



Bli testet

Forebygging og screening for kolorektal kreft: Alt DU trenger å vite



EuropaColon

united against digestive cancers

Kolorektal kreft dreper gjennom forlegenhet

Vi vet at kolorektal kreft fortsatt kan være litt tabubelagt. Forlegenhet og en mangel på god og tydelig informasjon spiller begge en stor rolle i at vi ikke diskuterer alternativer for forebygging og screening med legen vår. Dette fører til at mange får diagnosen på et sent stadium, noe som gjør sykdommen mye vanskeligere å behandle. Mennesker dør unødvendig som resultat av dette.

Det trenger ikke å være slik!

Kolorektal kreft kan generelt sett forebygges.

Det er mange trinn du kan ta for å hjelpe å forebygge kolorektal kreft. Det er også en av de svært få kreftformer som kan forebygges gjennom screening.

I tidlige stadier kan den også behandles med gode resultater.

Hvis sykdommen oppdages tilstrekkelig tidlig, er det ofte nok med behandling for å helbrede den fullstendig.

Hvis du eller noen i familien din er over 50 år, eller du har en personlig historikk eller familiehistorikk med kolorektal kreft, eller om du opplever tegn og symptomer på sykdommen, er det viktig at du leser dette heftet om forebygging og screening for kolorektal kreft.

Husk at tabuer og stigmatisering blir sterkere av stillhet. Den beste måten å overkomme tabuer er å snakke om dem. Vi vil gi deg informasjon om denne kreftformen og vi oppfordrer deg til å snakke med andre om den, inkluderer familien, venner, og kanskje legen din.

Dette heftet har blitt skrevet av de som har vært der og gjort det – pasienter som har hatt kolorektal kreft og helsepersonell. Vi vet gjennom egne erfaringer hvor viktig det er med forebygging og screening for kolorektal kreft, og vi oppfordrer deg sterkt til å informere deg, ignorere stigmatisering og ta affære.

Innledning: De viktigste spørsmålene

Hva er kolorektal kreft?

Kolorektal kreft, også kjent som tarmkreft, er en kreft i tarmen eller rektum (tykktarmen).

Tarmen og rektum er del av det gastrointestinale (GI) eller fordøyelsessystemet. De hjelper å danne solid avføring som forlater kroppen.

Hvorfor skjer dette?

De fleste kolorektale krefttyper starter som utvekster, kalt polypper, på innsiden av tarmen.

Selv om polypper er svært vanlig ettersom vi blir eldre, vil de fleste ikke utvikle seg til kreft.

Omtrent 1 av 10 polypper danner en svulst i tarmen, som forårsaker smerte, blødning og andre symptomer. Polypper kan ofte fjernes enkelt og uten kirurgi, før de har en mulighet til å utvikle seg til kreft.

Det er visse risikofaktorer for kolorektal kreft som inkluderer alder, familiehistorikk og kosthold og livsstil.

Kan den forebygges?

JA. Dette heftet vil gi mange råd om trinn du kan ta for å hjelpe å forebygge kolorektal kreft. Et av de viktigste trinnene er screening, og dette heftet beskriver de ulike typer av screening som er tilgjengelig (ulike typer screening brukes og anbefales i forskjellige land). Mange land anbefaler regelmessig screening for kolorektal kreft for de over 50 år. Screening kan oppdage og fjerne polypper som dermed forhindrer dem i å utvikle seg til kreft.

Kan den behandles?

JA. Hvis den oppdages tilstrekkelig tidlig, kan kolorektal kreft helbredes gjennom kirurgi. Dette er en annen grunn til at screening er så viktig.

Så hva bør jeg gjøre?

Les gjennom dette heftet for å bli kjent med:

- Utprøvde tips for å hjelpe å forebygge kolorektal kreft
- Metoder for screening og diagnose for kolorektal kreft
- Høydepunktene fra de nyeste europeiske retningslinjene for kvalitetssikring i kolorektal screening og forebygging – så du vet hva du har rett til
- Behandlingstilnæringer hvis diagnosen blir stilt

Risikoer og forebygging

Selv om den nøyaktige årsaken til hver enkeltpersons kolorektale kreft er vanskelig å fastslå, er det visse kjente faktorer som kan sette mennesker i fare. Disse er oppført nedenfor, sammen med råd for å hjelpe deg å redusere risikoen, eller til å ta passende trinn mot regelmessig screening.

