

# Alltför pessimistiskt om screening och uppföljning vid kolorektal cancer

Ekelund och Janzon är enligt min mening alldeles för pessimistiska när de ifrågasätter screening för kolorektal cancer och uppföljning av patienter med kolorektal cancer. Ingen annan metod är lika väl dokumenterad, och en dialog pågår med Socialstyrelsen och Landstingsförbundet om vi skall införa screening för kolorektal cancer i vårt land. En vetenskaplig utvärdering av effekterna planeras också.

LARS PÅHLMAN

professor, kirurgiska kliniken, kolorektalsektionen, Akademiska Sjukhuset, Uppsala  
lars.pahlman@surgsci.uu.se

■ Det är med blandade känslor som man läser artikeln av Göran Ekelund och Lars Janzon i veckans nummer av Läkartidningen (sidorna 2922-6).

Vi som har varit med i koloncancerutvecklingen de senaste 25 åren vet vilka enorma framsteg vi nått vad gäller kirurgisk teknik, strålbehandling och cytostatika. Varje liten pusselbit har höjt den relativa överlevnaden vid kolorektal cancer från ca 40 procent på 1960-talet till nästan 60 procent på sent 1990-tal.

Under denna utvecklingsperiod har det alltid funnits folk som opponerat sig mot introduktion av nya tekniker. Bland kirurger höjdes i början av 1980-talet röster om hur förkastligt det var att lägga till strålbehandling och cytostatika till (den kirurgiska) behandlingen av kolorektalcancerpatienter. Trots dessa kirurgers pessimistiska inställning har vi lyckats implementera den goda kirurgin tillsammans med strålbehandling och cytostatika, och idag är överlevnadsresultaten för rektalcancerpatienter bättre än för koloncancerpatienter. Detta är Sverige ensamt om i världen att kunna uppvisa. På samma pessimistiska sätt vill nu Ekelund och Janzon ifrågasätta screening för kolorektal cancer och uppföljning av patienter med kolorektal cancer.

## Koloncancerscreening väl dokumenterad

Man skall då veta att det inte finns någon screeningmetod mot någon tumörsjukdom som är så väl dokumenterad som koloncancerscreening. Det är korrekt, som Ekelund och Janzon skriver, att vinsterna är relativt små, men det blir ändå stora tal eftersom kolorektal cancer är så pass vanlig – den näst vanligaste tumörsjukdomen bland såväl män som kvinnor! Kan vi reducera mortaliteten i

kolorektal cancer med i storleksordningen 300–400 individer per år är det en enorm vinst, t ex dubbelt så mycket som alla nyupptäckta barncancer i vårt land!

## Dialog pågår

Naturligtvis kostar detta pengar och självklart måste våra beslutsfattare vara med och bestämma. Vi har därför en intensiv dialog med såväl Socialstyrelsen som Landstingsförbundet om vi över huvud taget skall implementera screening för kolorektal cancer och på vilket sätt. Jag håller helt med om att vi skall försöka utvärdera detta på ett vetenskapligt sätt, och det finns ett förslag till en mer vetenskaplig utvärdering där vi också i efterhand kan ta reda på om detta verkligen har givit den överlevnadsvinst som vi tror är fallet.

## Postoperativ uppföljning

Beträffande den postoperativa uppföljningen finns idag inga riktiga rekommendationer i Sverige. Det som gör att man vill förbättra uppföljningen är den explosionsartade utvecklingen av cytostatikabehandling och modern metastaskirurgi, inte bara på lever utan även lunga samt i buken. Mycket talar för att vi med en mer intensiv uppföljning kommer att hitta generaliserad cancer i ett behandlingsbart tillstånd. Också detta är nu föremål för stora diskussioner i Sverige, och återigen måste vi på ett vetenskapligt sätt ta reda på om det är värt att göra detta.

Intressant är att det i Sverige idag drivs en uppföljning som är mer intensiv än vad många vårdprogram anger. Förklaringen är att många kirurger tycker att man skall följa patienterna mer noggrant än vad som rekommenderas. En annan viktig faktor är patienterna, som själva många gånger kräver detta. Vi lever ju i en värld då patienterna har tillgång till den vetenskapliga kunskapen på ett helt annat sätt än tidigare, och i den vetenskapliga pressen höjs idag röster om värdet av att följa upp patienterna.

De studier som har gjorts, och som Ekelund och Janzon refererar till i sin artikel, har inte haft tillräckligt »aggressiv« behandlingstrategi.

## Sammanfattning

I mångt och mycket har Ekelund och Janzon rätt, men jag anser att deras artikel är alldeles för pessimistisk. All sjukvård kostar pengar och vid all utredning får »oskyldiga« människor sitta emellan. Det gäller att minimera den gruppen och utveckla ett så förfinat system som möjligt för att finna dem som verkligen bör undersökas. Det är därför vi måste bedriva vetenskap och därför måste de planerade studierna underkastas strikt vetenskaplighet och utvärderingsbarhet.

Det värsta som kan hända om inte den medicinska professionen deltar är sk vild screening. Det har vi redan noterat vad gäller screening för prostatacancer, där det idag tas PSA-prov (prostata-specifikt antigen) nästan hur som helst utan tanke på konsekvenserna. Just prostatacancerscreening är väl det »värsta« exemplet på felaktigt bedriven screening eftersom det inte finns någon som helst dokumenterad kunskap om att det är bra; likväl tas PSA på var och varannan hälsokontrollmottagning. Mot svarande gäller för blodfetter m m, där vi inte heller har någon evidensbaserad dokumentation av värdet av åtgärden.

Jämfört med detta är dokumentationen för kolorektalcancerscreening och uppföljning av kolorektal cancer betydligt bättre. Jag tycker inte att vi skall kasta ut den kunskapen med »badvattnet«.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Det finns inga personliga eller professionella omständigheter eller kommersiella relationer med företag eller organisationer som kan antas kunna påverka min syn på det aktuella ämnet.

*Ingen annan screeningmetod mot tumörsjukdom är så väl dokumenterad som koloncancerscreening.*