

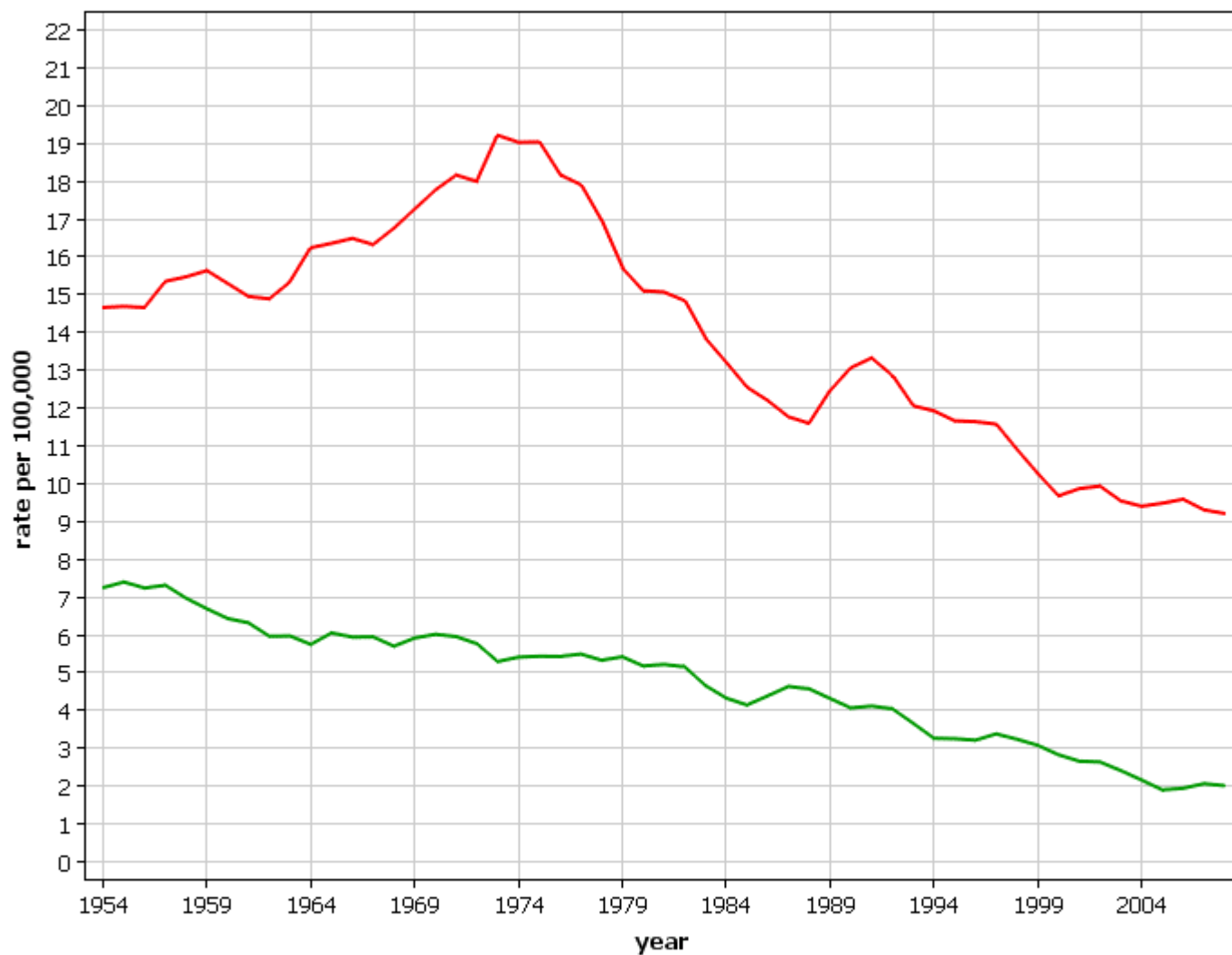
Nytt fra Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft

