



av lokalrecidiv och metastaser innan patienten slutligen dör i sin cancersjukdom. Det förefaller därmed inte helt osannolikt att en uppföljning med koloskopi efter polypektomi kan vara lönsam enbart ur krass ekonomisk synvinkel, om man kan uppnå samma resultat som i NPS.

Framtidsaspekter

Majoriteten av de patienter som har följts i de amerikanska och danska studierna har remitterats för koloskopi på grund av symtom. Flera stora randomiserade studier, bl a en svensk [12], har visat att screening av asymtomatiska individer genom undersökning av ockult blod i avföringen leder till att en större andel har gynnsammare cancerform än i kontrollgruppen. Två studier har dessutom visat en minskad mortalitet [13, 14]. Dessa resultat gör att man åtminstone bör diskutera generell screening i vissa åldersgrupper, vilket skulle innebära att ökade resurser för koloskopi måste tillskapas. Det kan i detta sammanhang nämnas att screening med årlig test för blod i avföringen, och koloskopi vid positivt test, anses vara minst lika effektivt som att utföra screening-mammografi på alla kvinnor över 50 år, uttryckt som kostnad för varje levnadsår som räddas [3].

Molekylärgenetiska framsteg har gjort att man i släkter med familjär polypos genom analys av APC-genen i vita blodkroppar kan identifiera vilka i släkten som kommer att utveckla polypos. Den fortsatta utvecklingen inom detta område kommer sannolikt snart att leda till att man, bl a genom DNA-analys av epitelceller i feces [15], på liknade sätt kan identifiera individer som riskerar att drabbas av annan hereditär kolorektal tumörsjukdom och, så småningom, kanske också dem som löper risk att få sporadisk cancer. Därmed skulle undersökning med koloskopi med tiden kunna begränsas till väl definerade riskgrupper.

Litteratur

1. Cancer incidence in Sweden. Stockholm: Socialstyrelsen, 1992.
2. Muto T, Bussey HJR, Morson BC. The evolution of cancer of the colon and rectum. *Cancer* 1975; 36: 2256-70.
3. Toribara NW, Slesinger MH. Current concepts: Screening for colorectal cancer. *N Engl J Med* 1995; 332: 861-7.
4. Ransohoff DF, Lang CD. Current concepts: Screening for colorectal cancer. *N Engl J Med* 1991; 325: 37-41.
5. Styrker SJ, Wolff BG, Culp CE, Libbe S, Ilstrup DM, MacCarty RL. Natural history of

untreated colonic polyps. *Gastroenterology* 1987; 329: 1977-81.

6. Atkin WS, Morson BC, Cuzick J. Long-term risk of colorectal cancer after excision of rectosigmoid adenoma. *N Engl J Med* 1992; 326: 658-62.
7. Grossman S, Milos ML, Tedawa IS, Jewell NP. Colonoscopic screening for persons with suspected risk for colorectal cancer. II. Past history of colorectal neoplasms. *Gastroenterology* 1987; 96: 299-306.
8. Bond J. Follow-up after polypectomy: Consensus? *Eur J Cancer* 1995; 31 A: 1141-4.
9. Winawer SJ, Zauber AG, Ho MN, O'Brien MJ, Gottlieb LS, Sternberg SS et al. Prevention of colorectal cancer by colonoscopic polypectomy. *N Engl J Med* 1993; 329: 1977-81.
10. Jörgensen OD, Kronborg O, Fenger C. The Funen follow-up study. Incidence and death from colorectal carcinoma in an adenoma surveillance program. *Scand J Gastroenterol* 1993; 28: 869-74.
11. Ransohoff DF, Lang CA, Kuo HS. Colonoscopic surveillance after polypectomy: considerations of cost effectiveness. *Ann Intern Med* 1991; 114: 117-82.
12. Kewenter J, Brevinge H, Engarås B, Haglund E, Åhrén C. Results of screening, re-screening, and follow-up in a prospective randomized study for detection of colorectal cancer by fecal occult blood testing. *Scand J Gastroenterol* 1994; 29: 468-73.
13. Mandel JS, Bond JH, Church TR, Snover DC, Bradley GM, Schyman LH et al. Reducing mortality from colorectal cancer by screening for fecal occult blood. *N Engl J Med* 1993; 328: 1365-71.
14. Selby JV, Friedman GD, Quesenberry CP Jr, Weiss NS. Effect of fecal occult blood testing on mortality from colorectal cancer: a case-control study. *Ann Intern Med* 1993; 118: 1-6.
15. Blum HE. Colorectal cancer: Future population screening for early colorectal cancer. *Eur J Cancer* 1995; 31A: 1369-72.

Vad tycker USA-läkare om medhjälp till suicid?

Läkarna i den amerikanska delstaten Oregon har mycket varierande inställning till att medverka till självmord, enligt den lag som antogs i slutet av 1994 men som inte har trätt i kraft. Enligt en enkät som besvarats av 2 761 läkare i Oregon (70 procent av de tillfrågade) ansåg 60 procent att läkare i vissa fall borde få assistera vid självmord. I så fall skulle 46 procent vara redo att skriva ut dödande medel, något som 31 procent absolut skulle vägra att göra. 21 procent hade någon gång fått en begäran om att medverka till suicid, och 7 procent hade tillmötesgått önskemålet.

Läkarna hade emellertid en rad praktiska reservationer. Många trodde de skulle få svårt att avgöra vilka patienter som bara hade sex månader kvar att leva, de visste inte vilka medel de skulle skriva ut, och 83 procent var oroliga för att självmordsönskan skulle vara en följd av ekonomiska påtryckningar.

I en annan enkätstudie jämfördes attityderna hos läkare och allmänhet i delstaten Michigan. I båda grupperna svarade tre fjärdedelar (1 558 respektive 1 307 fick enkäten).

När de tillfrågade tvingades välja mellan legalisering och förbud förordade 56 procent av läkarna och 66 procent av allmänheten legalisering av läkarmedverkan till självmord, medan 37 respektive 26 procent valde förbud. När läkarna fick fler svarsalternativ var det nästan lika många som förordade »ingen lagreglering alls» som de som ville ha en lag.

Vid en legalisering skulle 35 procent av läkarna i Michigan medverka till självmord och 22 procent också vid frivillig eutanasi.

N Engl J Med 1996; 334: 303-15.

Eutanasi och suicid vid aids i Nederländerna

I Nederländerna förekommer eutanasi eller läkarmedverkan till självmord vid 2,1 procent av samtliga dödsfall, men motsvarande andel var tio gånger större (22 procent) bland 131 homosexuella män som avled före 1995 i Amsterdam. Eutanasi var vanligare ju äldre patienten var vid diagnostillfället och ju längre han levde med aids.

Enligt de läkare som gav eutanasi förkortade detta inte livet väsentligt; de ansåg att de flesta patienterna skulle ha dött en naturlig död inom en månad.

Lancet 1996; 347: 499-504.