

Läkemedelskommittén Halland – fortbildningsmöte Gastroenterologi och anemi

Jenny Gunnarsson
Överläkare Gastroenterologi och Hepatologi
Medicinmottagningen Hallands sjukhus Kungsbacka

Varberg 2014-10-07

Läkemedelskommittén Halland – fortbildningsmöte Gastroenterologi och anemi

Misstänkt kolonpatologi – Utredning, indikationer och val av undersökningsmetod **Jenny**

Screening för colorektal cancer i Halland – Screescostudien **Jenny**

Hur utreder vi anemi? Vad kan allmänläkaren handlägga och vad behöver remitteras? **Mikael**

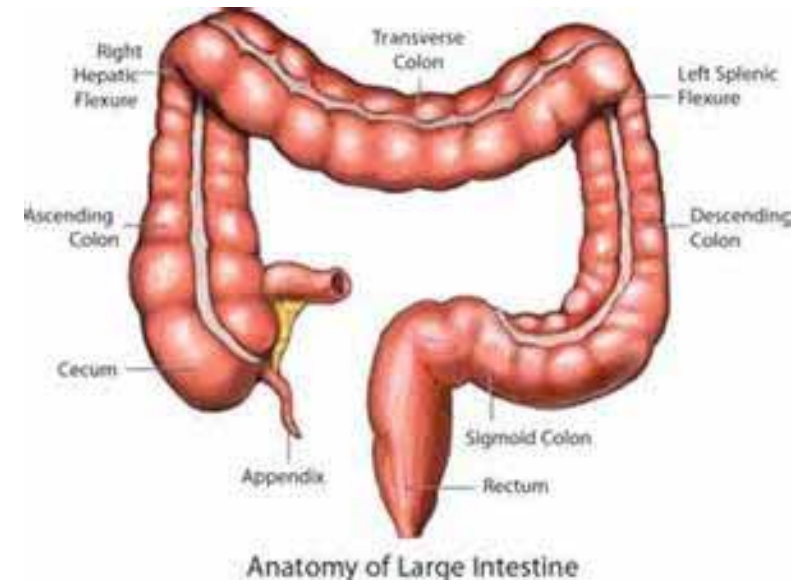
Hur vet vi om det är järnbrist? Hur skall vi utreda och behandla? **Mikael**
Jenny

Misstänkt kolonpatologi - Utredning, indikationer och val av undersökningsmetod

- Styrdokument Norra Halland (HSV, HSK) våren 2014
- Medicinkliniker/Gastroenterologi, kirurgkliniker, radiologkliniker

Allmänt

- Undersökning av tjocktarm är oavsett metod en för patienten besvärlig undersökning
 - Laxering
 - Obehag
 - Resurskrävande
 - Komplikationsrisk
-
- Av största vikt att undersökningen görs på rätt indikation och med den mest lämpliga metoden för varje enskild patient



Undersökningsmetoder

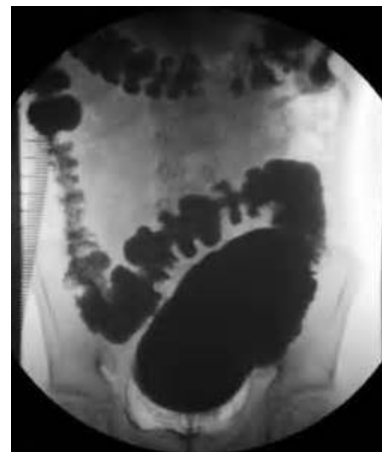
- **Koloskopi**



- **CT-kolografi**



- **Konventionell
kolonröntgen**



Koloskopi

- "Golden standard" vid utredning av riktad misstanke om kolorektal sjukdom
- Möjligheter till histopatologisk diagnos; biopsi och slyngade polyper
- Åtgärd av förändringar; exstirpation/dilatation
- Slipper strålbelastning.
- Risk för blödning och perforation, varför indikationen alltid skall uppväga ev. risker.



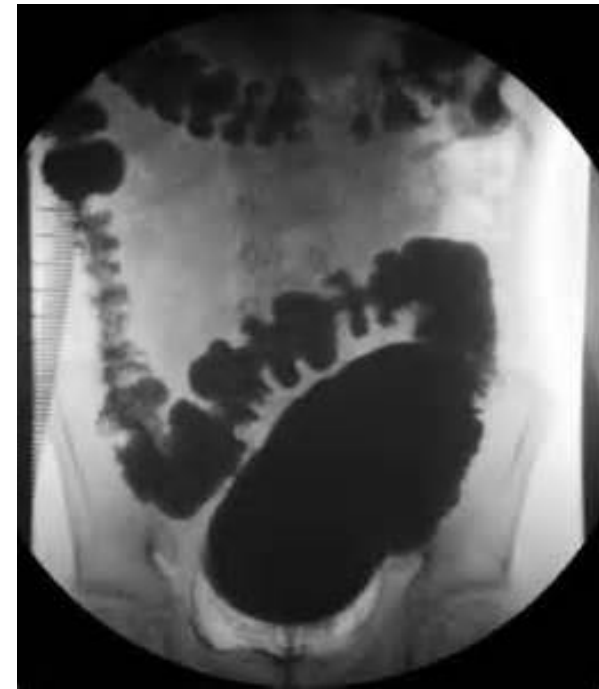
CT-kolografi

- Ofta ett möjligt alternativ till koloskopi
- Kolorektala polyper och cancer: likvärdigt med koloskopi för att utesluta/påvisa cancer och polyper >10 mm (lägre specificitet och sensitivitet för mindre polyper).
- Divertiklar minst lika bra
- Nackdelen att histologisk diagnos och intervention ej är möjlig



Konventionell kolonröntgen

- Normalt ej längre aktuell
- Undantag; t ex laxerad patient, undersökning tillgänglig



Val av metod - Indikation för koloskopi



- **Stark indikation**
- Blödningsrelaterade symtom (blod-PR, järnbristanemi med positiva F-Hb)
- Röntgenfynd som inger stark misstanke om kolorektal cancer eller polyper

Indikation för koloskopi, forts.



