

Disposisjon

- Screening – i dag og framover
- Hvorfor HPV-test/Hva er gjort?
- Resultater fra primærscreeningen
- Erfaringer
- Veien videre

- Tilstanden bør være en viktig dødsårsak og ha en betydelig forekomst i befolkningen
- Det naturlige forløpet bør være kjent
- Behandling for tidlige stadier bør bedre overlevelse
- Testen bør være akseptabel for pasientene
- Effektiv behandling må være tilgjengelig
- Screening bør være kostnadseffektiv

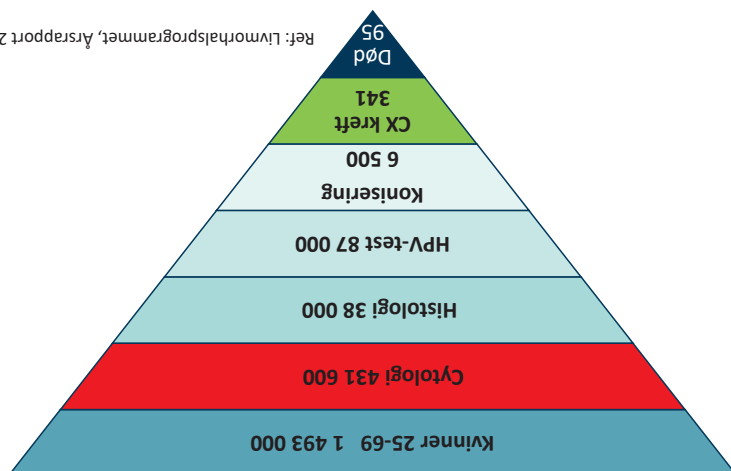
Screeningkriterier

«Redusere forekomst og dødelighet av livmorkreft ved å identifisere og behandle forstadier til kreft, samt å redusere dødeligheten ved etablert kreft ved å påvise sykdommen på et tidlig stadium»