Årsmøte NFKC 8.2.2013
Stefan Lönnberg, KRG

Innhold

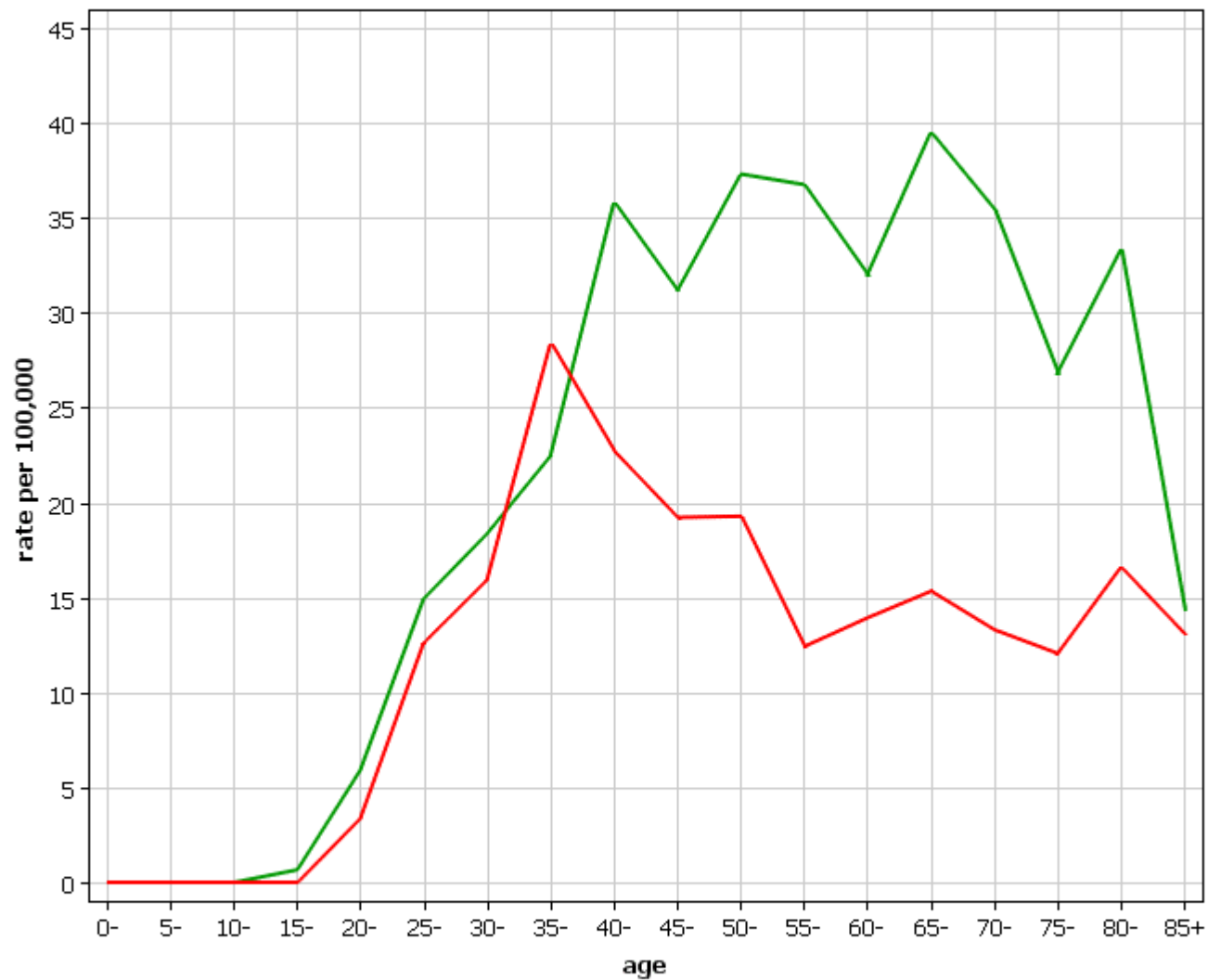
- Livmorhalskreft forekomst – trender
- Masseundersøkelsen
- Krefttilfellene under 2000tallet – screeninghistorikk
- Risikostratifisering i dagens program
- Dekningsgrad/oppmøte
- Årsrapport fra Masseundersøkelsen
 - Dekningsgrad
 - Cytologiske diagnoser
 - Samsvar med histologi
- Året som var
 - HPV test regulering
 - Utvidet oppfølg av kvinner med positive screeningprøver ved Masseundersøkelsen (KRG)
 - Endringer i kreftregisterforskriften ut på høring

