
Tarmkreftscreening også for yngre?

KRONIKK

HENRIETTE C. JODAL

h.c.jodal@medisin.uio.no

Henriette C. Jodal er ph.d., lege i spesialisering i onkologi ved Vestre Viken, Drammen sykehus og forsker ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun har mottatt ph.d.-stipend fra Norges forskningsråd og forskningsmidler fra Vestre Viken.

MICHAEL BRETTHAUER

Michael Bretthauer er spesialist i indremedisin og i fordøyelsessykdommer, professor ved Universitetet i Oslo og Universitetet i Tromsø og overlege ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han har mottatt forskningsmidler fra EU (European Union Grant) og er styreformann (chair) i Public Advocacy Committee, European Society for Gastrointestinal Endoscopy.

MAGNUS LØBERG

Magnus Løberg er lege, studiedekan og førsteamanuensis ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo og forsker ved Avdeling for transplantasjonsmedisin, Oslo universitetssykehus.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Tarmkreftscreening har nå blitt innført i Norge for alle fra 55 år. USA har redusert startalderen for screening til 45 år. Bør vi følge etter?

Screening for tarmkreft blir nå et tilbud til alle personer som fyller 55 år i Norge (1). Samtidig rapporteres det i flere land at forekomsten av tarmkreft er økende også blant yngre (2). Av den grunn endret amerikanske retningslinjer sine anbefalinger i 2021 til at alle skal få tilbud om tarmkreftscreening fra 45 årsalder (3).

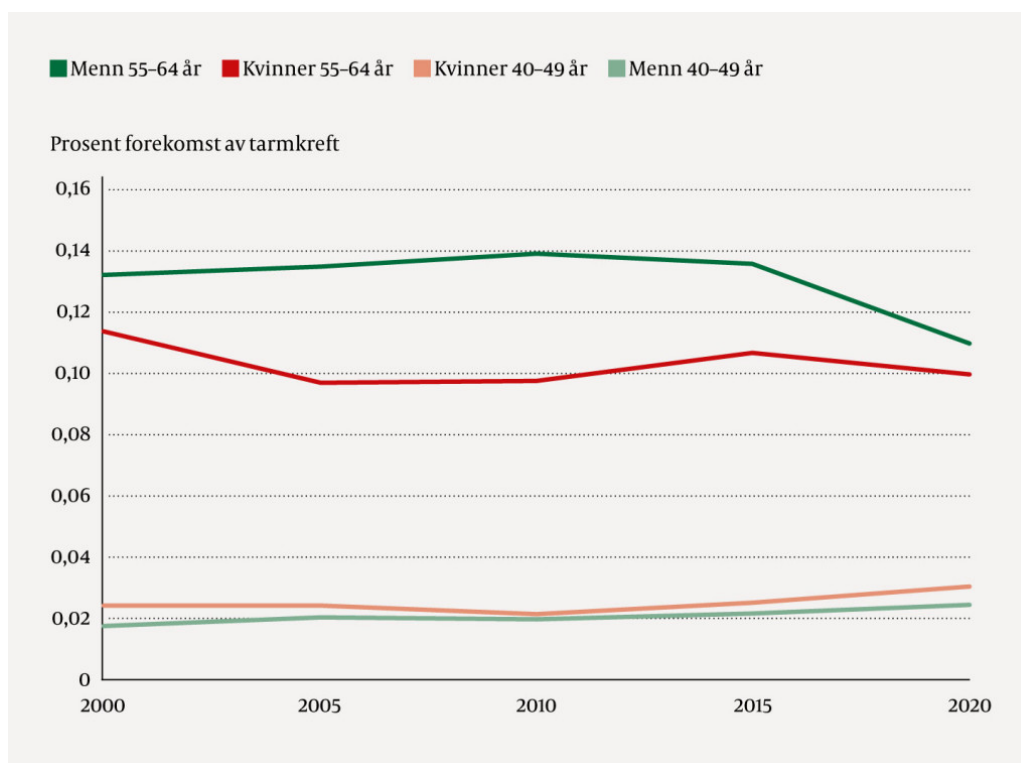
Også i Norge har det kommet medieoppslag om «dramatisk økende forekomst» av tarmkreft hos yngre (4, 5). Er det dermed grunn til å vurdere tarmkreftscreening for personer som er yngre enn 55 år? Selv om den relative økningen i tarmkreft synes høy blant yngre, er den absolutte økningen svært liten. Vi mener derfor at vi bør tenke oss grundig om før vi innfører tarmkreftscreening også for yngre aldersgrupper i Norge.