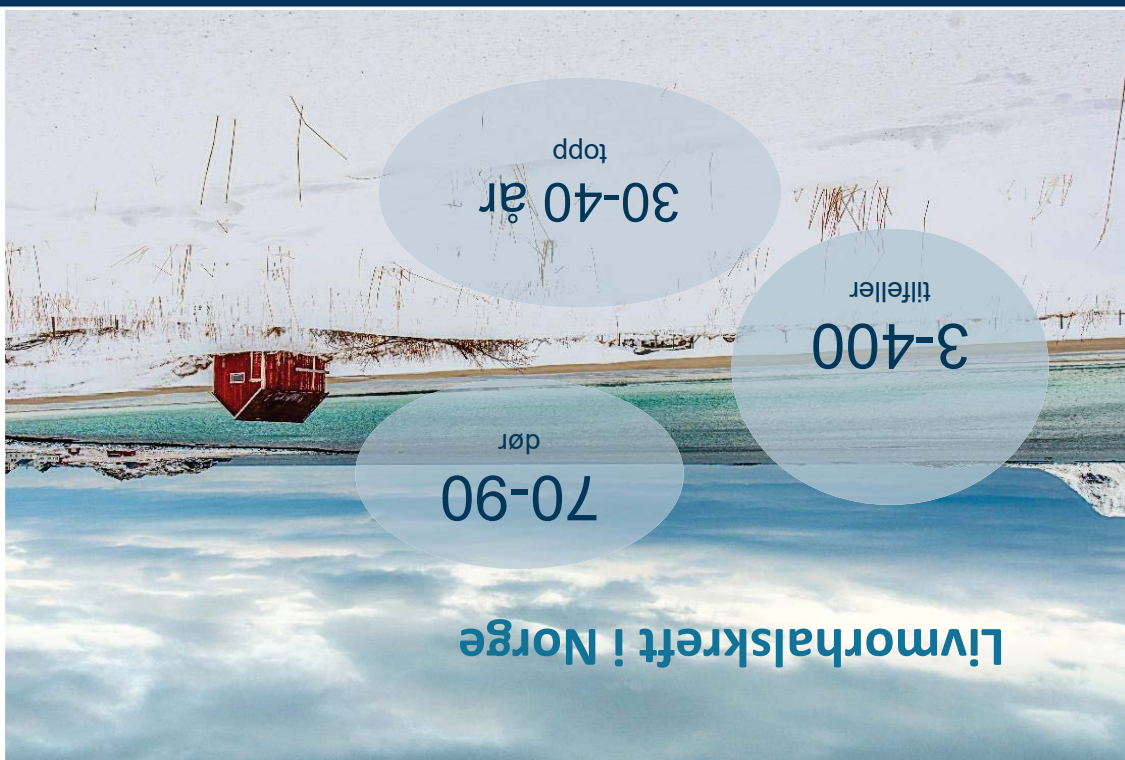
Formål Livmorkreftprogrammet

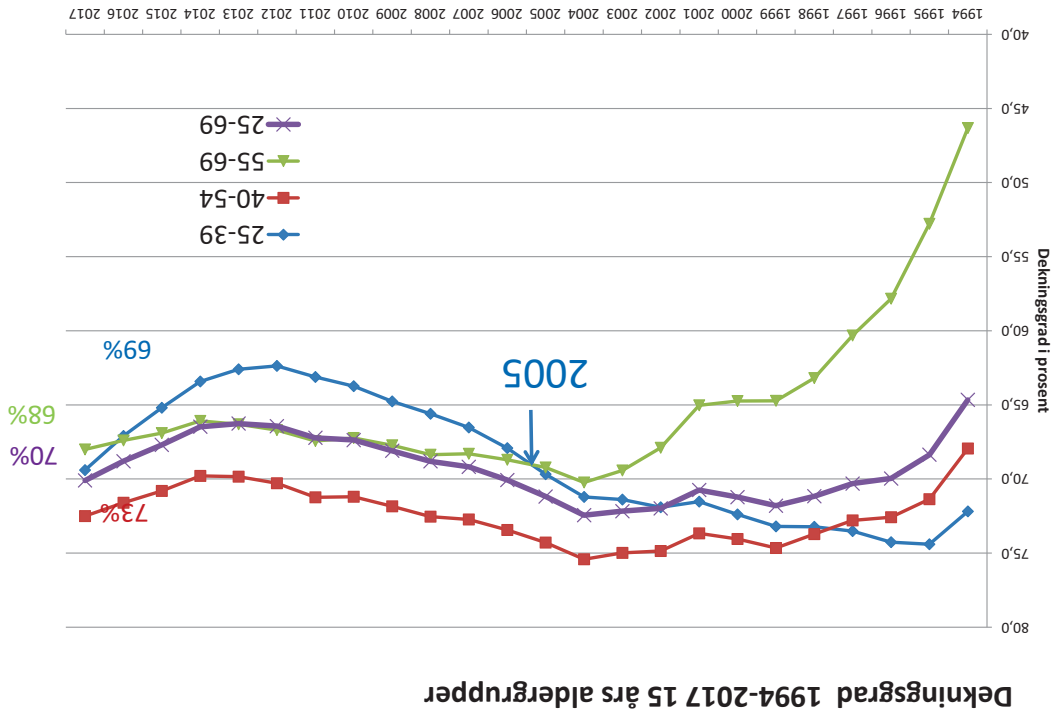


Ref: Livmorhalsprogrammet, Årsrapport 2016

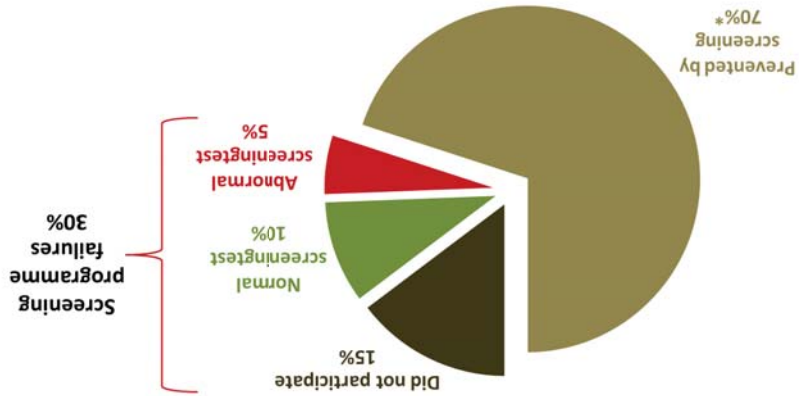


Screening aktivitet 2016: 3,5 års dekningsgrad 68,6%



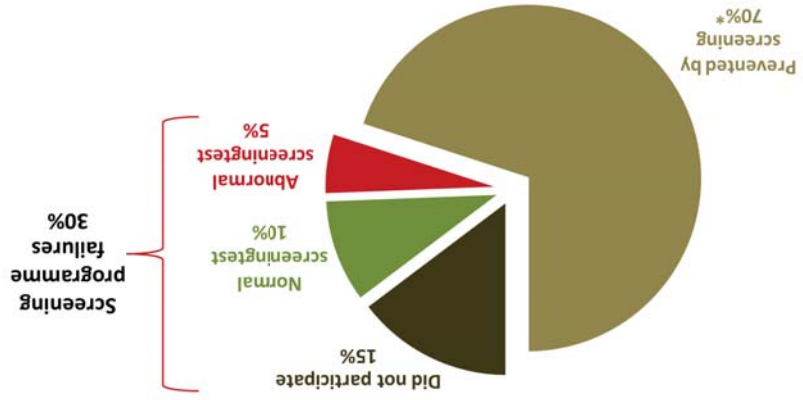


Lönberg et al. 2017 in preparation, * basert på Lönberg et al. 2015 IJC

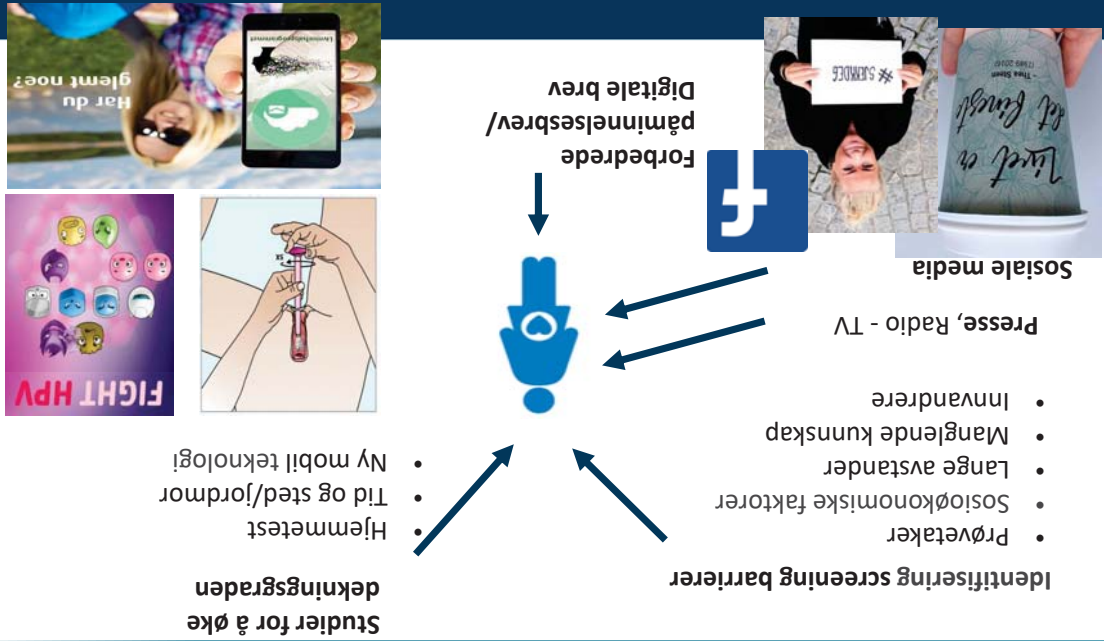


Forebygging av livmorhalskreft - deltageise

Lönberg et al. 2017 in preparation, *basert på Lönberg et al. 2015 IJC



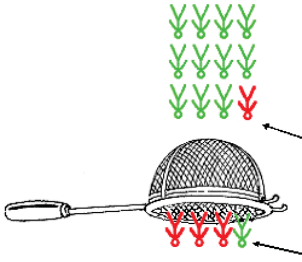
Forebygging av livmorkræft – normal screeningprøve



Hvordan få grupper som ikke sjekker seg i dag til å gjøre det?

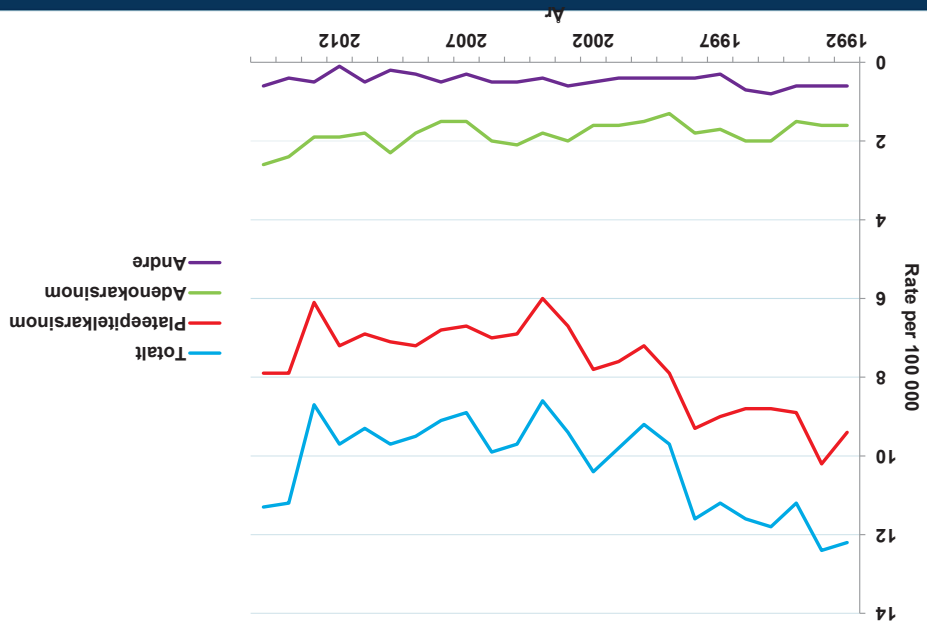
Men hvis man har symptomer som blødning, smerter, illektende utflod skal man ta kontakt med lege
 uansett alder