1. Alder – 50 og over

Hva er risikofaktorene?

Risikoen for kolorektal kreft øker ettersom du bli eldre.
De nyeste europeiske retningslinjene anbefaler at menn og kvinner bør ha screening for kolorektal kreft fra de er 50 år gamle.

Så hva bør jeg gjøre?

Hvis du er 50 år eller over og legen din ikke allerede har diskutert kolorektal screening med deg, ta det opp med ham eller henne under ditt neste legebesøk.
Husk også at én screeningstest ikke er tilstrekkelig.
Regelmessige screening for kolorektal kreft anbefales fordi mange mennesker ikke har symptomer i mange år.

2. Sykdomshistorikk

Hva er risikofaktorene?

Følgende personer kan ha en økt risiko for kolorektal kreft:

- De som har fått tidligere polypper fjernet eller som har hatt kreft i tykktarmen
- Kvinner som har hatt kreft i eggstokker, livmor eller bryst
- Personer med en lang historikk med Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt.

Så hva bør jeg gjøre?

Screening anbefales vanligvis for de på 50 år og over.
Alle med en av sykdomshistorikken nevnt over bør imidlertid begynne med screening tidligere.
Spør legen din om du bør ha en regelmessig screening for kolorektal kreft.

3. Familiehistorikk

Hva er risikofaktorene?

En familiehistorikk med kolorektal kreft kan øke risikoen. En sterk familiehistorikk med sykdommen betyr at du har flere slektninger på samme side av familien som er diagnostisert med kolorektal kreft, eller én eller flere som ble diagnostisert ved en spesiell ung alder (f.eks. under 45 år). Jo flere slektninger du har med kolorektal kreft, eller til yngre slektningene med diagnosen er, til høyere er sjansen for at det er et kreftgen i familien din.

Så hva bør jeg gjøre?

Hvis det er historikk for kolorektal kreft i familien din, er det veldig viktig at du diskuterer dette med legen din.

Alle som har en familiehistorikk bør begynne med screening før standardalderen på 50 år. Spør legen din om du bør ha en regelmessig screening for kolorektal kreft.



4. Kosthold og livsstil

Hva er risikofaktorene?

En stillesittende livsstil øker risikoen for kolorektal kreft, og det samme gjør et kosthold med mye rødt og bearbeidet kjøtt og fett, men med lite fersk frukt, grønnsaker, fjærkre og fisk.

Kliniske bevis har vist at fedme er direkte knyttet til kolorektal kreft.

Så hva bør jeg gjøre?

Prøv å ha et balansert kosthold og hold deg fysisk aktiv. Prøv spesielt å:

- Spise mye fiber (fiber i korn og spesielt helkorn kan redusere risikoen for kolorektal kreft)
- Begrense mengden av mettet fett og transfett i kostholdet ditt
- Drikke mye vann (dette vil hjelpe med fordøyelsen og hjelpe å forhindre forstoppelse)
- Begrense mengden med rødt og bearbeidet kjøtt du spiser hver uke
- Innføre mer frukt og grønnsaker i kostholdet ditt (fem porsjoner per dag)
- Opprettholde en sunn vekt

Tren regelmessig hvis du kan - det trenger ikke å være i et treningsstudio. Du kan velge å ta trappene, gå til butikken, gjøre husarbeid, ta en tur med hunden, eller gå av bussen et par busstopp tidligere.



5. Røyking og alkohol

Hva er risikofaktorene?

Selv om røyking ikke er en like sterk risikofaktor som for andre kreftformer, kan det også øke risikoen for kolorektal kreft. Alkoholforbruk øker også risikoen.

Så hva bør jeg gjøre?

Vurder å slutte å røyke og prøv å redusere alkoholinntaket.



Screening og diagnose

Regelmessig screening for kolorektal kreft øker sjansen for å stille diagnosen tidlig, eller til og med forebygge den ved å finne og fjerne polypper. Kolorektal kreft kan generelt sett behandles mye bedre, og selv kureres når diagnosen blir stilt tidlig, noe som gjør regelmessig screening absolutt kritisk.

De nyeste europeiske retningslinjene anbefaler at menn og kvinner fra 50 år og oppover bør delta i screening for kolorektal kreft.

Det er ulike screeningalternativer tilgjengelig – de viktigste er beskrevet nedenfor. For å bestemme hvilket screeningalternativ som er riktig for deg, snakk med legen din.