Forekomst og årsaker

Norge har den tredje høyeste forekomsten av tarmkreft i verden (6). Risikoen for tarmkreft øker med alder, og over halvparten av pasientene er over 70 år ved diagnosetidspunktet (7). Forekomsten av tarmkreft har økt kraftig i Norge i etterkrigstiden, men utviklingen har flatet ut de siste to tiårene (8). Vi ser en økt forekomst også blant personer under 50 år. Vi har ingen spesifikk forklaring på den økte forekomsten, men risikofaktorene for tarmkreft hos yngre og eldre er de samme: røyking, høy kroppsmasseindeks, en diett som inneholder mye rødt kjøtt og lite grønnsaker og fiber, samt lite fysisk aktivitet (9).

Relative versus absolutte endringer

For menn i alderen 40–49 år økte den årlige forekomsten av tarmkreft fra 0,018 % i 2000 til 0,024 % i 2020 (figur 1) (8). Dette tilsvarer en relativ økning på 36 %. For kvinner økte den årlige forekomsten fra 0,024 % i 2000 til 0,030 % i 2020, det vil si en relativ økning på 25 %. En økning i kreftforekomst på 25 % og 36 % oppfattes som høy og dermed «dramatisk» (4, 5). Hvis vi derimot ser på den absolutte forskjellen, blir budskapet et annet: Den absolutte økningen i risiko for tarmkreft er kun 0,006 prosentpoeng for begge kjønn.



Figur 1 Årlig forekomst av tarmkreft i prosent blant kvinner og menn i Norge for årene 2000–20, inndelt i aldersgruppene 55–64 år og 40–49 år (8). Merk størrelsen på y-aksen.

«Den absolutte økningen i risiko for tarmkreft er kun 0,006 prosentpoeng for begge kjønn»

Til sammenligning kan vi se på aldersgruppen 55–64 år, som nå blir inkludert i tarmkreftscreeningprogrammet i Norge. For menn i denne aldersgruppen sank den årlige forekomsten av tarmkreft fra 0,13 % i 2000 til 0,11 % i 2020 (8). For kvinner sank den fra 0,11 % i 2000 til 0,10 % i 2020. Den relative nedgangen er 17 % for menn og 13 % for kvinner, mens den absolutte nedgangen er 0,02 prosentpoeng for menn og 0,01 prosentpoeng for kvinner. Igjen kan den relative endringen oppfattes som stor, mens den absolutte endringen er liten (10).

Fordeler og ulemper

Screening er en medisinsk undersøkelse av personer som ikke har symptomer eller tegn på sykdommen det screenes for (11). Det er med andre ord friske personer som gjennomgår en medisinsk undersøkelse. Med enhver medisinsk undersøkelse følger fordeler og ulemper. I Norge har vi valgt å innføre tarmkreftscreening med en test for blod i avføring (iFOBT) annethvert år fra man fyller 55 år og i ti år fremover (1). Fordelen med denne screeningmetoden er at man kan stille tarmkreftdiagnosen tidligere og dermed gi behandling som kan redusere tarmkreftdødelighet (12).

Avføringsscreening har i seg selv få alvorlige ulemper, men det er likevel en psykologisk belastning å ta en test og vente på svar [\(12\)](#). Denne belastningen kan for noen være ubetydelig, for andre er den en stor påkjenning. Dersom testen er positiv, blir man henvist til koloskopi. Med det følger en risiko for både blødninger og perforasjoner, i tillegg til ubehag og smerter og igjen den psykologiske påkjenningen. Dersom koloskopi brukes som screeningtest, som allerede gjøres i flere andre land, vil flere bli utsatt for ulempe.