1-2 tilfeller per 10 000 normale prøver tatt for 3,5 år siden

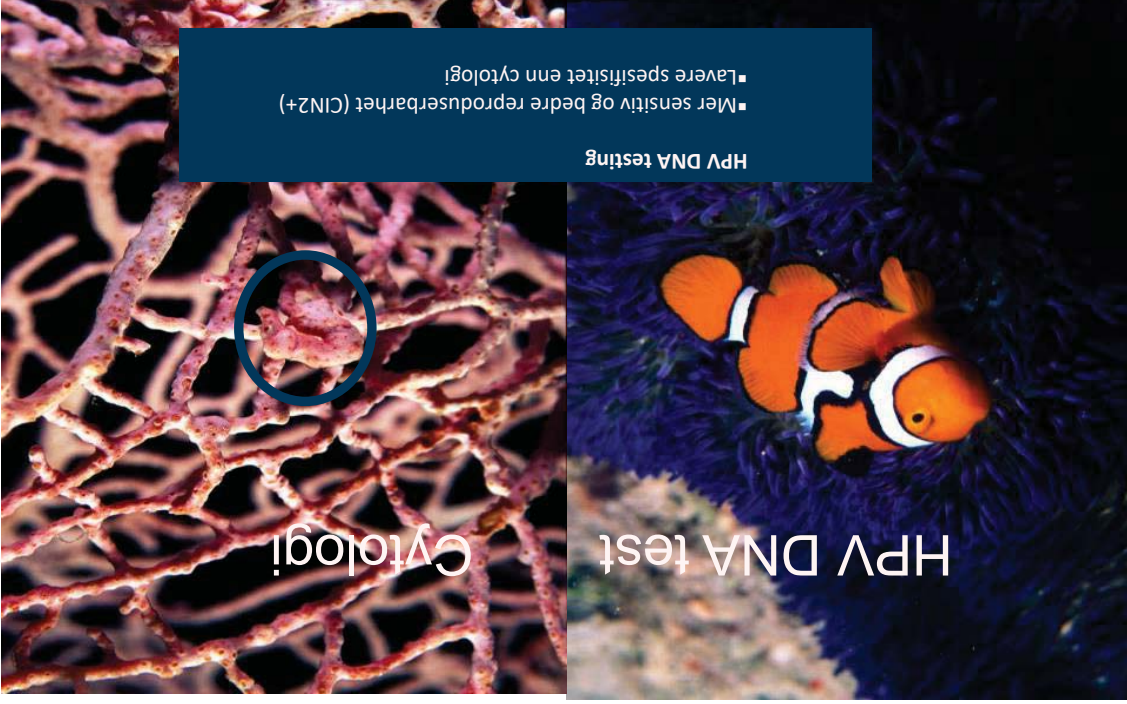


JA

Kan man stole på en normal celleprøve?



Aldersjustert insidensrate (W) av livmorhalskreft i Norge etter histologisk type, 1992-2015



HPV smitte

- Omtrent 70-80 prosent av alle kvinner og menn vil bli smittet av HPV en eller flere ganger i løpet av livet



- HPV-test er mer sensitiv enn celleprøve
- Screeningintervallet kan utvides fra 3 år til 5 år uten at antall tilfeller av livmorhalskreft øker
- Færre kontroller i løpet av livet for kvinner med negativ HPV-test
- Oppdage flere alvorlige celleforandringer tidligere!
- 2015 EU anbefalte HPV-screening for kvinner over 34 år

Hvorfor erstatte celleprøver med HPV-test?

Historikk – hva ble gjort

Utfordringer med HPV-test i primærscreening

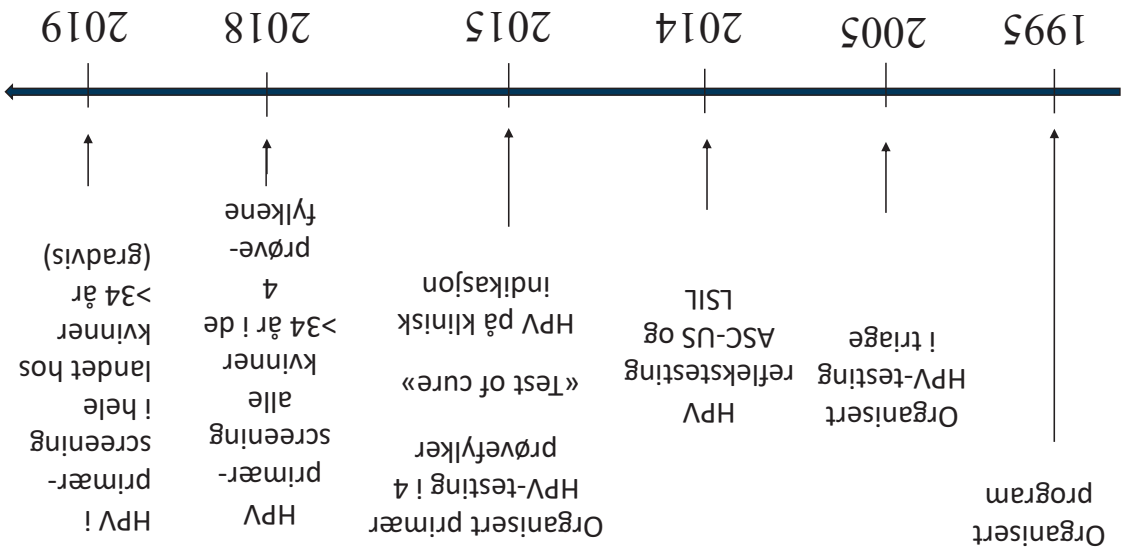
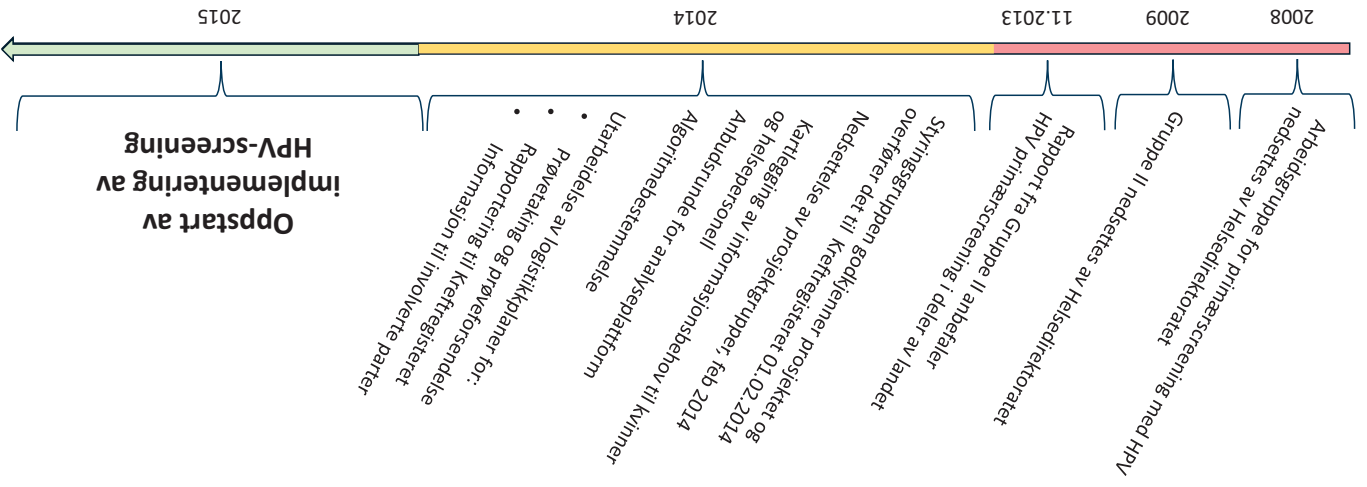
- Flere kvinner har positiv HPV-test enn kvinner med unormal celleprøve
- Antall kontroller, biopsier og koniseringer øker i første screeningrunde
- Hvordan er aksepten blant befolkningen?
- Hvordan påvirkes oppmøte?