Screeningmetode Testing av avføring for okkult blod - FOBT (Faecal Occult Blood Test) eller Fecal immunokjemisk test - FIT (Faecal Immunochemical Test) eller kombinert FIT-test og DNA-markør i avføring

Hva er det? FOBT er hovedmetoden for screening som anbefales i EU. Det er to typer – den standard guajakbaserte FOBT (eller gFOBT) og den nyere FIT - Fecal immunokjemisk test (eller iFOBT). Testene kontrollerer for små mengder av blod i avføringen som ikke kan ses med øyet. Begge er mye brukt og begge er bevist å redusere dødsfall fra kolorektal kreft. Imidlertid blir gFOBT gradvis erstattet av FIT som anbefalt i EU-retningslinjene. FIT er den mest nøyaktige av de to, og i motsetning til FOBT kan den også påvise blødende polypper. En nylig utvikling av FIT er å kombinere testen med andre DNA-markører i avføring. Denne nye flermålerettede testen er både dyr og krever en full avføringsprøve, men påviser flere polypper en gFOBT eller FIT.

Hvor kan jeg ta testen? Hjemme - avføringsprøver hentes fra pasienten ved hjelp av et sett, og prøvene returneres til legen.

Hvor ofte bør jeg ta en test? Én gang hvert eller annethvert år.

Screeningmetode Fleksibel sigmoidoskopi (FS)

Hva er det?

I denne testen undersøkes rektum og en del av tarmen ved å bruke et fleksibelt opplyst instrument som blir kalt et sigmoidoskop. Dette føres inn i rektum og tarmen mens det pumpes inn luft, så legen kan se tarmens innside tydeligere.

Under en sigmoidoskopi kan unormale utvekster i rektum og sigmoideum fjernes for analyse (biopsi).

Hvor kan jeg ta testen?

På et legekantor eller på et sykehus. Testen gjøres vanligvis uten noe bedøvelse. Den nederste delen av tarmen må tømmes med en tarmskylling før testen.

Hvor ofte bør jeg ta en test?

Én gang hvert 5. år.

Screeningmetode Kolonoskopi

Hva er det?

Hvis andre screeningtester er positive, må pasienten vanligvis returnere til legen for en koloskopi for å kontrollere for kreft og fjerne eventuelle polypper.

I denne testen undersøkes rektum og hele tarmen ved å bruke et fleksibelt opplyst instrument som blir kalt et koloskop. Dette føres inn i rektum og tarmen mens det pumpes inn luft, så legen kan se tarmens innside tydeligere. Under koloskopiundersøkelsen, kan eventuelle unormale polypper i tarmen og rektum fjernes.

Hvor kan jeg ta testen?

Vanligvis på et sykehus eller legekantor. De fleste pasienter får en form for bedøvelse under testen. Det vil ta omtrent 20-45 minutter.

Det krever vanligvis en dag med klare væsker og avføringsmiddel.

Hvor ofte bør jeg ta en test?

Én gang hvert 10. år.

Screeningmetode	CT-skann (computertomografi)
Hva er det?	En CT-skann er en røntgenundersøkelse som tar mange bilder ettersom den roterer rundt deg mens du ligger på en bord. En datamaskin kombinerer deretter disse bildene til bilder av kroppsdelene dine som blir undersøkt (f.eks. tarmen/rektum).
Hvor kan jeg ta testen?	På et sykehus. En CT-skann tar lengre tid enn vanlige røntgenundersøkelser. Du må ligge stille på et bord til undersøkelsen er ferdig. Under testen føres bordet inn og ut av en ringformet skanner.
Hvor ofte bør jeg ta en test?	Én gang hvert 5. år.

Vær oppmerksom på: Andre screeningmetoder finnes, men er ikke alltid mye brukt eller refundert, og er kanskje ikke så effektiv. Disse inkluderer:

- **Bariumenema med dobbel kontrast**

Luft og barium pumpes inn i rektum. Løsningen kan vise eventuelle polypper eller svulster på røntgenundersøkelser. Bariumenema-testen brukes mye sjeldnere enn før, fordi den er mindre effektiv enn andre metoder (f.eks. koloskopi) til å påvise små polypper og kreftformer.



- **Digital rektalundersøkelse (DRE)**

Legen undersøker innsiden av rektum med en behansket finger.

- **DNA-test av avføring**

En test som ser etter visse unormale deler av DNA (genetisk materiale) i en avføringsprøve.