Norway
Cervix uteri
ASR (World) age 0-85+



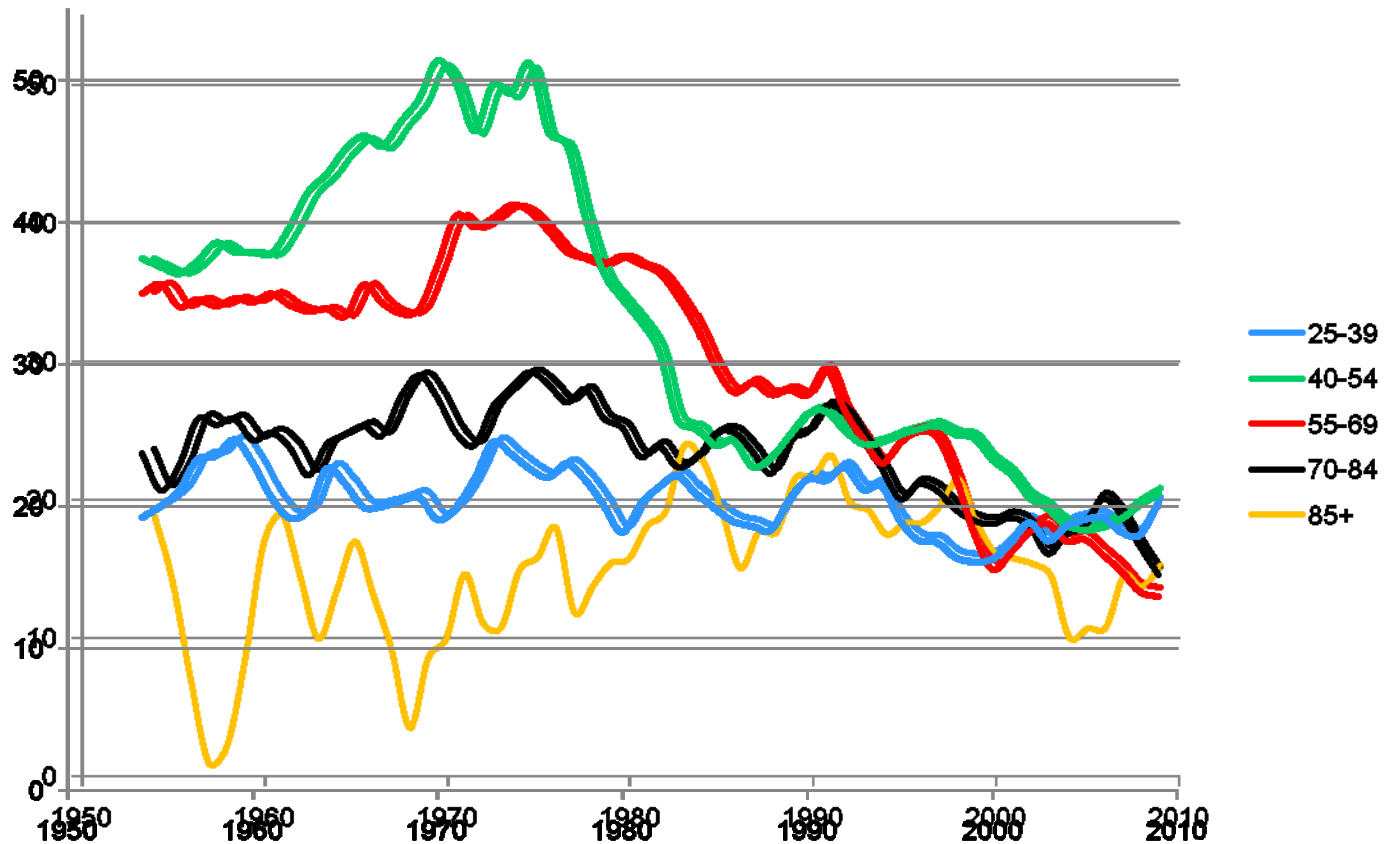
■ Incidence: ■ Mortality:

Norway-Incidence Cervix uteri



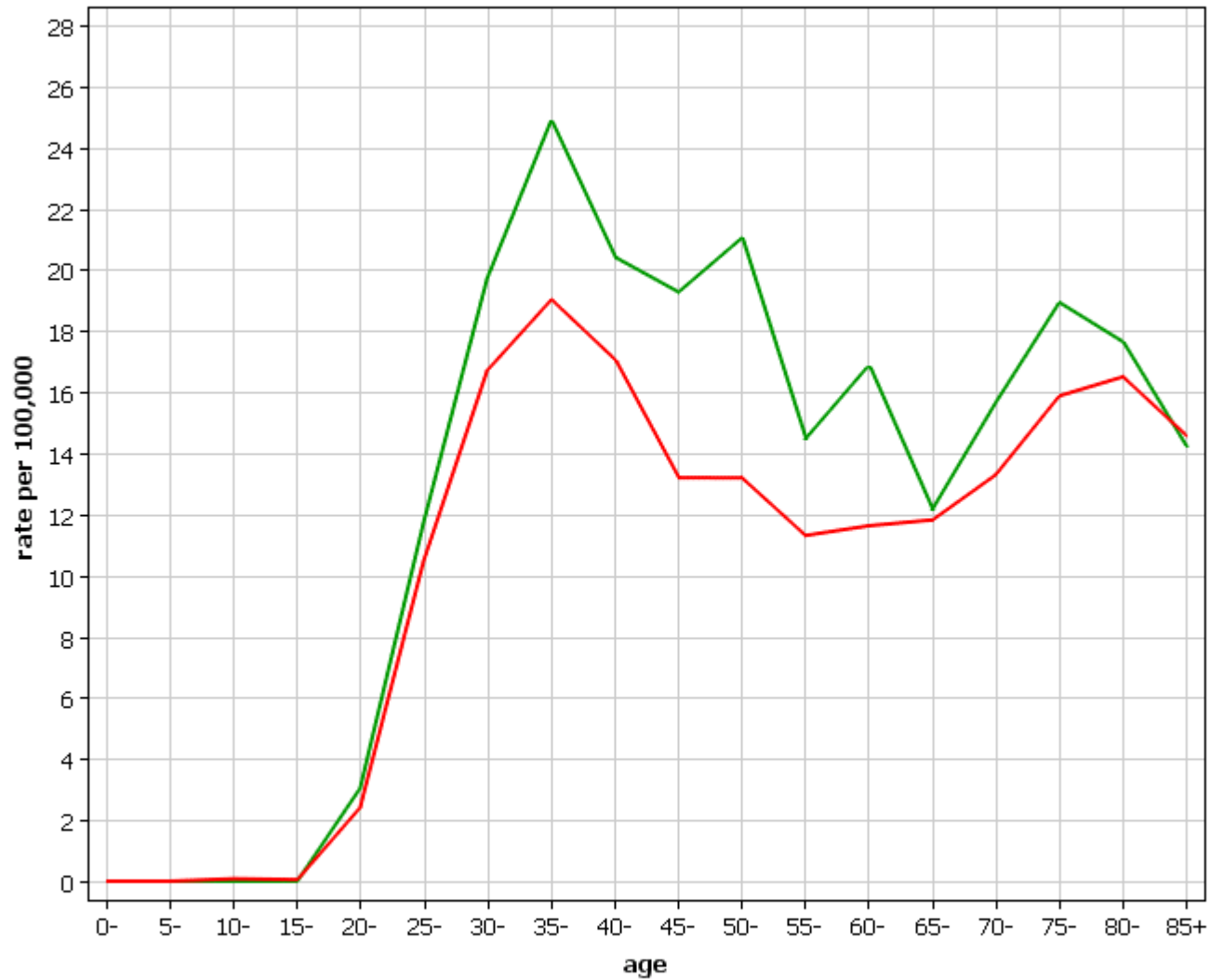
■ (2009) ■ (1979)