- Overgang til ny screeningstest krever:
kontrollert innføring og overvåkning

Etablering av standarder for regionen, nye oppfølgingsrutiner
Håndtering av screening, diagnostiske og terapeutiske intervensjoner

Hvorfor bare HPV til kvinner 34-69 år?

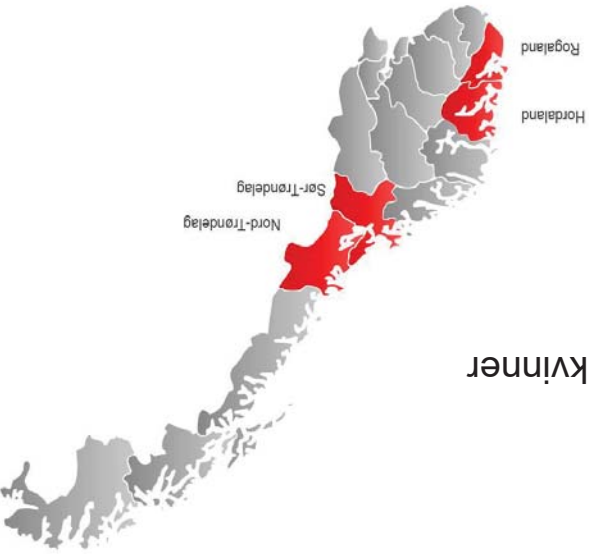
- Omtrent 6-7 % av kvinner 34-69 år vil ha positiv HPV-test
- Blant kvinner 25-33 år vil 30 % ha positiv HPV-test



Livmorkrebsprogrammet i ændring

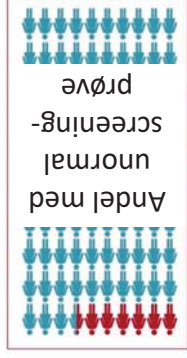
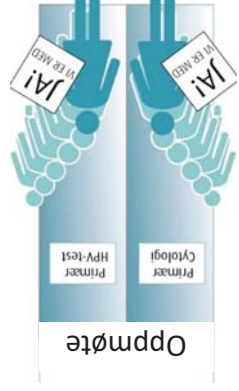
Implementering av primær HPV-test i fire fylker

- Oppstart 1. februar 2015
- 25-33 år: cytologi hvert tredje år
- 34-69 år: HPV-test hvert femte år til partallskvinner
- 50:50 randomisering
- 185 000 kvinner pr 31.12.2017

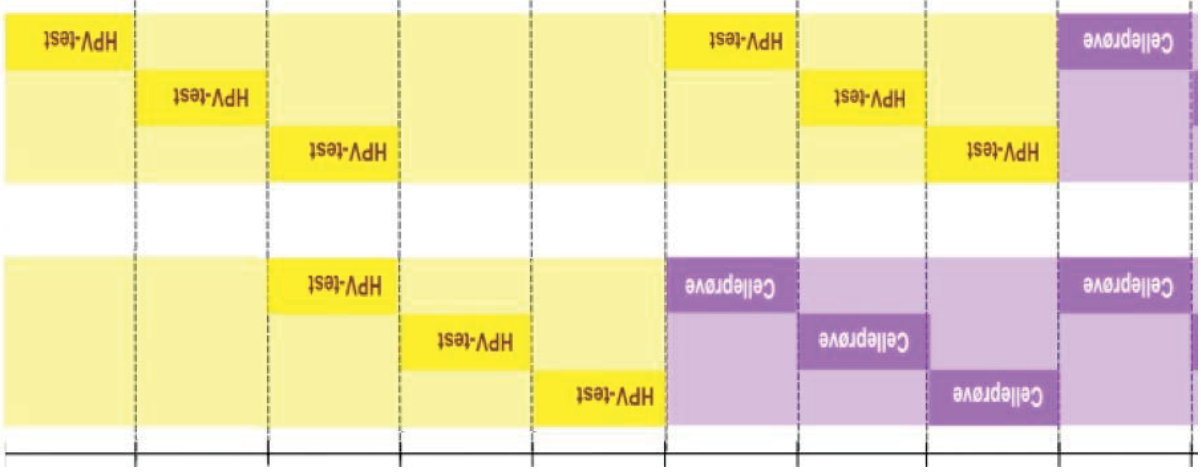


Implementering av primær HPV-test i fire fylker

- Prøvene analysert på tre laboratorier
- Cobas 4800 HPV-test og ThinPrep
- Monitoreres jevnlig på korttidsendepunkt



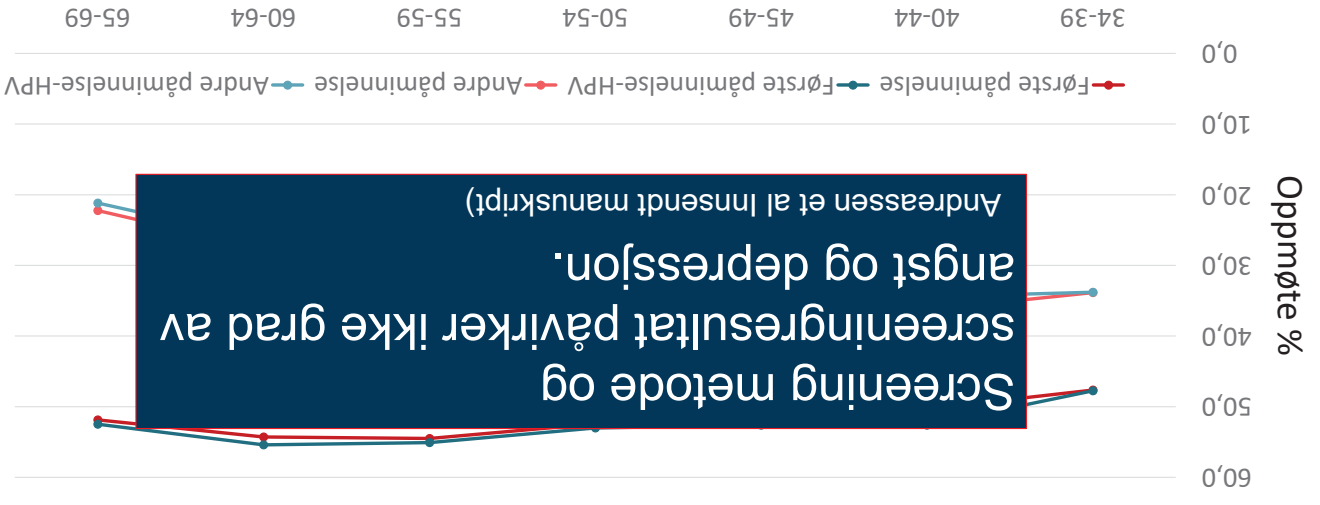
Hvorfor randomisert implementering?



