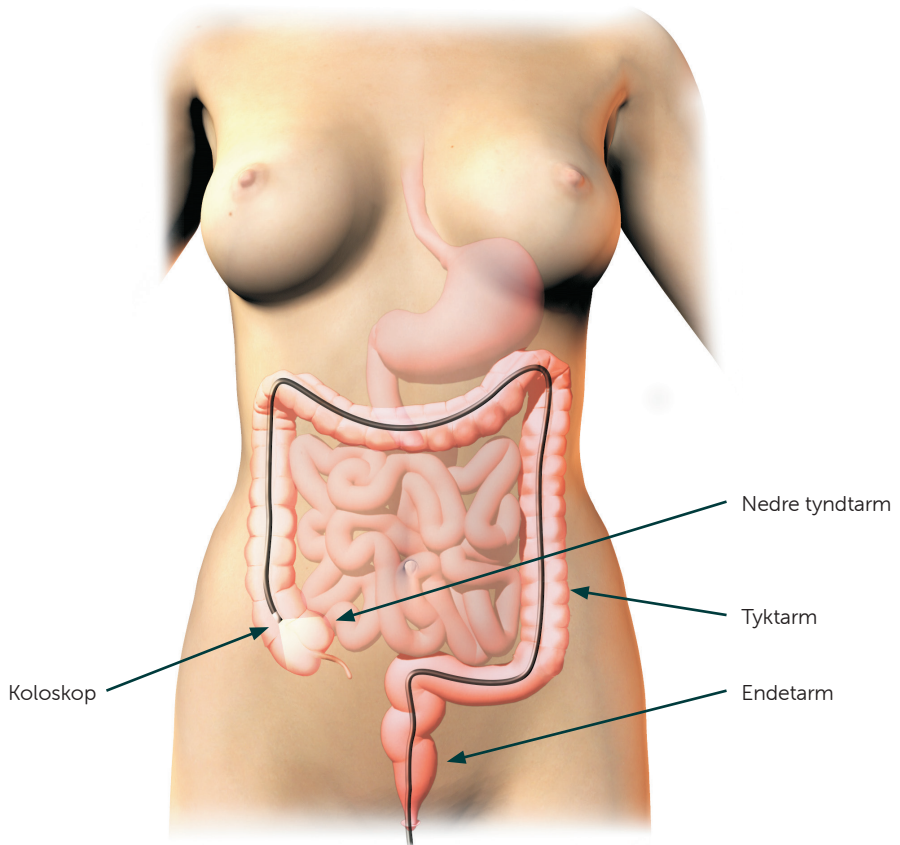


A photograph of a person sitting on a bed in a gym setting. The person is wearing a light grey t-shirt and blue jeans. They are holding a small blue object in their hands. The background shows a gym with dumbbells on a rack.

Screening for tarmkræft

redder liv!

Tarmkræft er blandt de hyppigste kræftsygdomme i Danmark. I år 2000 fik i alt 3.450 personer påvist tarmkræft. Hvis man ikke tilhører en risikogruppe, er risikoen for at udvikle tarmkræft 4 %. Hvis der er én i familien, som har haft tarmkræft, øges risikoen til 6 %. Er der flere i familien, som har udviklet sygdommen, er risikoen 17 %. Tarmkræft rammer alle samfundslag lige hyppigt.



Hvorfor bør der foretages screening?

Tarmkræft bliver ofte opdaget sent, fordi symptomerne først optræder sent i forløbet. På det tidspunkt er sygdommen ofte så fremskreden, at kun halvdelen af patienterne kan helbredes. Hvis tarmkræft påvises ved screening, d.v.s. når personen ikke har symptomer, vil til gengæld mindst 80 % blive helbredt. Derfor benyttes screening for tarmkræft mere og mere i visse lande.

I dag er kun 10 % af de påviste kræftknuder i et tidligt stadium, når man undersøger patienter med tarm-symptomer. En tidlig fjernelse af kræftknuden ved operation er den eneste behandling, der kan helbrede tarmkræft. Hvis chancen for helbredelse skal øges væsentligt, er det derfor nødvendigt at undersøge

personer med øget risiko for at udvikle tarmkræft. Dette bør gøres uanset, om de har tarmsymptomer eller ej.