- **Medelstark indikation**
- Diarréutredningar, misstanke om inflammatorisk tarmsjukdom, förändrade avföringsvanor med positiva F-Hb, ärftlighet för kolorektal cancer, uppföljning av IBD, polyp eller cancer. Viktminskning kopplat till nydebuterade tarmsymtom. Uppföljning av förstagångs divertikulit där denna INTE varit föregången av CT-buk i samband med primära diagnostiken.

Koloskopi bör göras inom 2-4 veckor vid stark indikation och inom 8 veckor vid medelstark indikation.

Indikation för koloskopi, forts.

- **Ingen indikation**
- Obstipation
- Buksmärtor utan tarmsymtom
- IBS utan alarmsymtom





- **Indikationer för CT-kolografi**
- Vid inkomplett koloskopi eller om patienten bedöms olämplig för koloskopi
- Uppföljning av förstagångsdivertikulit ej föregången av CT-buk i samband med primära diagnostiken



- **Ingen indikation för CT-kolografi**
- Kontraindicerat vid aktiv inflammation i kolon eller omedelbart postoperativt. Olämpligt vid misstanke om inflammatorisk tarmsjukdom, vid diarréutredning, familjär polypos.
- CT-kolografi är (liksom CT i allmänhet) något som bör undvikas hos yngre patienter om utredningsalternativ finns att tillgå.

CT-kolografi skall tidsmässigt prioriteras utifrån anamnes och frågeställning men bör även i oprioriterade fall utföras inom 8 veckor



SCREESCO

(Screening of Swedish Colons)



Koloncancer

- Den vanligaste cancerformen för både män och kvinnor
- ca 6000 per år i Sverige
- Ca 50% 5-års överlevnad.
- Prognosen beror helt på när canceren upptäcks

10% 5-årsmortalitet vid tidig upptäckt

90% 5-årsmortalitet vid metastaser

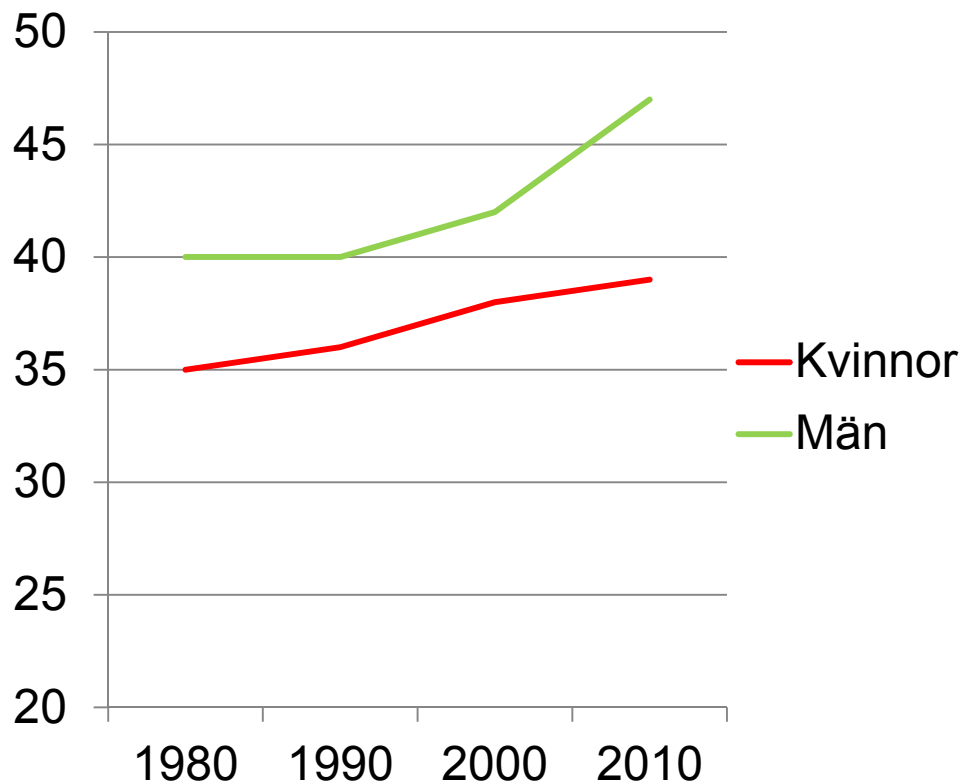
Vi bör således hitta coloncancer tidigt!