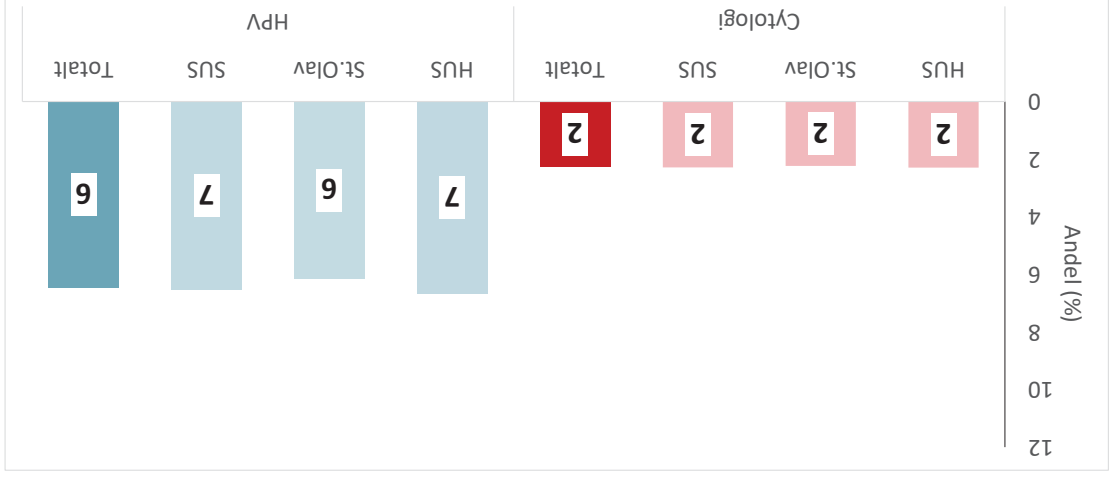
- Belastningen av infrastrukturen, patologi og gynecologitjeneste reduseres
- 4-5 ganger flere HPV-tester og ca 25 % mindre i cytologi diagnostikk ved 1ste runde
- Betydelig økning i henvisninger til gynecolog og patologi laboratorier, spres over fem år i stedet for de første tre årene
- Bedre fordeling av antall screeningprøver pr år
- Gir mulighet til direkte sammenlikning av begge screeningsmetoder
- Avdekke mulige uforutsigbare faktorer i rutinemessige driftssituasjoner
- Trygghet og aksept for endringer
- Mulighet for helsepersonell til å gradvis få erfaring med nye rutiner og innhente nødvendig kompetanse og ressurser

Hvorfor randomisert implementering?