Det som sjelden vektlegges, er ulempene som følger av å bli anbefalt videre koloskopier, såkalt overvåkning. Personer som har fått fjernet polypper fra tarmen, blir etter dagens retningslinjer klassifisert inn i høy- eller lavrisikogrupper, basert på histologiske funn, størrelse og antall polypper [\(13, 14\)](#). Høyrisikogruppen anbefales ny koloskopi etter tre år, mens lavrisikogruppen anbefales ny koloskopi etter ti år. Videre overvåkningskoloskopi bestemmes av funn ved disse koloskopiene. Dette til tross for at kunnskapsgrunnlaget både for nytten av overvåkningskoloskopier og for hvem som har høy og lav risiko for senere tarmkreft, er begrenset. Overvåkning medfører dermed gjentatte ulemper med usikre fordeler, og ettersom den yngre aldersgruppen har lengre forventet gjenværende levetid, vil dette særlig gjelde dem.

Forventet effekt i Norge

Forekomsten av tarmkreft øker med alder (figur 1). I aldersgruppen 40–49 år er den absolutte risikoen for tarmkreft omtrent $\frac{1}{4}$ av risikoen i aldersgruppen 55–64 år. Det er mindre sannsynlig å finne tarmkreft hos en yngre enn en eldre populasjon, og dermed er antallet personer som må screenes for at én person skal unngå tarmkreft eller tarmkreftdød (number needed to screen, NNS), mye høyere.

«Det er mindre sannsynlig å finne tarmkreft hos en yngre enn en eldre populasjon, og dermed er antallet personer som må screenes for at én person skal unngå tarmkreft eller tarmkreftdød, mye høyere»

Det er estimert at avføringstesten som nå benyttes til screening i Norge, reduserer forekomst av tarmkreft med 5 % over 15 år [\(15\)](#). Det vil si at for å redusere forekomsten av tarmkreft med ett tilfelle må 900–1 100 55-åring eller 3 700–3 800 40-åring screenes annethvert år. Hovedeffekten av avføringsscreening er redusert dødelighet av tarmkreft, hvor estimert effekt er 50 % reduksjon over 15 år [\(15\)](#). For å redusere tarmkreftspesifikk dødelighet med ett tilfelle må da 360–440 55-åring eller 1 700–2 000 40-åring screenes annethvert år. Fordelene er større for den eldre enn den yngre aldersgruppen, men ulempene tilfaller begge grupper.

Positiv prediktiv verdi av en test, det vil si sannsynligheten for at den som tester positivt faktisk er syk, er avhengig av forekomsten i befolkningen. Med lavere forekomst av tarmkreft hos yngre vil en screeningtest føre til flere falskt

positive svar. Med falskt positivt svar vil personen bli utsatt for ulemper ved videre utredning uten å oppnå noen fordeler.

Akseptabel kreftrisiko

I det innførte screeningprogrammet er det trukket en grense ved 55 år. Ved å sette et inklusjonskriterium aksepterer vi at de utenfor kriteriegrensen har en risiko for tarmkreft uten at vi gjør noe med det. Hvor høy risiko kan vi akseptere før vi screener?

De fleste retningslinjer for tarmkreftscreening tar utgangspunkt i hva som er gunstig for populasjonen som helhet. Derimot har én retningslinje tatt utgangspunkt i hvor stor effekten av tarmkreftscreening bør være for å være gunstig for individet [\(16\)](#). Et konsensuspanel vurderte at risikoen for tarmkreft bør være minst 3 % over en 15-årsperiode for at screening er anbefalt, basert på vektning av fordeler mot ulemper. For en norsk 55-åring, som nå blir tilbudt tarmkreftscreening, er risikoen for tarmkreft rett under 2 % de neste 15 årene [\(8\)](#). For en norsk 40-åring er risikoen for å få tarmkreft mindre enn 1 % de neste 15 årene. Til sammenligning vil personer i alderen 55–64 år bli klassifisert som høyrisiko for en kardiovaskulær hendelse i NORRISK-2-kalkulatoren først når risikoen er 10 % eller høyere de neste ti årene [\(17\)](#), og først da vurderer man medikamentelle tiltak.

Svaret på hvor høy risiko man kan akseptere er ikke absolutt [\(10\)](#). Svaret vil endres med tid, ettersom medisinske tester og behandling utvikles. Det vil variere mellom individer, siden man veier fordeler og ulemper ulikt. Det er avhengig av land og kultur og av hvilke ressurser man som samfunn er villig til å bruke på helse.