Screening av sjukdom

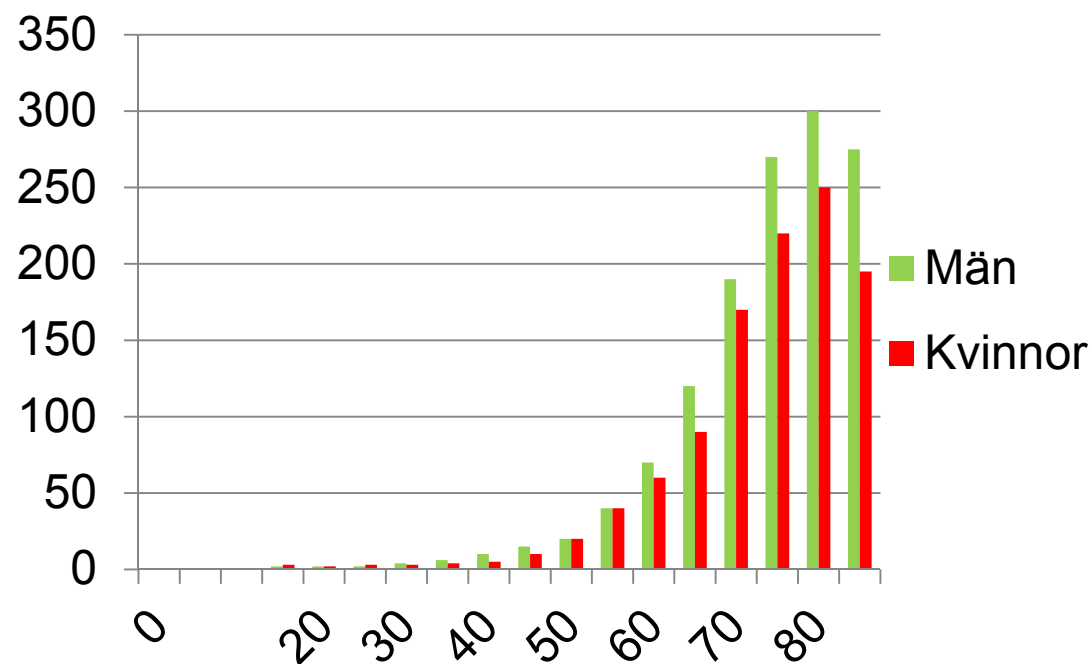
1. Det skall vara en vanlig sjukdom
2. Sjukdomen skall kunna hittas relativt enkelt
3. Det skall finnas en bra behandlingsmetod
4. Man skall kunna förbättra överlevnaden
5. Det skall vara ekonomiskt försvarbart