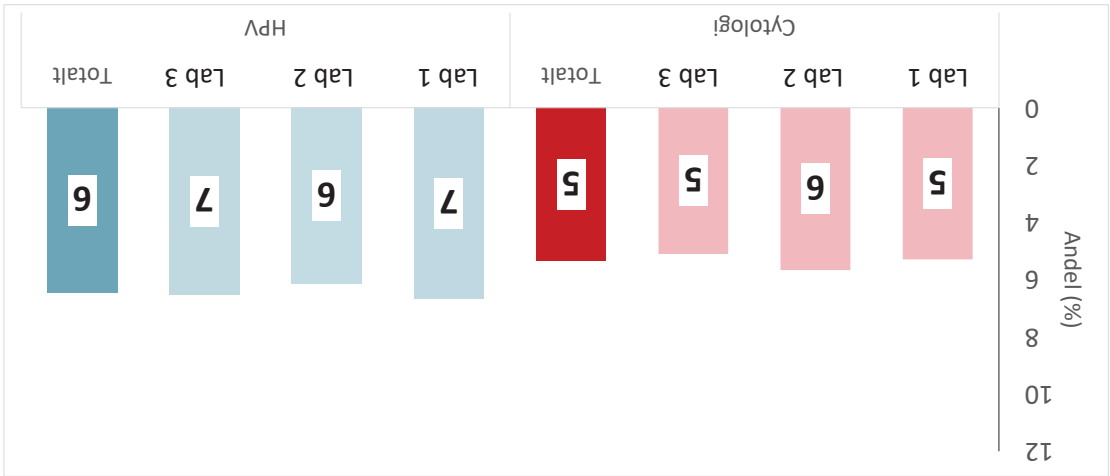
Oppmøte etter påminnelse



Erfaringer og resultater

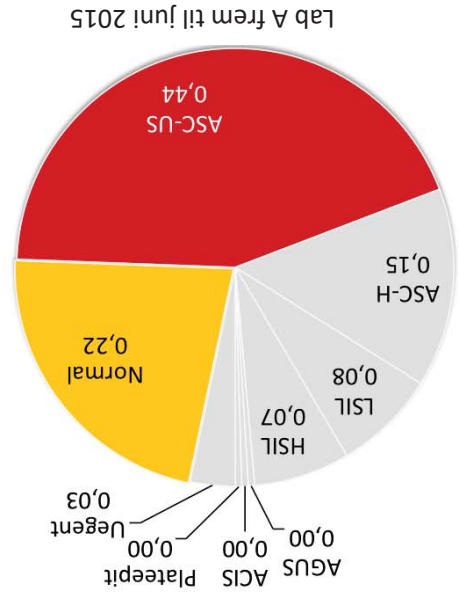


% prøver med unormalt resultat som følges opp for neste screeningrunde

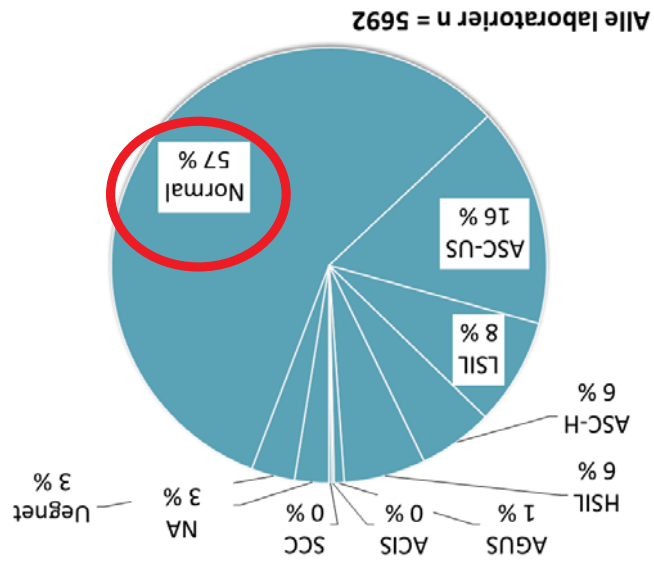


% prøver med unormalt resultat

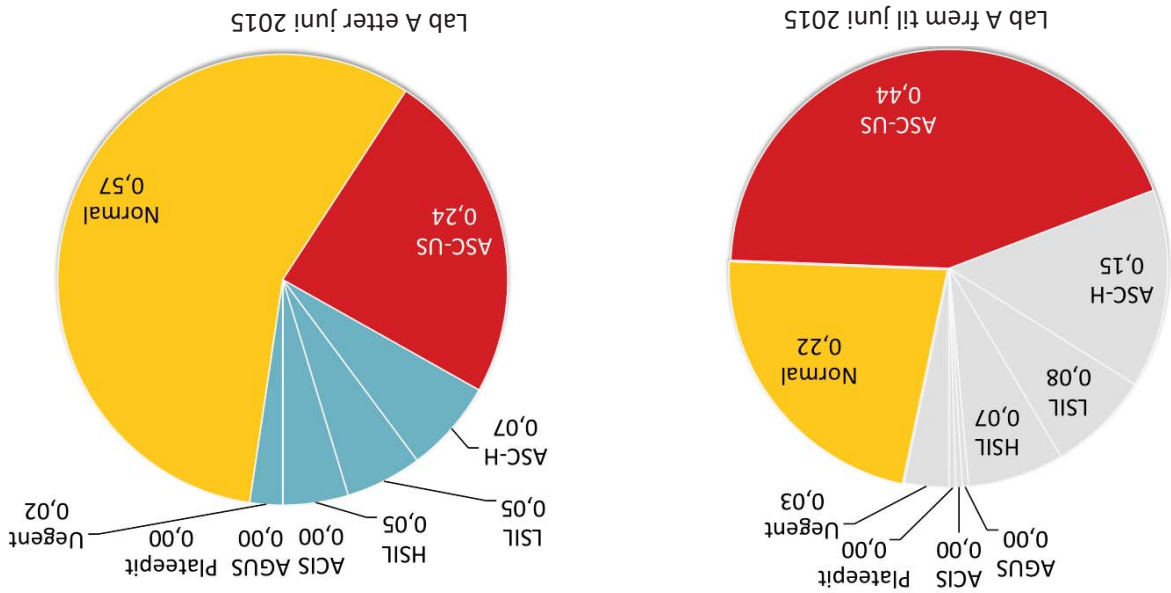
HPV-screening: Overdiagnostikk av ASC-US etter HPV+ screeningstest?



HPV-screening: Cytologi diagnoser hos HPV positive kvinner



HPV-screening: Overdiagnostikk av ASC-US etter HPV+ screeningstest?

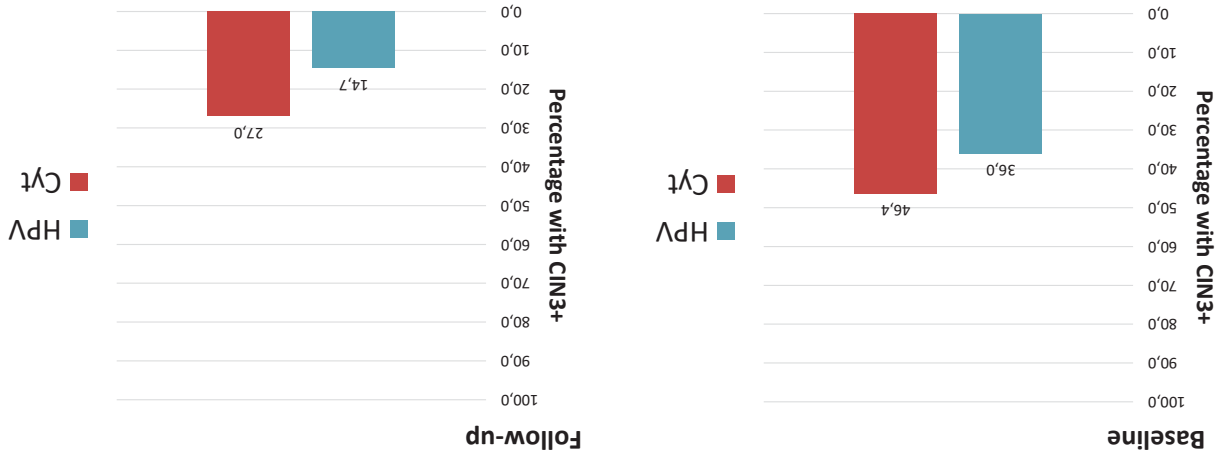


Oppsummering – økning i antall opptølgingsprøver

- Mer enn 3 ganger så mange kvinner anbefales opptølgingsprøver

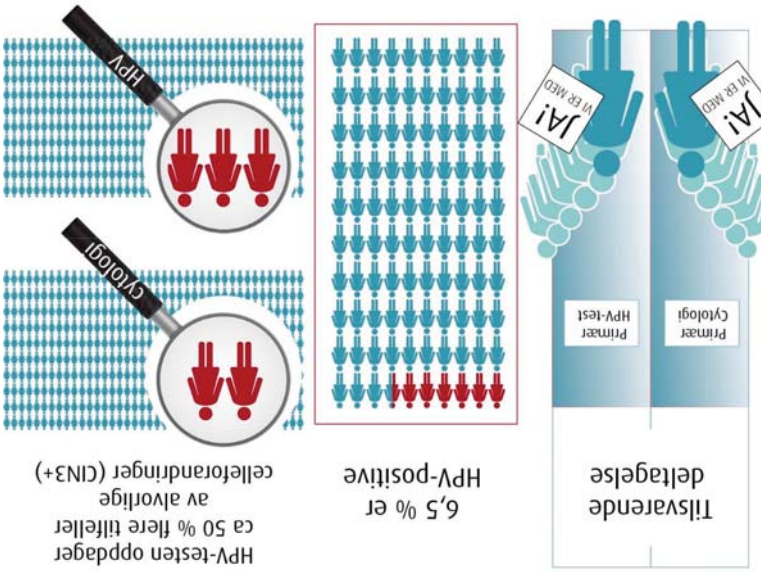
Økning i antall biopsier

- Totalt 40% økning i antall kvinner med biopsi.
- Dobling i antall kvinner som henvises til kolposkopi og biopsi etter algoritmen.



% CIN3+ blant kvinner henvist til kolposkopi og biopsi.

Kvaliteten på algoritmen



Resultater fra HPV screening i prøvfyllkene
185 000 women
pr 31.12.2017

Oppsummering – kortidsendepunkt

2017: 650 koniseringer



2015: 250 koniseringer

Hvordan ble det i Trondheim?

70-100 flere koniseringer i de 4 fylkene i topp årene



Hva forventet vi?

Utarbeidet av arbeidsgruppe bestående av:
Ying Chen, Christine Jonassen, Irene Kraus Christiansen, Kine Pedersen, Ameli Tropé og Birgit Engesæter

Ny algoritme baserer seg risikovurdering og pragmatisk tilnærming.