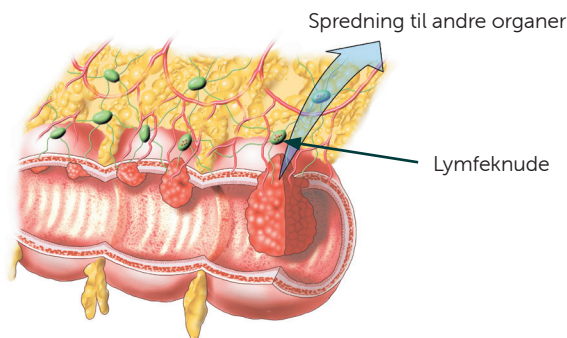
Hvilken form for screening?

Der findes flere metoder til screening for tarmkræft. Hvilken type, der anvendes, afhænger af situationen.

Undersøgelse af afføringen

Undersøgelse af afføringen for mikroskopiske mængder blod er den mest simple form for screening. Desværre er denne metode begrænset af, at den kun kan påvise kræftknuder eller polypper, når de bløder. Derfor påvises kun ca. 50 % af kræftknuderne og 10 % af polypperne ved denne metode.

Spredning af tarmkræft



Tarmkræft udvikler sig fra en polyp, som er forstadiet til kræft (stadie 0). Stadie 1 er en tidlig kræftknude, som ubehandlet vokser videre og ender i stadie 4, hvor kræften har spredt sig til lymfeknuder og / eller andre organer såsom lever og lunger.

Sigmoideoskopi

En sigmoideoskopi er en kikkertundersøgelse af endetarmen samt den nederste 1/3 af tyktarmen. Da det er i denne del af tarmen, at de fleste kræftknuder og polypper findes, kan man ved at kombinere en afføringsundersøgelse for blod med en sigmoideoskopi påvise de fleste kræftknuder og polypper hos personer uden tarmsymptomer.

Koloskopi

En koloskopi er en kikkertundersøgelse af hele tyktarmen og endetarmen. Derfor er koloskopi den mest sikre metode til påvisning af kræft og polypper i hele tyktarmen og endetarmen. Denne undersøgelse anbefales til:

- Alle med tarmsymptomer
- Personer hvor der ved en afførings-test er påvist blod
- Personer som tilhører en af de grupper, hvor der er høj risiko for at udvikle tarmkræft



Hvem bør screenes for tarmkræft?

Alle personer, som ikke tilhører nogen højrisikogruppe, bør fra 50 års alderen have foretaget afførings-test for blod hvert år, sigmoideoskopi hvert 5. år og koloskopi hvert 10. år. Tilhører du en højrisikogruppe, har du tarmsymptomer eller blod i afføringen, bør du have foretaget en koloskopi og lagt et screeningsprogram for fremtiden.

På Aleris tilbydes alle de anbefalede metoder til screening for tarmkræft. De foretages altid af vores speciallæge i mave-tarm kirurgi, der har meget stor rutine i denne slags undersøgelser og råder over det nyeste udstyr. Hvis der

påvises forandringer i tarmen, planlægges den videre behandling. Hvis alt er normalt, rådgiver speciallægen om valg af fremtidigt screeningsprogram på Aleris.

Sådan foregår en koloskopi

Ved en koloskopi føres koloskopet (en 160 cm lang bøjelig slange) op i endetarmen og videre op til starten af tyktarmen, hvor tyndtarmen kommer ind i tyktarmen.

Hvis der er mistanke om sygdom i nederste del af tyndtarmen, kan de nederste 10 - 15 cm af denne også undersøges.

Hvis der påvises sygdomsforandringer, bliver der taget vævsprøver, som sendes til videre undersøgelse. Findes der polypper, kan disse næsten altid fjernes i forbindelse med undersøgelsen.

Gør det ondt?

Der kan være perioder af undersøgelsen, hvor der føles et trykkende ubehag i maven, men sjældent egentlige smerter.

Hvornår tilhører du en højrisikogruppe?