Koloncancer i Sverige

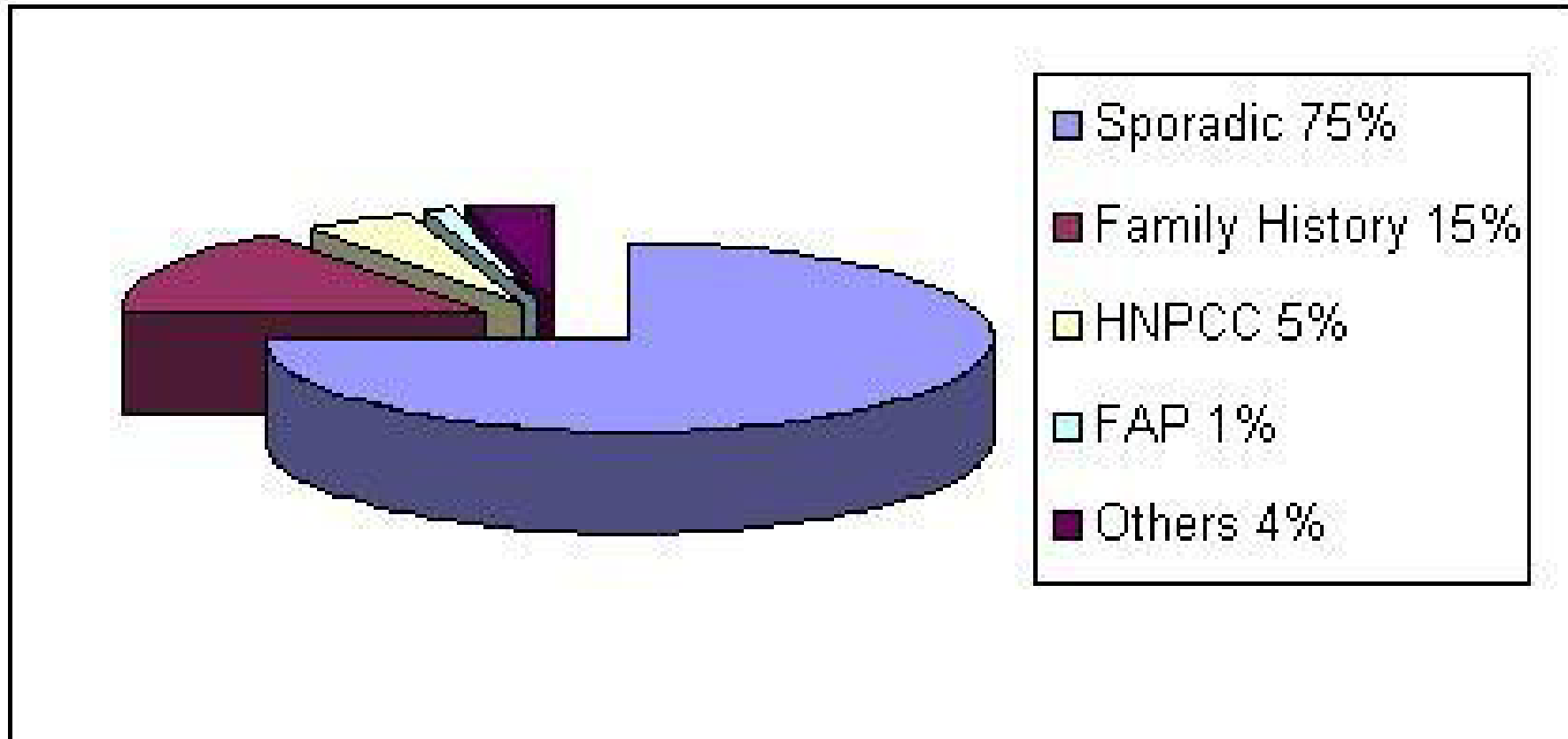
Fall per 100 000 invånare



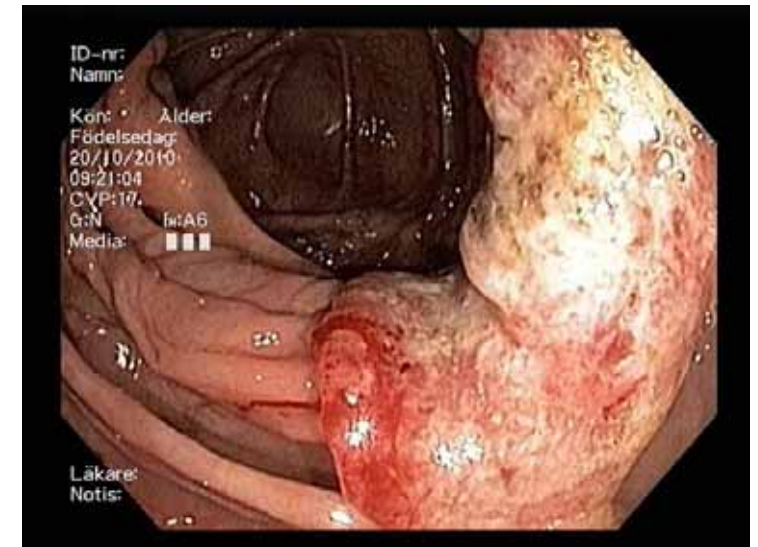
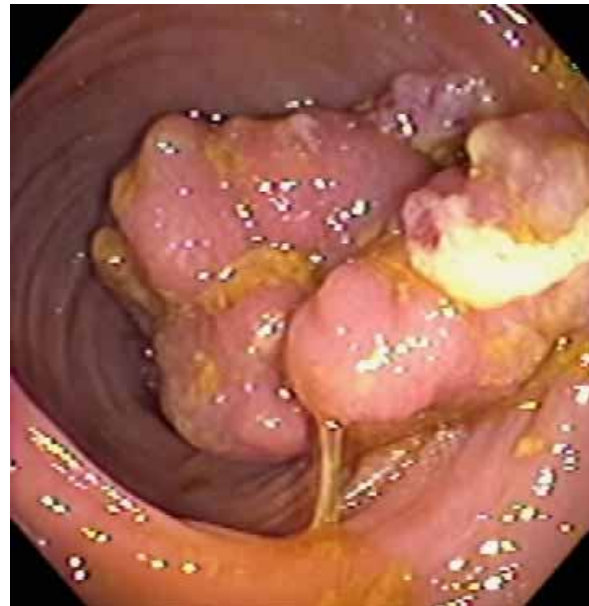
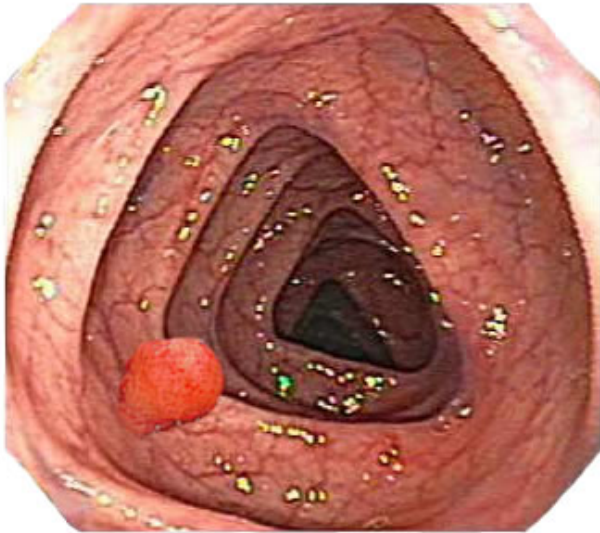
Ålder vid insjuknande, fall per 100 000 invånare 2013



Genetik och kolorektal cancer

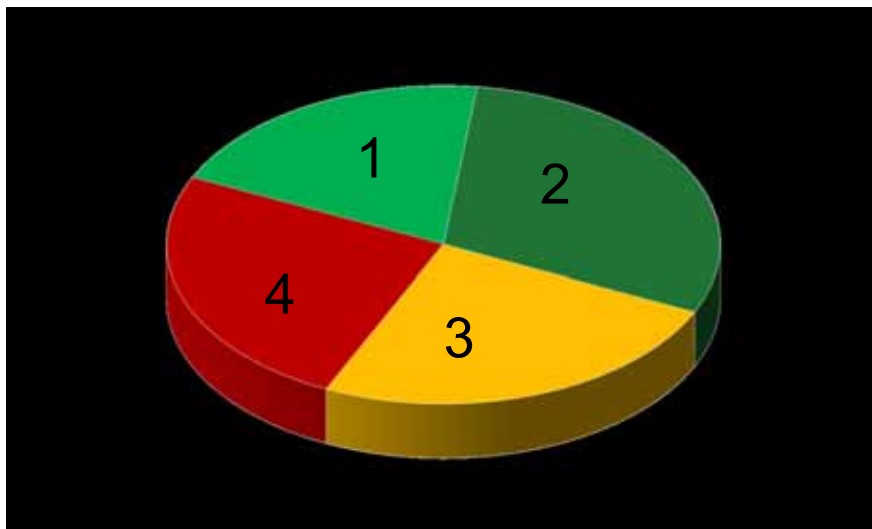


Polyper är ofta förstadier



Prognos

Stadiefördelning: ca 25 %
(något mindre stadie 1)