- Kapasitet
- Risikovillighet
- Legene og kvinnenes aksept
- Harmonisering mellom HPV- og cytologi-screening

Allozitmené må tilpassés:

Allozitmené optimaliseringen:

- Antall biopsier ble tredoblet for kvinner i HPV-armen til tre dager i uken
- Stavaner økte antall poliklinikkdager for kolposkopi / biopsi fra en dag i uken til tre dager i uken
- Antall koniseringer ble tredoblet
- I Trondheim økte antall koniseringer fra 250 pr år til 750 pr år
- Antall hysterektomier økte

Erfaringer fra prøvetykkene

Ny algoritme fra 1.juli 2018

Basert på risikovurdering fra norske og internasjonale data, samt pragmatisk tilnærming

Mål:

Redusere antall normal/CIN1 biopsier uten å redusere effektiviteten av screeningprogrammet



Flytskjema

versjon 1. juli 2018

Hvorfor er livmorsprøven tatt?
 Først må fylles ut årsak til prøve og opplysninger relevante for vurdering av prøven.

Symptomer
 JA

Oppfølging etter uklaarte høygradige cellforandringer og/eller persisterende HPV positive
 JA

Oppfølging etter konsesering siste 10 år
 JA

Oppfølging etter normal/lavgradig cytologi og positiv HPV
 JA

Screeningprøve, ingen unormale prøver siste tre år

Cytologi*
 - 25 - 33 år som fortsatt screenes m/cytologi
 - 34 - 69 år som fortsatt screenes m/cytologi

HPV-test*
 - 34 - 69 år

Normal**
 HPV negativ

Lavgradig
 cytologi
 HPV positiv (L1/L2)

Høygradig
 cytologi
 HPV positiv (L1/L2)

Unormale/Normal
 cytologi
 HPV positiv (L1/L2)

Lavgradig
 cytologi
 HPV positiv (L1/L2)

Høygradig
 cytologi
 HPV positiv (L1/L2)

Normal
 cytologi
 HPV negativ

HPV-test om 12 måneder

HPV-test om 24 måneder

HPV-test om 3 år****

Henvisning til kolposkopi og biopsi

Risiko for alvorlige cellforandringer (CIN2+)

Forventer

Figur- og begripforklaring

Legg til kommentar

Legg til kommentar

Legg til kommentar

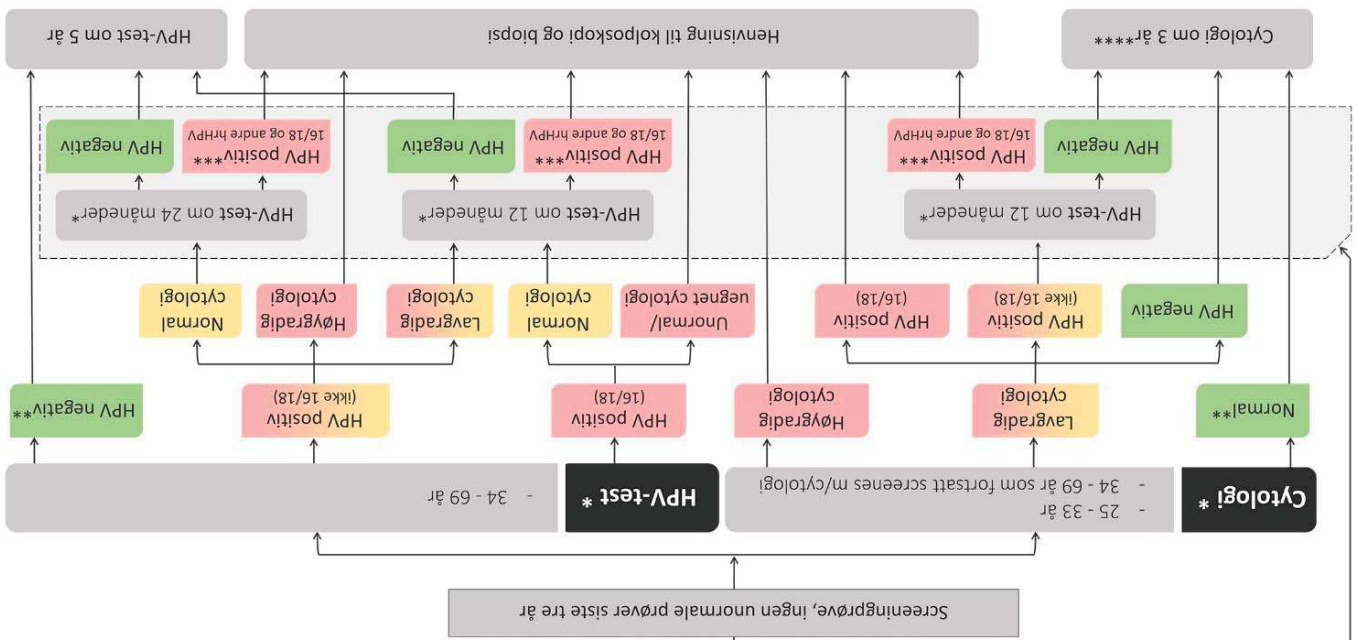
Legg til kommentar

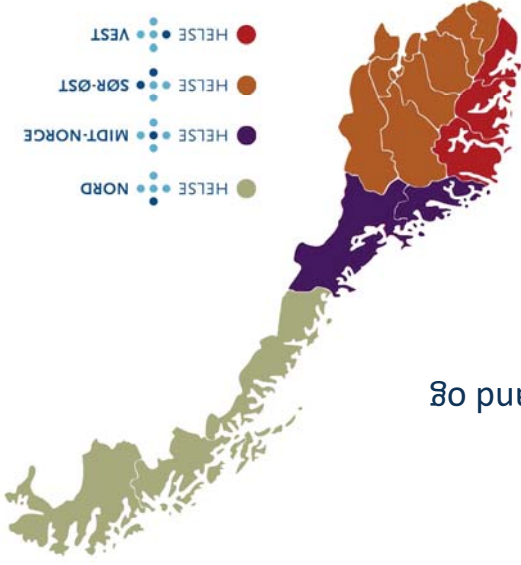
Nye prosedyrekoder

- Cytologi screening P06000
- HPV screening P06001
- Henvist pga symptom P01537
- Henvist til kontroll P01538
- Henvist til kontroll etter behandling P01540



Vaksinerte kvinner må følge Livmorkalsprogrammet





Cytologi screening

- Alle kvinner 25-33 år i hele Norge
- Kvinner > 34 år med unntak av Trøndelag, Rogaland og Hordaland

HPV screening

- Alle kvinner 34-69 år i Trøndelag, Rogaland og Hordaland
- Gradvis innføring 2019-2021 for alle kvinner > 34 år i resten av landet

Veien videre

- Hva må på plass:**
1. HPV-laboratorier
 2. HPV analyseplattform
 3. Plan for gradvis og randomisert innføring
 4. Tilgang til screeningshistorikk
 5. Elektronisk meldesystem
 6. Informasjon om ny screeningstest

Primær HPV-test medfører store endringer i arbeidsoppgaver og kompetansekrav, behov for nye IT-systemer og endring av infrastruktur ved laboratoriene.