Forekomst av livmorhalskreft i Norge



Nordcan 2013; age-adjusted (w) incidence rates C53

Incidence (2006-2010) Cervix uteri



■ Nordic countries ■ Norway

Screeningkjeden

Målgruppe

Screeningalgoritme

Prøvetaking

Utredning (diagnose)

Testanalyse

Behandling + oppfølg



Helhetsorientert kvalitetssikring

Masseundersøkelsen i Norge

- Målgruppe: kvinner med risiko for livmorhalskreft i alderen 25-69
- Prøvetaking: 5500 fastleger og gynekologer tar konventionelle utstryk og væskebaserte cytologiske prøver
- Testanalyse: 19 cytologiske laboratorier
- Screeningalgoritme: 3 års intervall, utsatt triage av ASC-US og LSIL

Masseundersøkelsen

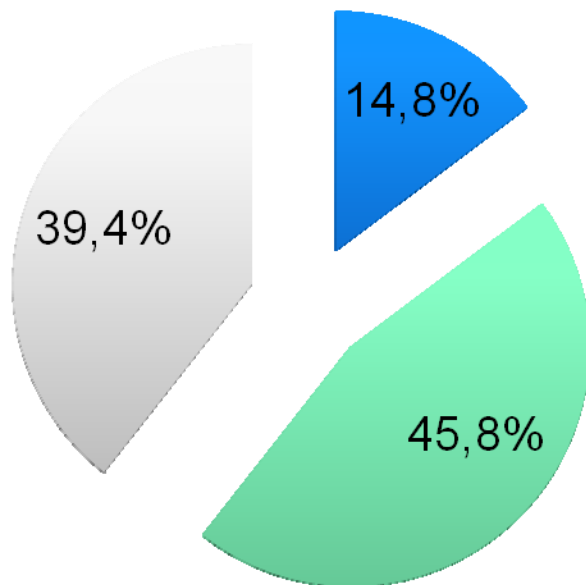
- Utarbeide og implementere anbefalinger for screening mot livmorhalskreft i samarbeide med kliniske miljøer og helsemyndigheter
- Registrere og monitorere screeningprosessen som helhet
- Kvalitetssikring og evaluering
- Forske kring nye verktøy for forebygging av livmorhalskreft
- Opprettholde dialog med screeningaktører
- Produsere og videreformidle informasjon til kvinner, prøvetakere, laboratorier og helsemyndigheter

Audit av kreft-tilfellen

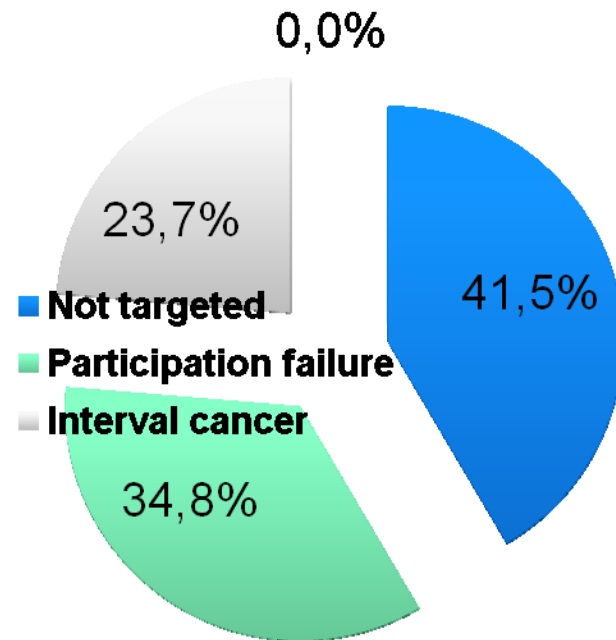
- Utgangspunkt: vi vil forhindre "alle" tilfellen av livmorhalskreft
- Hensikt: sviktanalyse
 - Det er mulig å identifisere komponenten i screeningkjeden som sviktet i vært kasus
- Samtlige kreft-tilfellen
- Identifisere "preventiv" screeningstatus
 - 3-årsintervallet som slutter 6 måneder før diagnose