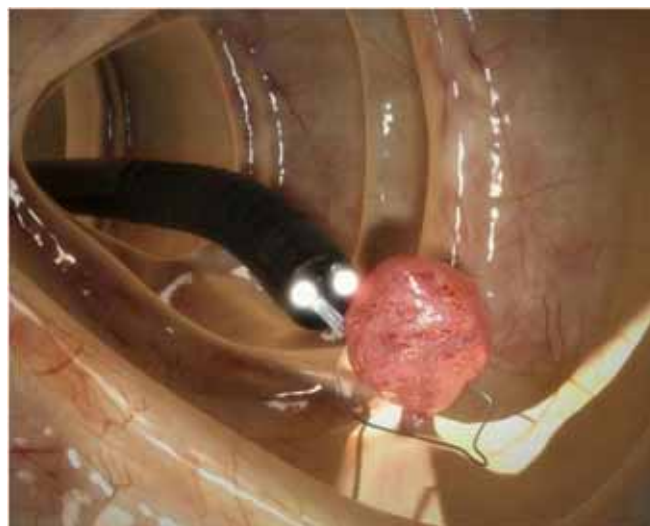
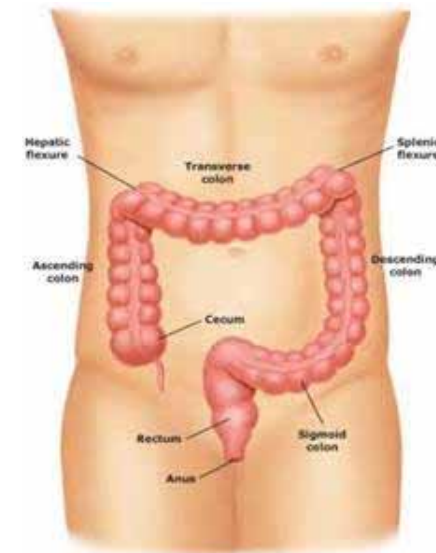


5-årsöverlevnad

- Stadie 1 – Endast op; >90%
- Stadie 2 – Op +/- cyto; 60-80%
- Stadie 3 – Op + cyto; 40-70%
- Stadie 4 – Op + cyto; <10%

Metoder för kolorektalcancerscreening

- F-Hb eller FIT
- Sigmoidoskopi
- Coloskopi



Tidigare studier F-Hb (guaiac)

- Minnesota 33% minskad dödlighet i CRC
- Nottingham 14% minskad dödlighet i CRC
- Fyn 16% minskad dödlighet i CRC
- Göteborg 16% minskad dödlighet i CRC
- Metaanalys visar mortalitetsreduktion med 16%. Evidensgrad 1

- Immunologisk F-Hb? Ökad sensitivitet vilket medför fler coloskopier. Studier saknas



Sigmoideoskopi

Atkin W et al Lancet 2010

- RCT
- 40 674 personer genomgick sigmoideoskopi
- 11 års uppföljning
- CRC reducerat med 33%, mortalitet i CRC med 43% (distal CRC reducerad med 50 %)

Shoen et al PLCO N Engl J Med 2012

- RCT
- 64 667 personer genomgick sigmoideoskopi vid baseline (41 820 personer år 0, 3 och 5)
- 12 års uppföljning
- CRC reducerat med 21%, mortalitet i CRC med 26%

Screesco



- Nationell randomiserad studie för tarmcancerscreening med olika metoder inklusive ej screenad kontrollgrupp.
- Uppföljning av patientupplevelse för de som genomgår screening samt hälsoekonomisk del.

Studiedesign



1. Koloskopi en gång
 2. Immunologisk F-Hb, högsensitiv (10%) år 1 och år 3.
 3. Kontrollarm
- 15 år krävs för att få svar, interim-endpoints tidigare
 - Randomisering 1:3:6; Arm 1: 20 000, arm 2: 60 000, arm 3:120 000
 - Inklusion under tre år, studien kommer ta fem år. Femton år uppföljning avseende mortalitet och incidens.

Inklusionskriterier:

- Bosatt i Sverige och 59 – 62 år

Exklusionskriterier:

- Kolektomi
- Nuvarande eller tidigare tarmcancer
- Hjärtsjukdom som krävt inläggning på sjukhus de senaste tre månaderna
- Skopistens bedömning att koloskopi ej skall genomföras

1. Direktkoloskopi

- Information/inbjudan om studien till patienten. Samtidigt fil med ID till endoskopienheten
- Endoskopienheten kallar inom 8 v med försättsblad från SCREESCO
- Personen ombeds ringa för att tiden skall gälla + få laxering (hälsoformulär per telefon)
- 1 påminnelse från endoskopin (fått laxering)
- 1 påminnelse från systemet – ingen kontakt

Koloskopi → Fynd → In i respektive vårdprogram → Studien avslutad

→ Inget fynd → Studien avslutad

2. FIT

- Information/inbjudan om studien till patienten, 2 FIT-rör och svarskuvert.
(Påminnelse från systemet om FIT ej inkommer.)