- **Kapselendoskopi**

Et nytt og mindre invasivt alternativ til koloskopi, der et digitalt videokamera på størrelsen og formen av en pille blir svelget for å kunne visualisere magetarmkanalen.

Kapselen kommer senere ut i avføringen. Vanligvis kan denne minimalt invasive prosedyren unngå potensielle risikoer knyttet til bedøvelse, stråling og blødning, samtidig som det også hjelper å reduserer angst og frykt.

Diagnostisering

Hvis det er mistanke om kolorektal kreft etter screening eller en diagnostisk test, vil det vanligvis bli tatt en biopsi. Legen fjerner et lite stykke vev med et spesialinstrument, og prøvene sendes til et laboratorium der en patolog (en lege som er spesialist i diagnostisere kreft og andre sykdommer), undersøker dem under et mikroskop. Den eneste måten å stille en klar diagnose er å undersøke prøvene under et mikroskop.



Europeiske retningslinjer for screening og diagnostisering – et kort sammendrag

I 2011 publiserte Europakommisjonen den aller første utgaven av europeiske retningslinjer for kvalitetssikring i kolorektal screening og diagnostisering. Retningslinjene representerer en viktig milepæl fordi de bidrar til å sette en standard for beste praksis i screening for kolorektal kreft som skal følges av alle EU-landene.

Retningslinjene består av 10 kapitler og mer enn 250 anbefalinger totalt. Disse hjelper den generelle befolkningen og pasienter å vite hva de kan forvente seg av screening for kolorektal kreft. Retningslinjene sier at hver europeisk borger skal ha rett til tilgang til anbefalte standarder og prosedyrer.

Eksempler på viktige anbefalinger:

- **Alder for screening:** Menn og kvinner fra 50 år og oppover bør delta i screening for kolorektal kreft.
- **Tilgang til informasjon:** Det er viktig å sikre at så mange av målbefolkningen mottar den relevante informasjonen til å kunne ta informerte beslutninger om hvorvidt de ønsker å delta i screening for kolorektal kreft eller ikke.
- **Klar og tydelig informasjon:** Den anbefales å bruke et hefte tiltenkt den generelle befolkningen. Informasjon om risikoer og fordeler med screening for kolorektal kreft, risikoer med kolorektal kreft (forekomst og risikofaktor), tolkning av testresultater, potensielle diagnostiske tester og potensielle behandlingsalternativer bør inkluderes.
- **Screeningsteder:** Screeningstjenester bør være på praktiske steder for deltakere og i nærheten av kliniske tjenester.
- **Personlige preferanser:** Leveransen av tjenesten må være i overensstemmelse med enkeltpersoners preferanser, samt folkehelsens perspektiver.
- **Tilgang til screeningstjenester:** Tilgang til screening og eventuelle oppfølgingsvurderinger for personer med unormale testresultater bør ikke være begrenset av økonomiske barrierer. I prinsippet bør screening være gratis for deltakeren.
- **Fjerning av lesjoner:** Premaligne lesjoner som oppdages under endoskopisk screening bør fjernes. Pasienter med større premaligne lesjoner som ikke er egnet for endoskopisk reseksjon, bør henvises til kirurgisk reseksjon.
- **Klar og tydelig kommunikasjon etter screening:** Før pasienter forlater endoskopienheten bør de få en muntlig forklaring av prosedyrens resultater. De bør også få skriftlig informasjon til å utfylle den muntlige forklaringen.



- **Motta testresultater:** Tiden i dager mellom fullførelsen av en screeningtest og når deltakerne får resultatene, bør være så kort som mulig: akseptabel standard >90 % innen 15 dager.
- **Oppfølging:** Oppfølgende koloskopi etter positiv screening (enhver modalitet) bør planlegges innen 31 dager etter henvisning (akseptabelt >90 %, ønskelig >95 %).
- **Starte behandlingen av kolorektal kreft:** Tidsintervallet mellom positiv FS eller koloskopi og definitiv behandling bør minimeres, og i 95 % av tilfellene bør det ikke være mer enn 31 dager (akseptabel standard).

Etter diagnosen – se fremover

Hvis det er stilt en positiv diagnose for kolorektal kreft, er behandlingen ofte veldig effektiv, spesielt om kreftdiagnosen er stilt på et tidlig stadium.