Screening status Cx Ca i 2000-2009

Norway (n=2653)



Finland (n=1546)



Risikobasert oppbygging av screening algoritme

- Prinsipp: like risiko (kreft eller forstadie) = like behandling
- Utredning av risikostratifisering i etablert program
- Hjelpmiddel ved utforming av nye algoritmer og inkorporering av nye testmodaliteter

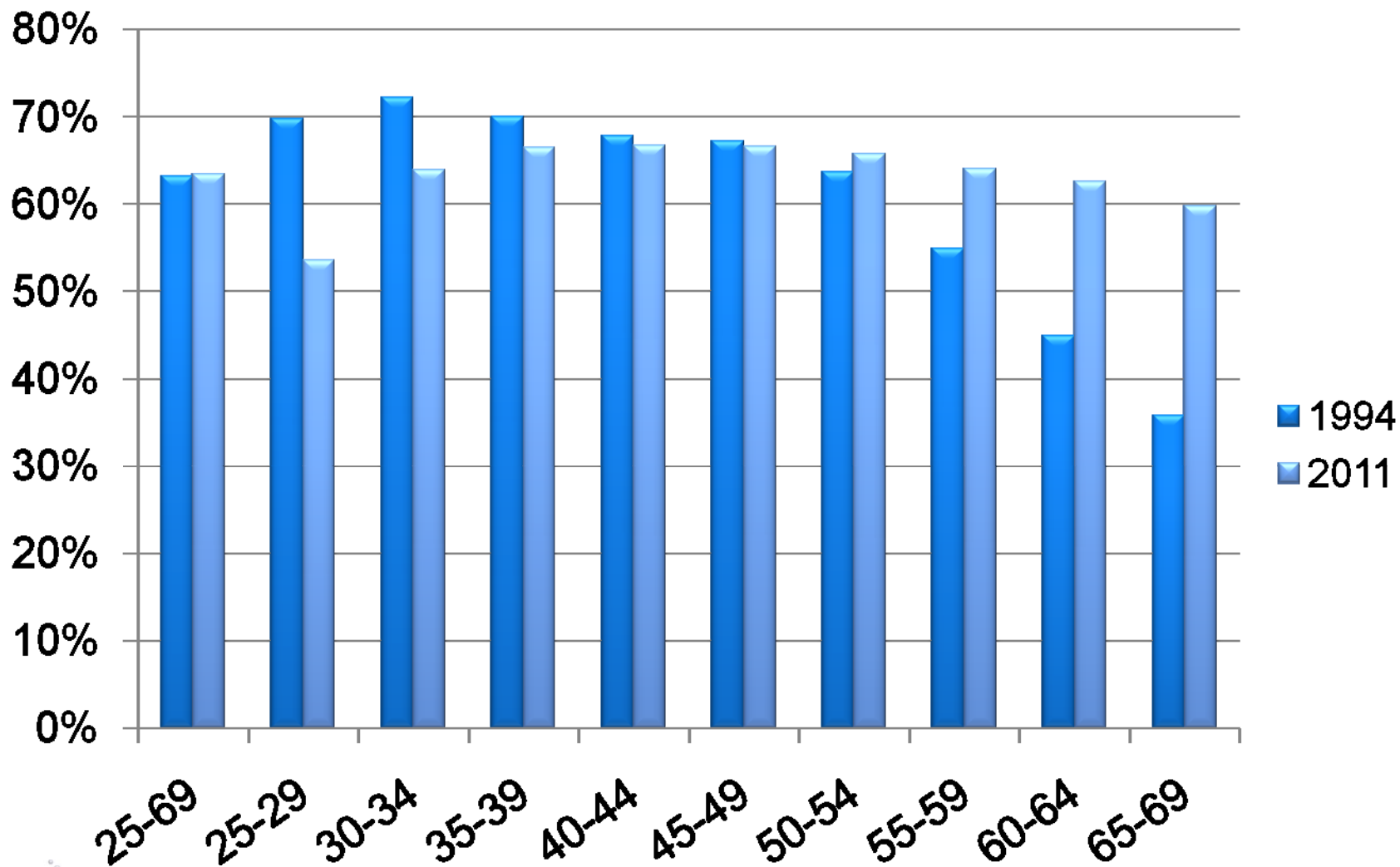
De facto praksis i dag per identifiserbare risikointervaller

	CIN3+ risiko over 3 år		de facto grense
3 år	0.22	5.67	0-6
1 år	6.62	13.52	6-15
utredning	18.69	74.04	15-