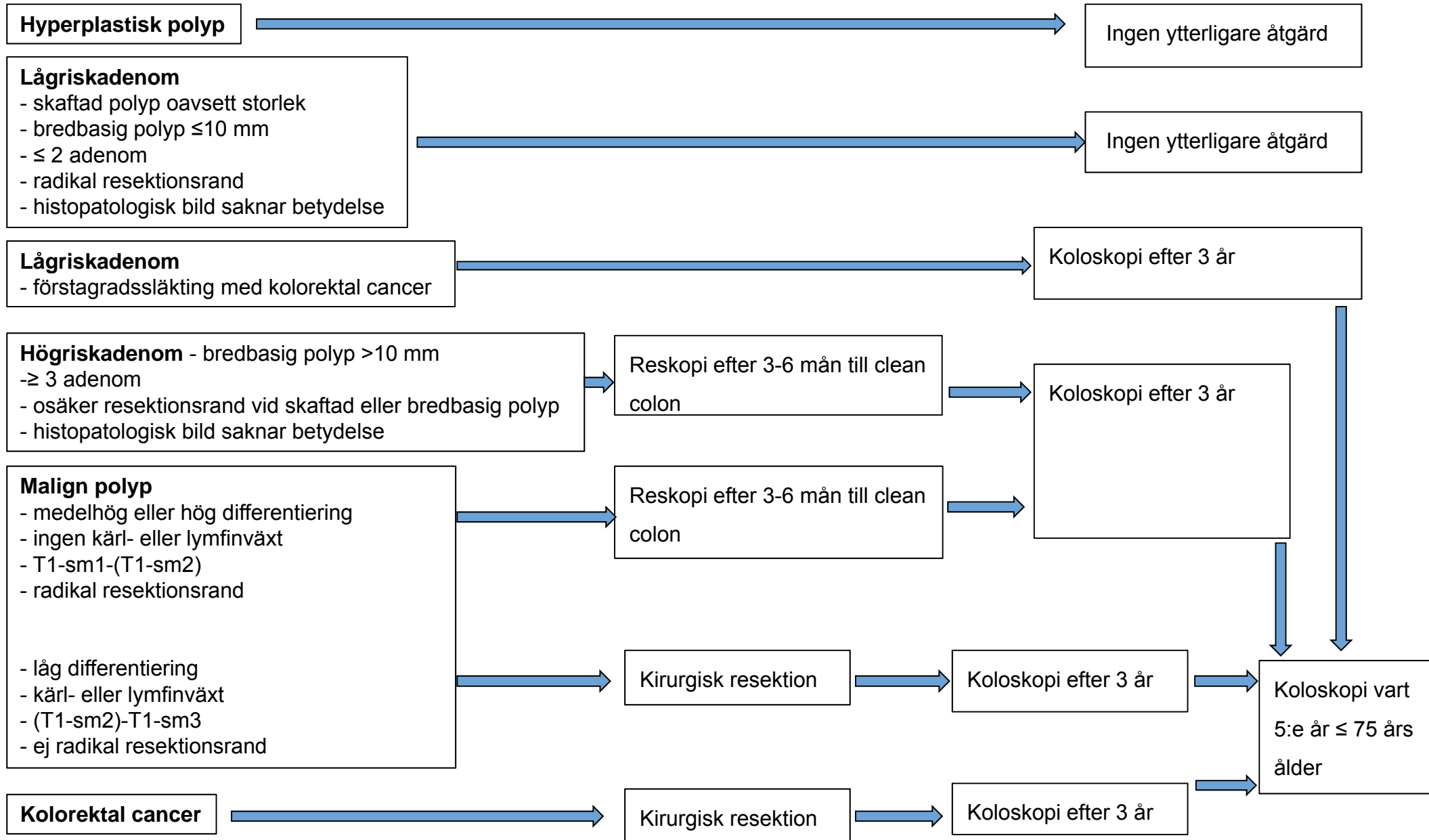
Negativt → Nytt FIT om 2 år

Positivt →

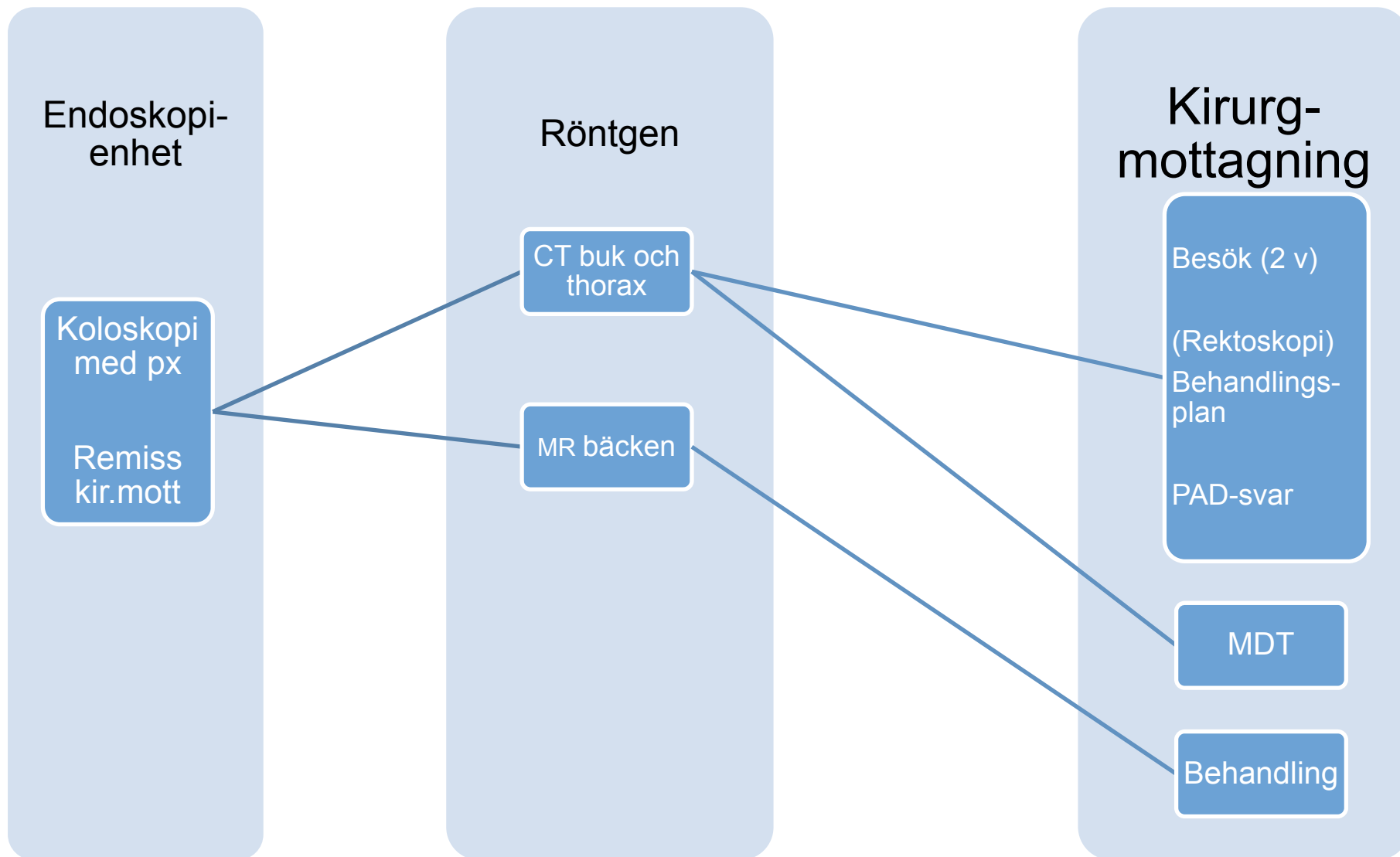
- Fil med ID till endoskopienheten som kallar inom 4 v med försättsblad från SCREESCO
- Personen ombeds ringa för att tiden skall gälla + få laxering (hälsoformulär per telefon). (Påminnelse från endoskopin)