Refleksjoner rundt nasjonal implementering

- Sogn og Fjordane (HUS), Møre og Romsdal (Alesund) og HelseNord (UNN og Sykehuset Nordland) starter 1. januar 2019 med HPV screening til kvinner født på partallsdato og mellom 34 og 69 år.
- Østfold og Vestby (SØ) starter 1. mars 2019 med HPV screening til kvinner født på partallsdato og mellom 34 og 69 år.
- Resten av HSØ avventer oppstart til LVMS er på plass.
- Monitorering hver tredje måned fra kreftregisteret

Implementeringsplan

<https://www.kreftregisteret.no/livmorhals>

- På kreftregisterets hjemmeside:
- Flytskjema HPV primær
 - Flytskjema cytologi primær
 - Pasientinformasjon

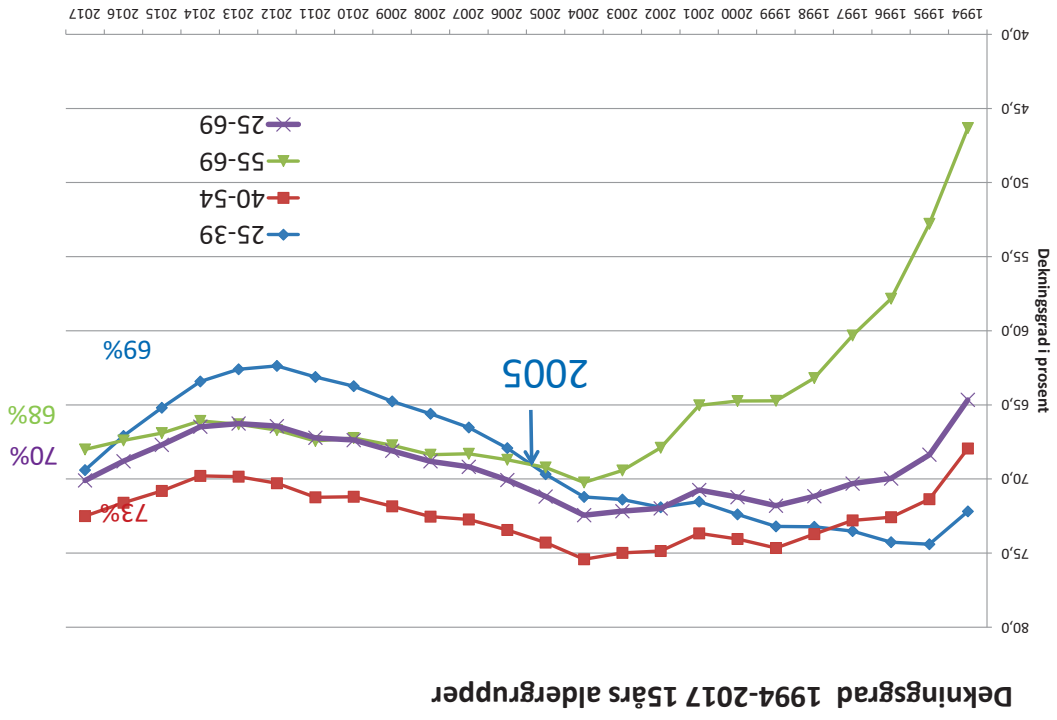


Den som leter, den finner.

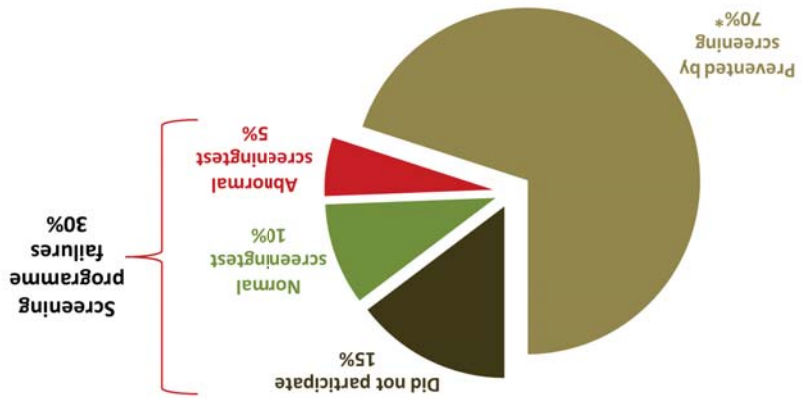
www.livmorhalsprogrammet.no

- Informasjon i alle ledd
- Unngå villscreening
- Øke **kapasitet** hos gynekologer og patologer i en overgangsperiode på 3-5 år
- Øke kompetansen

Plan for implementering av HPV i primærscreening



Lönberg et al. 2017 in preparation, * basert på Lönberg et al. 2015 IJC



Forebygging av livmorhalskreft

Birgit Engesæter
Ameli Tropé
Mari Nygård
Maj Liv Eide
Olav Wintermyr
Jannicke Berland
Christine Jonassen
Irene Kraus Christiansen
Philip Castle
Ole Erik Iversen

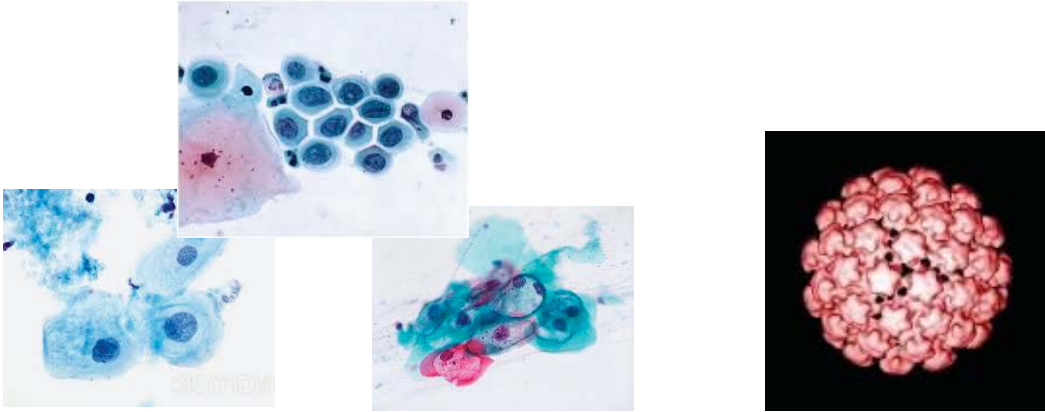


Takk til:

- Preliminære resultat fra 170.000 kvinner i rutine screening
- Tilsvarende oppmøte og dekningsgrad
- HPV-prevalens hos kvinner mellom 34-69 år: 6.5%
- 50% flere kvinner diagnostisert med CIN3+ etter primær HPV screening
- Totalt 40% økning i antall kvinner med biopsi. Mer enn dobling i antall biopsier med henvisninger etter algoritmen. Reduseres i andre screeningrunde



Oppsummering



Cervixcytologi

HPV-test

2 metoder for cervix screening