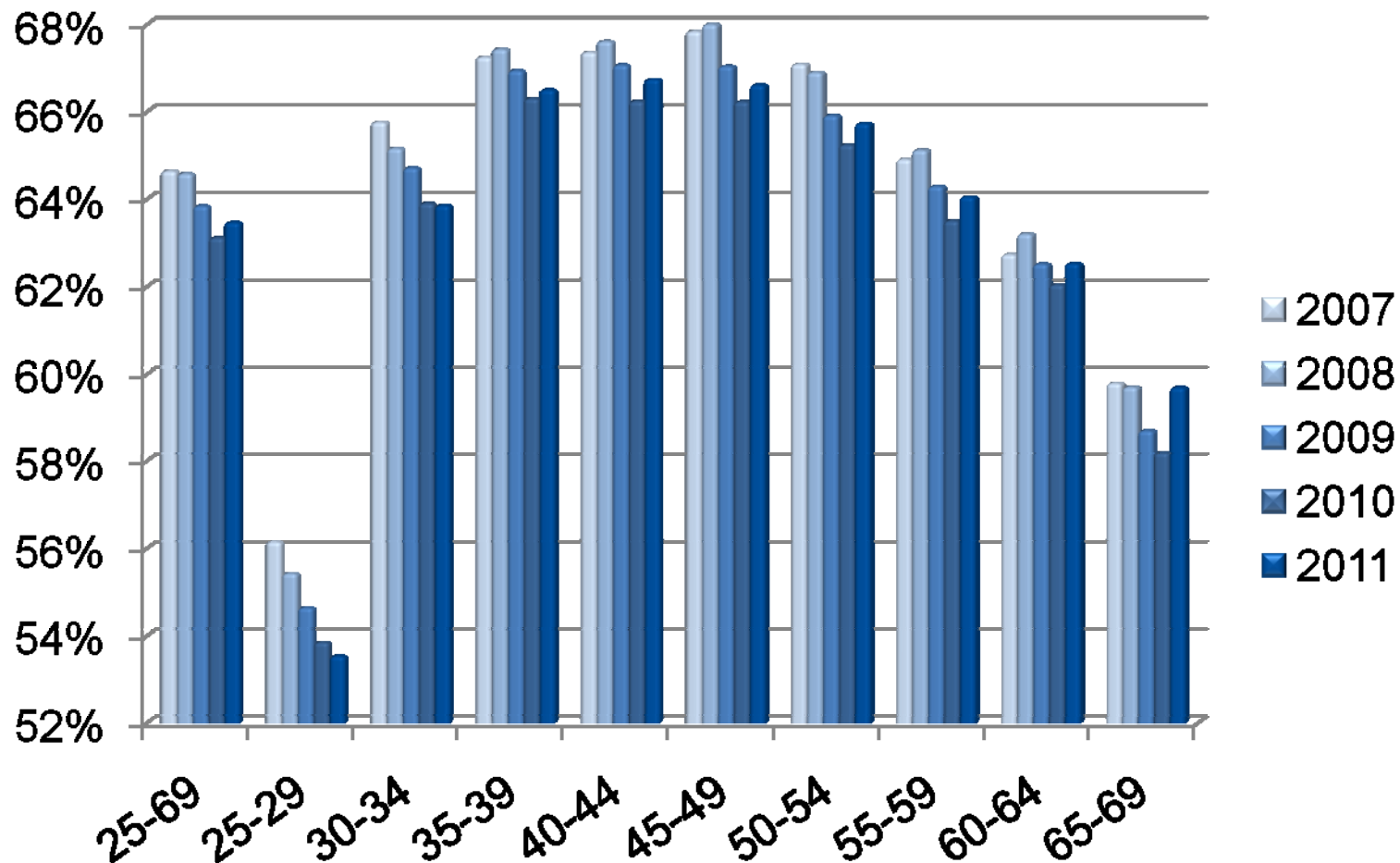
Dekningsgrad/oppmøte

- Høy dekning er den første forutsetningen for et effektivt program
- Målsettingen satt på 80% i det anbefalte intervallet
- Siden start av det organiserte programmet har antall screening prøver minsket og resten er bedre fordelt innen målgruppen med 3 års intervaller

Dekningsgrad – 3 år



Dekning - 3 år



Hvordan forbedre oppmøte

- Undersøke årsak til å ikke delta
- Utvikle informasjonsutbudet med nye kanaler?
 - NB: reservasjonsbrevet 2011
- Tilbud om hjemmetest
- Gratis prøvetaking
- Invitasjon med angitt tid og enkel ombokning
- Prøvetaking hos dedikerte, kvinnelige jordmødrer/sykepleiere

Celleprøver 2009-2011

% av alle kvinner

	16-24	70+	25-69	I alt
Ingen prøve	84.5	87.5	36.3	51.5
1 prøve	12.3	9.8	48.8	37.3
2 prøver	2.4	2.1	11.4	8.6
3 prøver	0.6	0.5	2.7	2.0
4 prøver	0.2	0.1	0.6	0.5
5 prøver	0.1	0.0	0.2	0.1
6 prøver	0.0	0.0	0.1	0.0
Totalt	100.0	100.0	100.0	100.0
Totalt antall	312955	301352	1395793	2010100