Koloskopi utan fynd → nytt FIT om 2 år

Kontroll efter polypektomi



Vårdkedja colorektalcancer



Screeningcentra i Halland

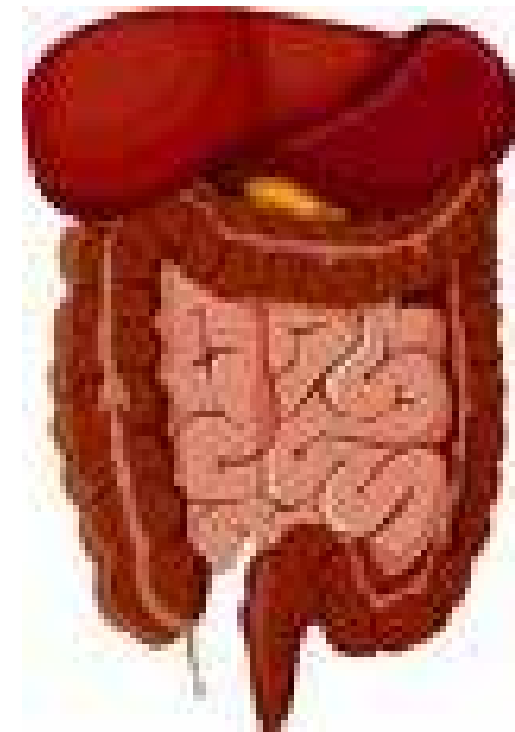
- Hallands sjukhus Varberg
- Hallands sjukhus Halmstad





Järnbristanemi - utredning

- Gastroskopi
- Koloskopi
- Kapselenteroskopi
- MR-tunntarm
- Dubbelballongenteroskopi
- Järnbelastning

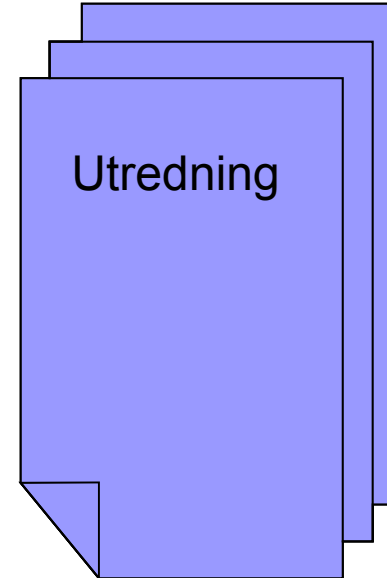


(Blödningsscint, angiografi)

Järnbristanemi - utredning

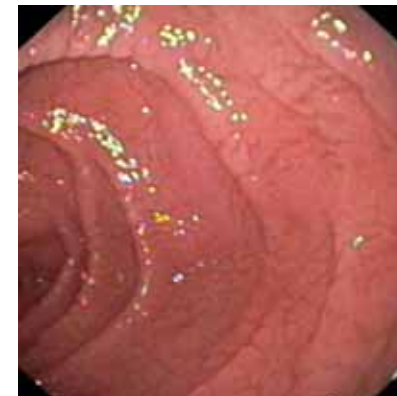
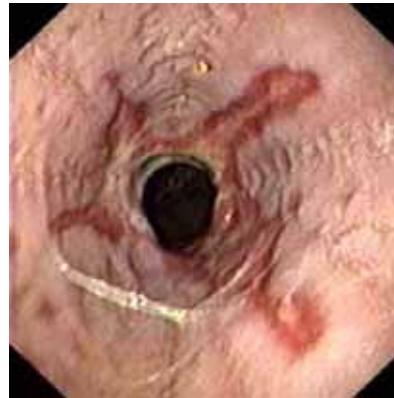
- **Anamnes!**
 - **Mag-tarmsymtom**
 - **Op – GBP**
 - **Hereditet**
 - **Tidigare brist/utredning**
 - **Mm**

