraturgjennomgang av studier om verdier og preferanser ga ingen svar på hvor en slik terskel ligger (5). Panelet ble etter en grundig prosess (beskrevet i detalj på bmj.com) enige om at majoriteten av befolkningen ville ønske screening med immunokjemisk test dersom reduksjonen i død eller forekomst av kreft var 5 eller flere per 1 000 screenede personer i en 15-års periode, og med sigmoidoskopi eller koloskopi dersom reduksjonen var 10 eller flere. Basert på disse tersklene formulerte retningslinjepanelet følgende anbefalinger:

- Dersom risikoen for tarmkreft eller død av tarmkreft er mindre enn 3 %, foreslår panelet ingen screening.
- Dersom risikoen for tarmkreft eller død av tarmkreft er 3 % eller høyere, foreslår panelet screening med enten immunokjemisk test (årlig eller annethvert år), eller med én sigmoidoskopi eller én koloskopi.

Individuell risiko for å utvikle tarmkreft kan beregnes ved hjelp av en risikokalkulator som er fritt tilgjengelig (8).

Panelet konkluderte med at det er stor variasjon i ønsket om screening og eventuelt hvilken screeningmetode. Alle anbefalingene er formulert som forslag, og er svake anbefalinger i henhold til GRADE (9). Det betyr at uavhengig av risikoen for å utvikle tarmkreft, mener panelet at det er gode grunner både for å takke ja og for å takke nei til screening. Valget bør være opp til den enkelte, gjerne i samråd med fastlege eller annet kvalifisert helsepersonell. Retningslinjen gir tilgang til samvalgsverktøy som kan benyttes i samtaler med personer som vurderer screening (5, 10).

Panelet valgte å ikke prioritere mellom de ulike screeningmetodene fordi estimatene for reduksjon i tarmkreftdød er nokså like.

Det norske programmet

De første invitasjonene til det norske screeningprogrammet skal sendes ut i løpet av 2020, med en gradvis implementering i hele landet (1, 2). Standard screeningmetode når programmet starter er immunokjemisk test. Implementeringsplanen forventes å bli ferdig i løpet av høsten 2019 (Øyvind Holme, Kreftregisteret, personlig meddelelse).

«Vi har nå en sjelden mulighet til å få bedre kunnskap samtidig som befolkningen tilbys de til enhver tid beste testene for tarmkreftscreening»

Det er fortsatt mange ubesvarte spørsmål når det gjelder tarmkreftscreening. Vi har nå en sjelden mulighet til å få bedre kunnskap samtidig som befolkningen tilbys de til enhver tid beste testene for tarmkreftscreening. Det fordrer at programmet innføres som en kontinuerlig systematisk og randomisert utprøving av hva som er den beste testen (10, 11). Balansen mellom fordeler og ulemper ved tarmkreftscreening er usikker, og vil vektes ulikt av ulike personer (12). Det bør derfor legges opp til at alle kan ta et informert valg. Selv etter et informert valg, vil mange takke nei til screening. Derfor bør ikke oppmøteprosenten, dvs. andelen av befolkningen som møter til screening, brukes som en kvalitetsindikator for programmet.

LITTERATUR

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdragsdokument 2018, Helse Sør-Øst RHF.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2018-helse-sor-ost-rhf.pdf> Lest 2.7.2019.
2. Helsedirektoratet. Nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft – status og anbefalinger. Rapport oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet 30.6.2017.
<https://helsedirektoratet.no/Documents/Rapport%20om%20et%20Nasjonalt%20screeningprogram%20mot%20tarmkreft.pdf> Lest 30.4.2019.
3. Jodal HC, Helsing LM, Anderson JC et al. Colorectal Cancer Screening with Faecal Testing, Sigmoidoscopy or Colonoscopy: a systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open* 2019; 9: e032773.
4. Buskermolen M, Cenin DR, Helsing LM et al. Colorectal cancer screening with faecal immunochemical testing, sigmoidoscopy or colonoscopy: a microsimulation modelling study. *BMJ* 2019; 367: l5383.
5. Helsing LM, Vandvik PO, Jodal HC et al. Colorectal cancer screening with faecal immunochemical testing, sigmoidoscopy or colonoscopy: a clinical practice guideline. *BMJ* 2019; 367: l5515.
6. Siemieniuk RA, Agoritsas T, Macdonald H et al. Introduction to BMJ Rapid Recommendations. *BMJ* 2016; 354: i5191. [PubMed][CrossRef]
7. Danckert B, Ferlay J, Engholm G et al. NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 8.2. <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/english/frame.asp> Lest 26.3.2019.
8. ClinRisk Ltd. QCancer® (10yr, colorectal) risk calculator.
<https://qcancer.org/15yr/colorectal/index.php> Lest 19.4.2019.
9. GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008; 336: 924–6. [PubMed][CrossRef]

10. Agoritsas T, Heen AF, Brandt L et al. Decision aids that really promote shared decision making: the pace quickens. *BMJ* 2015; 350: g7624. [PubMed][CrossRef]
11. Kalager M, Stoltenberg C. Screening for den enkelte og kunnskap for alle. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 858. [PubMed][CrossRef]
12. Kalager M. Helse uten kunnskap? *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138. doi: 10.4045/tidsskr.17.1058. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 3. oktober 2019. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0323
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.