Celleprøver – cytologiske resultat

2011

Høyeste morfologi pr kvinne

	16-24 år	25-69 år	70+ år
Morfologi	%	%	%
Benign	83.8	93.5	96.0
Uegent	3.5	2.0	1.3
ASC-US	6.0	2.4	1.2
LSIL	5.0	0.9	0.2
ASC-H	0.9	0.5	0.3
AGUS/ACIS	0.1	0.2	0.5
HSIL	0.8	0.6	0.2
SCC/ACC	0.0	0.0	0.2
Metastase/	0.0	0.0	0.1
I alt	100.0	100.0	100.0

2010

Høyeste morfologi ved histologi

Morfologi	16-24 år		70+ år		25-69 år		Total
	n	%	n	%	n	%	n
Ikke dysplastisk	171	28.6	1110	89.2	10363	69.2	11644
CIN1	118	19.8	25	2.0	1020	6.8	1163
CIN2/CGIN	72	12.1	9	0.7	586	3.9	667
CIN3/AIS	232	38.9	38	3.1	2703	18.1	2973
Cancer	4	0.7	45	3.6	273	1.8	322
Metastase	0	0.0	17	1.4	23	0.2	40
Totalt	597	100.0	1244	100.0	14968	100.0	16809

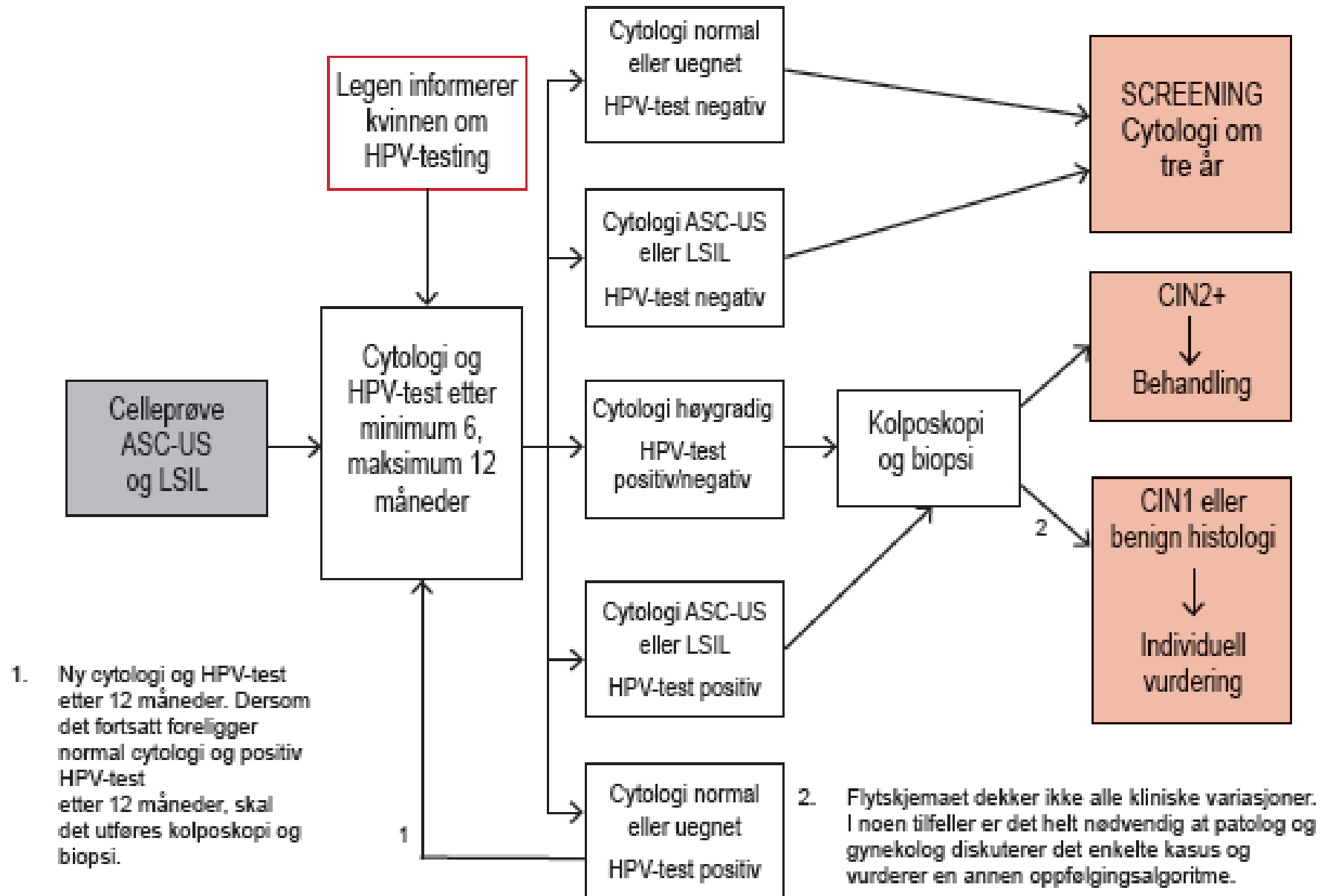
Samsvar mellom cytologi og histologi

Cytologi							
2010	Prosent med hist	CIN1	CIN2	CIN3	Irr.cyl.epitel	Cervix Ca	Annet
ASC-US	11.4	21.8	14.6	22.6	0.8	0.6	1.3
LSIL	21.6	30.1	19.2	23.0	0.1	0.3	0.9
ASC-H	68.9	12.1	15.9	40.1	1.3	1.1	1.7
AGUS/ACIS	62.0	6.1	3.5	18.0	11.9	2.6	2.9
HSIL	68.6	6.0	14.2	60.7	1.3	2.2	1.5

Screeningprogrammet: Teori og praksis

- Evaluering av algoritmen (per protocol, efficacy)
- Evaluering av funksjonen (intention-to-treat, effectiveness)
 - **63%** tar screeningprøve innen et 3 års intervall
 - **64%** til sekundærscreening innen anbefalte 12 mån
 - **63%** ny prøve etter uegnet resultat innen 12 mån
 - **74%** med oppfølg av HØYGRADIGE cytologiske celleforandringer innen 12 mån!
- Informasjon, monitorering + feed-back

Flyttdiagram for nasjonal algoritme for utredning av ASC-US/LSIL og bruk av HPV-test i sekundærscreening, kvinner 25-69 år.



Brev i 2012

Type brev	Antall
25-åringer	32 341
Første påminnelse	237 956
Andre påminnelse	145 744
Uegnet prøve kontroll	3 905
Cytologikontroll	4 083
Histologikontroll	362
Totalt	424 391

Cytologi i 2012 - 403 357 prøver

Lab_nr	Normal	Normal ut sylinder epitel	Normal med blod og betennelse	Uegnet	ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	AGUS