- **Andra fynd?**
 - **B 12 , Folat**
 - **F-Hb**
 - **Mm**



Järnbristanemi - utredning

- Gastroskopi – OBS: med px!
 - Ulcus
 - Malignitet
 - Esofagit
 - Gastrit/duodenit
 - Atrofisk gastrit
 - Celiaki
 - Angiodysplasi



Järnbristanemi - utredning

- Koloskopi
- Malignitet
- IBD
- Angiodysplasier
- (Hemorojder)



Järnbristanemi - utredning

- Kapselenteroskopi
- Mucosal Crohn
- NSAID-sår
- Polyper
- Malignitet
- Angiodysplasier



Järnbristanemi - utredning

- MR-tunntarm
- Crohn
- Malignitet
- Tbc



Järnbristanemi - utredning

- Dubbelballongenteroskopi
- Biopsi och åtgärd av fynd i tunntarmen
 - Polyper
 - Angiodysplasier
 - Misstänkta maligniteter



Järnbristanemi - utredning

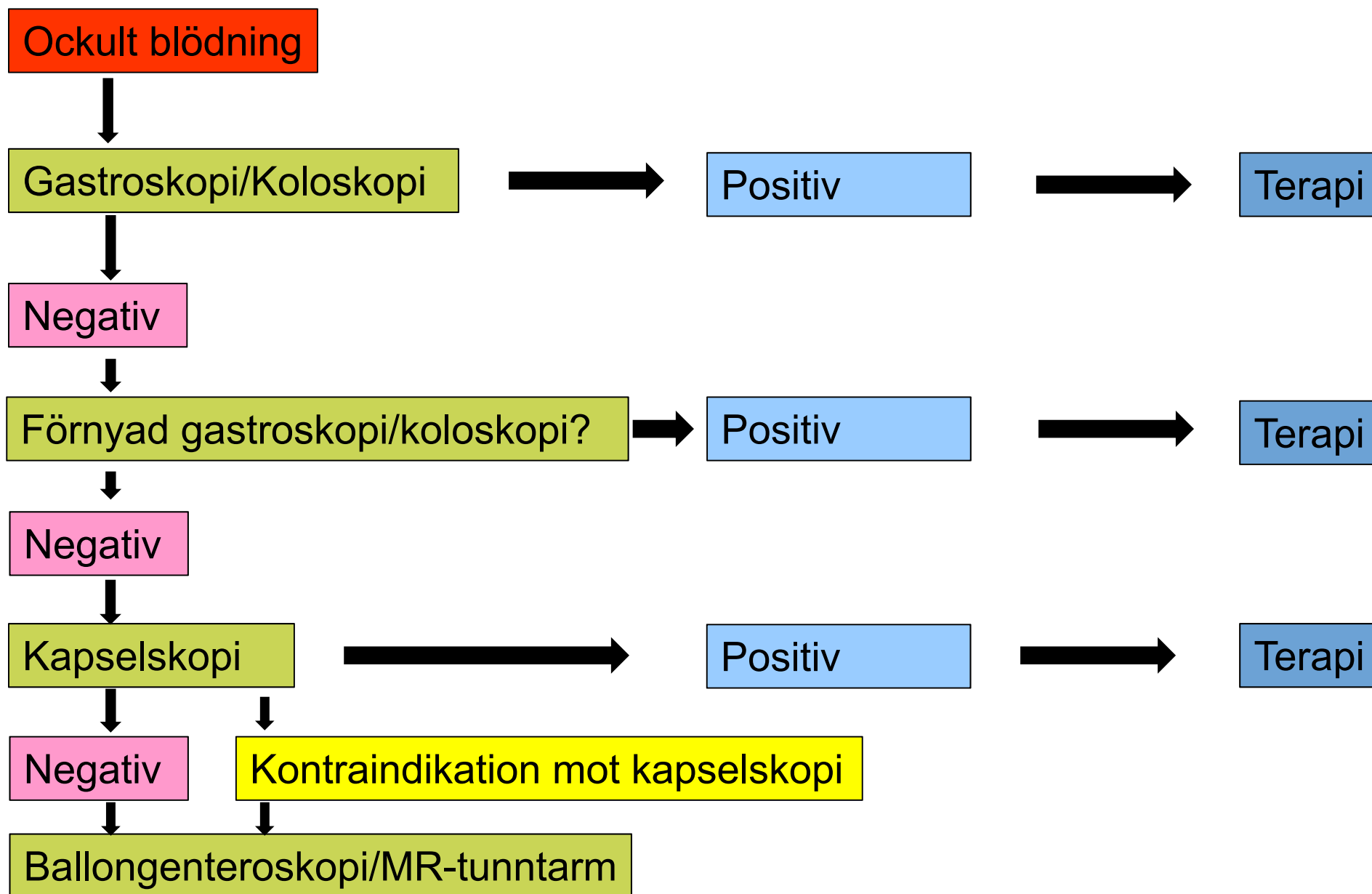
- Järnbelastning
 - Försämrat järnupptag, t ex systemisk skleros?

- Mät S-järn fastande
- Tabl Duroferon 100 mg 1 st
- Mät S-järn 1 och 2 tim senare

→ $<15 \mu\text{mol/l}$ stegring = minskat järnupptag



Utredning av ockult blödning



Järnbristanemi - utredning

- Utredning utifrån patient och svårighet av järnbristen
- Utesluta malignitet!
- Tolererar järnbehandling?
- Transfusionsbehov?