«Lik behandling uavhengig av bakgrunn og ressurser er kjernen i vårt offentlige helsevesen. Det betyr at vi på systemnivå må gjøre veloverveide prioriteringer om hva vi kan tilby og til hvilken kostnad»

I Norge har vi hovedsakelig et offentlig helsevesen, og vi har valgt et populasjonsbasert screeningprogram hvor alle i befolkningen blir systematisk invitert til screening når de oppnår riktig alder. Lik behandling uavhengig av bakgrunn og ressurser er kjernen i vårt offentlige helsevesen. Det betyr at vi på systemnivå må gjøre veloverveide prioriteringer om hva vi kan tilby og til hvilken kostnad. Men det betyr ikke at alle skal få den samme behandlingen: En selektert gruppe av befolkningen med kjent økt risiko for tarmkreft vil ha flere fordeler av screening enn en uselektert. Vi må tilby offentlige tjenester som gir mest mulig fordeler og minst mulig ulemper på befolkningsnivå. Å senke screeningalderen vil gi få fordeler sammenlignet med ulemper.

REFERENCES

1. Kreftregisteret. Tarmscreening blir tilbud til alle 55- åringer. <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Nyheter/2019/tarmscreening-blir-tilbud/> Lest 24.2.2021.
2. Sinicrope FA. Increasing Incidence of Early-Onset Colorectal Cancer. *N Engl J Med* 2022; 386: 1547–58. [PubMed][CrossRef]
3. Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM et al. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2021; 325: 1965–77. [PubMed][CrossRef]
4. Majid S. Stadig flere yngre rammes av tarmkreft. VG 25.5.2016. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/q5gBE/stadig-flere-yngre-rammes-av-tarmkreft> Lest 1.6.2023.
5. Hodne AM. Ser urovekkende krefttrend i ny aldersgruppe. TV2 Nyheter 7.4.2023. <https://www.tv2.no/nyheter/innenriks/ser-urovekkende-krefttrend-i-ny-aldersgruppe/15638209/> Lest 1.6.2023.
6. Ferlay J, Ervik M, Lam F et al. Cancer Today. <https://gco.iarc.fr/today> Lest 1.6.2023.
7. Kreftregisteret. Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft. Årsrapport 2021. <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/arsrapporter/publisert-2022/arsrapport-2021-nasjonalt-kvalitetsregister-for-tykk--og-endetarmskreft.pdf> Lest 1.6.2023.
8. Larønningen S, Ferlay J, Beydagan H et al. NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries. <https://nordcan.iarc.fr/> Lest 1.6.2023.
9. Zaborowski AM, Abdile A, Adamina M et al. Characteristics of Early-Onset vs Late-Onset Colorectal Cancer: A Review. *JAMA Surg* 2021; 156: 865–74. [PubMed][CrossRef]
10. Bretthauer M, Kalager M. What is my risk, doctor? How to convey disease risk and treatment effects. *BMJ* 2023; 381: e075289. [PubMed][CrossRef]
11. Raffle AE, Mackie A, Gray JAM. Screening: Evidence and Practice. 2. utg. Oxford: Oxford University Press, 2019.
12. Jodal HC, Helsing LM, Anderson JC et al. Colorectal cancer screening with faecal testing, sigmoidoscopy or colonoscopy: a systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open* 2019; 9: e032773. [PubMed][CrossRef]
13. Gupta S, Lieberman D, Anderson JC et al. Recommendations for Follow-Up After Colonoscopy and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology* 2020; 158: 1131–1153.e5. [PubMed][CrossRef]

14. Hassan C, Antonelli G, Dumonceau JM et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2020. *Endoscopy* 2020; 52: 687–700. [PubMed] [CrossRef]
 15. Buskermolen M, Cenin DR, Helsingen LM et al. Colorectal cancer screening with faecal immunochemical testing, sigmoidoscopy or colonoscopy: a microsimulation modelling study. *BMJ* 2019; 367: l5383. [PubMed][CrossRef]
 16. Helsingen LM, Vandvik PO, Jodal HC et al. Colorectal cancer screening with faecal immunochemical testing, sigmoidoscopy or colonoscopy: a clinical practice guideline. *BMJ* 2019; 367: l5515. [PubMed][CrossRef]
 17. Helsedirektoratet. Forebygging av hjerte- og karsykdom. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-hjerte-og-karsykdom> Lest 1.6.2023.
-

Publisert: 6. desember 2023. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0553

Mottatt 22.8.2023, første revisjon innsendt 12.9.2023, godkjent 16.9.2023.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. mars 2026.