Siden midten av 1980-tallet har overlevelseshraten for kolorektal kreft økt, delvis grunnet en økt bevissthet og screening. Ved å finne flere polypper og kreft på tidligere (lokalt og regionalt) stadier, er det enklere å behandle sykdommen. Forbedrede behandlingalternativer har også bidratt med å øke overlevelseshraten.

Den femårs overlevelsesraten for kolorektal kreft som blir oppdaget på et tidlig stadium er bedre enn 90 %. Den femårs overlevelsesraten for kolorektal kreft som blir oppdaget på senere stadier kan være opp til 20 %.

Hvilke behandlinger du vil tilbys og hva utfallet vil være, avhenger av flere ting, det viktigste er hvilket stadium kreften er ved diagnostidspunktet. Legen din vil la deg vite hvilket stadium den kolorektale kreften er på, ved å bruke enten tall (stadium 0 til stadium 4) eller bokstaver (TNM-klassifisering, der bokstavene står for Tumor, Node og Metastase).

Behandling

Hvis kreftdiagnosen stilles på et tidlig stadium, kan kirurgi lykkes med å fjerne den kolorektale kreften fullstendig. Hvilken type operasjon du vil ha vil avhenge på hvor kreften er, kreftens type og størrelse, og om den har spredt seg.

Mange sykehus tilbyr nå minimalt invasiv kirurgi med store fordeler for pasienter. Innsnittene er mye mindre enn de som brukes i tradisjonell kirurgi, og det er vanligvis mindre ubehag. Dette fører til et kortere sykehusopphold, mindre behov for smertestillende medisiner, tidligere tilbakevending til normale aktiviteter med mindre synlige arr. Det er viktig å merke seg at langsiktige resultater er lignende mellom åpne og minimalt invasive prosedyrer, men minimalt invasive prosedyrer tilbyr potensielle rekonvalesensfordeler i den første perioden etter kirurgi.

Stråleterapi (kreftbehandling med dyptgående strålebehandling) brukes ofte i endetarmskreft men veldig sjelden i tarmkreft. Det brukes enten før kirurgi for å redusere svulstens størrelse, eller etter kirurgi, for å sørge for at alle kreftcellene er ødelagt.

Hvis kirurgi ikke er tilstrekkelig for å fjerne kreften, kan kjemoterapi (kjemiske substanser for å stanse kreften) brukes til å ødelegge kreftceller. Kjemoterapimedisiner kan forhindre kreftceller i å dele seg og reproducere seg, men fordi behandlingen også angriper normale celler, har den flere bivirkninger.

Det finnes andre, nyere typer behandlinger, inkludert biologiske behandlinger som målrettede kreftceller direkte, og har en mindre innvirkning på normale celler.

En kolorektal kreftsvulst kan testes for relevante biomarkører før det foreskrives medisiner. Biomarkører kan indikere om det er sannsynlig at en bestemt behandling vil fungere for deg, slik at legen din kan tilpasse behandlingen tilsvarende. Dette er kjent som persontilpasset medisin.



I kolorektal kreft, er familien av RAS-gener (gener som gjør proteiner involvert i cellers kommunikasjonsveier, cellevekst og celledød) viktige biomarkører for å hjelpe leger med å fastslå den riktige medisinen. Det er to ulike RAS-gener som leger tester for. Normale RAS-gener blir kalt «vill type» og forekommer i omtrent 50 % av kolorektale svulster. De gjenværende 50 % av svulstene har muterte RAS-gener og blir kalt RAS mutert. Behandlingsbeslutninger gjøres basert på om svulsten har et RAS-gen av vill type eller er mutert.

Testing utføres på kreftceller som er fjernet, enter under en biopsi eller under kirurgi.

Ytterligere informasjon og support

Ytterligere informasjon om klassifisering, behandling, screening, diagnostisering og alt annet som er tatt opp i dette heftet, kan bli funnet på vårt nettsted

www.europacoln.com eller på vår Facebook-side på

www.facebook.com/europacolnhq

Dette heftet har blitt gjort mulig med den kombinerte innsatsen og med takk til:

- Professor Halloran MBE, BSc, MSc, DipCB, EuroClinChem, FRCPath
- EuropaColon's Expert Patient Advisory Group
- Merck Serono
- Olympus
- Eiken Chemical Co. Ltd.
- Ross Williams - uavhengig skribent



www.europacoln.com

Feb. 2016

Registreringsnr. 5314195

Registrert kontor: 92 Palatine Road, London N16 8ST.



www.facebook.com/europacolnhq



twitter.com/#!/europacoln