

## Frågor och svar om koloskopi och tarmcancer | 2014-01-27

Landsting och regioner har erbjudits att delta i en nationell studie med screening för tarmcancer. Syftet med studien är att utreda om tarmcancerscreening påverkar dödligheten i tarmcancer i Sverige, samt vilken screeningmetod som i så fall är lämpligast.

Här ger Rolf Hultcrantz, professor vid KI och projektledare för studien, svar på frågor om koloskopi och tarmcancer.



**1. Hur vanligt är det med polyper?**

Polyper är vanligt. Vid en rutinkoloskopi hos en 60-70-åring hittar man polyper hos 15-20 procent.

**2. Varför vill man ta bort polyper?**

Man har genom de senaste 20 årens forskning funnit att det i polyper utvecklas farliga mutationer och omvandling till cancer. Man kan se de farliga förändringarna, så kallade dysplasier, i mikroskop. Polyperna kallas då adenomatösa polyper. Den stora majoriteten av all tarmcancer startar i en polyp.

**3. Hur vanligt är det att polyper blir cancer?**

Vi vet tyvärr inte det. Man räknar med att det tar cirka tio år för en polyp att utvecklas till cancer. Risken att utveckla tjocktarms- eller ändtarmscancer vid 60-70 års ålder är ca 1 procent. Ca 20 procent av alla har polyper, ofta flera polyper. En enkel kalkyl skulle då innebära att var 20-40:e polyp blir cancer, men någon uppföljande forskning som visar detta finns inte. Vi känner ju bara till de patienter som man hittar polyper hos, och på dem tas ju polyperna bort. Det får anses oetiskt att lämna polyper i tarmen för att studera om de utvecklas till cancer.

**4. Hur följer man patienter som man tagit bort polyper på?**

Det finns ett uppföljningsprogram för patienter man hittat polyper hos. Reglerna är ungefär lika i hela västvärlden och baseras på två saker. Det ena är att det tar tio år för att en polyp ska utvecklas till cancer, det andra är att man kan missa polyper vid en koloskopi. Med andra ord; om man hittat polyper finns det en risk att man också missat någon. Men man kan avvakta något. Beroende på vilken farlighetsgrad den hittade polypen har gör man en ny koloskopi inom ett eller tre år. Om man då inte hittar någon ny polyp gör man inga fler koloskopier.

**5. Hur stor är risken att utveckla tarmcancer om man inte har hittat polyper?**

Om man inte har polyper anses risken mycket liten att utveckla tarmcancer inom 10 år.

**6. Hur stor är risken för komplikationer om man gör en koloskopi?**

Risken för perforation vid screeningkoloskopi har befunnits vara 7/10 000 i USA och 5/10 000 i England. Risken är dubbelt så stor hos de man utför ett ingrepp på, det vill säga tar bort polyper. Om man utför 17 000 koloskopier, som är tänkt i den svenska studien, får vi räkna med ca 10-15 perforationer totalt.

**7. Vad händer med patienten vid en perforation?**

Patienten upplever smärta i buken och läggs vanligen in på sjukhus. Det vanliga är att man ger patienten antibiotika och observerar. I svårare fall måste patienten opereras och hålet i tarmen sys ihop. Perforationen kan dock sluta sig av sig själv. Dödsfall är mycket ovanligt.

**8. Kan man använda datortomografi (CT colon) vid tarmcancerscreening?**

Såväl röntgenläkare (Europeiska röntgenläkarföreningen) som magtarmläkare anser att den metoden ännu inte lämpar sig. Fördelarna är att man inte behöver föra in ett instrument i tarmen och därmed riskera obehag av detta och den lilla risken för perforation. Nackdelarna är att personerna utsätts för strålning. Det är samma krav på tarmrengöring, något som upplevs som olustigt och om man finner en polyp måste man ändå utföra en koloskopi. Med andra ord; en stor andel av screeningpersonerna måste bli undersökta ytterligare en gång, det vill säga ta ledigt från arbetet, rengöra tarmen och bege sig till en undersökning.