- Hvis et nært familiemedlem såsom forældre/søskende har haft tarmkræft, bør du have samme screeningsprogram, som personer uden for højrisikogrupperne. Screeningen begyndes dog 10 år før den alder, slægtningen havde på diagnostidspunktet
- Hvis der i mere end én generation har været 2 eller flere nære familiemedlemmer med tarmkræft, er du i risiko for at have den arvelige tarmkræft Hereditær Non-Polyposis Colorectal Cancer. Du bør da henvises til HNPCC-registeret på Hvidovre Hospital for genetisk rådgivning. Det anbefales, at du får foretaget koloskopi hvert 2. år mellem 20 og 40 års alderen, og koloskopi hvert år fra 40 års alderen
- Hvis du har fået påvist polypper i tyktarmen eller endetarmen, bør du herefter få foretaget koloskopi med 1 - 4 års mellemrum afhængig af polyp type og antal
- Hvis du har fået fjernet en kræftknude fra tyktarmen eller endetarmen, bør du have foretaget koloskopi et halvt år efter operationen og herefter hvert 3. år
- Er du opereret for brystkræft, kræft i æggestokkene eller livmoderkræft, har du en risiko på 15 % for at udvikle tarmkræft. Derfor bør du have foretaget koloskopi hvert 5. år

- Hvis du har haft kronisk tarmbetændelse (IBD) gennem 10 år eller mere, har du en øget risiko for at udvikle tarmkræft og bør derfor have foretaget koloskopi med jævne mellemrum
- Hvis du har sygdommen Familiær Adenomatøs Polypose i familien, bør du henvises til genetisk rådgivning og evt. genetisk test. Genbærere eller personer, hvor arveligheden er uklar, bør have foretaget sigmoideoskopi hvert år fra starten af puberteten. Hvis sygdommen påvises, bør tyktarm og endetarm fjernes for at undgå udvikling af kræft

Patienttilfredshed

For at vi fortsat kan yde den bedste pleje, behandling og service, beder vi dig venligst udfylde vores tilfredshedsundersøgelse, som du vil modtage på mail, såfremt du har givet tilladelse hertil. Såvel positiv som negativ kritik er vigtig for os i vores bestræbelser på at yde det bedst mulige behandlingsforløb for vores patienter.

I alle afdelinger er der opstillet standere, hvor vi spørger dig, om du vil anbefale Aleris til andre. Du afgiver dit svar med blot ét tryk på den smiley du synes passer bedst.



Eventuelle klager over dit forløb på Aleris beder vi dig venligst fremsende direkte til Aleriss direktion, att. Den Virksomhedsansvarlige læge, Aleris Gyngemose Parkvej 66, 2860 Søborg.

Skulle du ikke ønske dette, kan du læse nærmere om klagemuligheder på Patientombuddets hjemmeside: www.patientombuddet.dk. Her finder du vejledning og klageskema.

Ønsker du at søge om erstatning for fejl, du mener, der er begået, retter du henvendelse til Patientforsikringen. Se vejledning og klageskema på www.patientforsikringen.dk.

Aleris Hospitaler - Vest

Aalborg

Sofiendalsvej 97
DK - 9200 Aalborg SV
Tlf. +45 3637 2750
aalborg@aleris.dk

Esbjerg

Bavnehøjvej 2
DK - 6700 Esbjerg
Tlf. +45 3637 2700
esbjerg@aleris.dk

Aarhus

Brendstrupgårdsvej 21 A, 1. sal
DK - 8200 Aarhus N
Tlf. +45 3637 2500
aarhus@aleris.dk

Herning

Poulsgade 8, 2. sal
DK - 7400 Herning
Tlf. +45 3637 2600
herning@aleris.dk

Aleris Hospitaler - Øst

København

Gyngemose Parkvej 66
DK - 2860 Søborg
Tlf. +45 3817 0700
kobenhavn@aleris.dk

Ringsted

Haslevvej 13
DK - 4100 Ringsted
Tlf. +45 5761 0914
ringsted@aleris.dk

www.aleris.dk

KUJF 32
KUJF 35