1 *	86.4	3.23	1.67	3.44	2.52	0.74	0.96	0.88	0.084
3	88.7	2.31	3.73	2.88	1.31	0.28	0.29	0.46	0.048
7	83.9	3.88	2.27	3.57	3.32	0.57	1.44	0.85	0.153
8	82.9	2.11	2.32	5.66	4.28	0.90	0.75	0.65	0.393
10	91.3	4.70	0.61	1.03	0.76	0.33	0.57	0.51	0.139
11	90.0	1.65	2.02	1.74	3.47	0.36	0.43	0.24	0.039
12	80.3	5.13	0.39	7.07	4.98	0.61	0.86	0.46	0.207
13	80.6	3.58	1.21	2.93	6.73	1.44	2.25	0.99	0.289
14	84.0	5.51	2.44	1.63	3.07	0.21	2.04	0.78	0.181
15	88.2	4.18	0.94	2.72	2.22	0.46	0.60	0.46	0.129
16	82.9	4.68	0.85	3.25	4.74	0.90	1.54	0.84	0.179
17	87.2	3.47	2.06	0.89	3.80	0.62	1.21	0.66	0.084
18	89.5	1.97	1.86	2.59	1.26	0.56	1.27	0.82	0.171
19	79.8	6.14	0.33	6.23	3.95	0.29	2.06	0.95	0.193
20	84.3	4.33	1.92	5.81	1.78	0.14	1.04	0.61	0.045
21	87.9	3.56	1.36	2.54	2.28	0.76	0.83	0.53	0.126
23	80.0	5.89	1.22	1.32	7.76	1.15	1.82	0.68	0.102
26	62.5	0.00	0.00	1.79	0.00	8.93	7.14	12.50	1.786
Gjennomsnitt	85.1	3.66	1.90	3.54	3.29	0.59	1.09	0.66	0.148

Utfordringer for masseundersøkelsen

- Øke dekningsgrad og oppmøte i programmet
- Utvikle algoritmen for risikostratifisering av kvinner med moderat risiko
- Sikkerstille at kvinner med høy risiko (positiv screening test) blir fulgt opp og behandlet
- Om mulig, minske på antall screeningprøver og videre utredninger over livstid
- Bygge opp framtida algoritmer med nye metoder
- Koordinering med HPV-vaksinering
- Lovverk for programmet!

Fremtidens screeningprogram

- Ny Kreftregisterforskrift – passivt samtykke til registrering av negative prøver
- HPV-primærscreening muliggjør et lengre screening-intervall (høy negativ prediktiv verdi)
- Enkel og effektiv risikostratifisering med cytologi og nye molekulære metoder fra samme prøve
- Hjemmetest
- Sentralisering av laboratorievirksomhet for enhetlig kvalitet og bedre oversikt
- HPV-vaksinering

Annet aktuelt i Masseundersøkelsen

- Revidering av nåværende triage-algoritme
- Ny årsrapport – tilbakemeldinger inbjudes
- Nye nettsider – tilbakemeldinger ønskes

Stort takk for oppmerksomheten

