



Odense, 28. juni 2024

Høringssvar fra Dansk Selskab for Gynækologi og Obstetrik (DSOG) på høring i forbindelse med anbefaling om overgang fra cytologiscreening til HPV-screening for de 30-59-årige kvinder i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet

DSOG takker for muligheden for at kommentere på ovenstående.

Indledning

1. I Danmark varetages udredning, behandling og opfølgning af celleforandringer på livmoderhalsen af gynækologer i private klinikker eller på hospitalsafdelinger.
2. Udredning for og behandling af forstadier til livmoderhalskræft er en del af målbeskrivelsen for speciallægeuddannelsen i gynækologi og obstetrik. Det betyder, at udredning og behandling varetages af læger med en varierende grad af erfaring. Derfor er det vigtigt, at der foreligger nationale retningslinjer på, hvordan kvinderne udredes, hvem der skal behandles og hvordan, samt hvordan kvinderne følges op efter behandling for at sikre ensartet kvalitet i patientbehandlingen og mindske ulighed.

Kommentarer

1. DSOG bemærker, at man baserer de nye anbefalinger på præliminære data fra den differentierede implementering af HPV-screening. Internationale studier bekræfter, at HPV-baseret screening er bedre end cytologi-baseret screening, idet en HPV-negativ test er forbundet med en lavere risiko for svær dysplasi og cancer i de efterfølgende 5 år end en normal cervixcytologi(1-3). Der er ikke argumenteret for, hvorfor man ikke inddrager resultater fra udlandet, der viser, at HPV-screening fører til en stigning i antallet af kvinder, der anbefales henvist til gynækolog. Vi beklager, hvis man beslutter, at initiativet med differentieret screening ikke følges sufficient op, så det er muligt klinisk at vurdere den egentlige forskel og effekt mellem de to screeningsmetoder.
2. DSOG finder det problematisk, at der lægges op til at skifte til HPV-baseret screening for kvinder i alderen 30-59, uden at man har afklaret, hvordan HPV-positive kvinder skal triageres. Den differentierede screening og de mange flowcharts, der varierer ift. kvindens alder (kvinder over 60 triageres anderledes end kvinder på 30-59), fødselsdato og region, har ført til stor forvirring blandt gynækologer, der varetager udredning, behandling og opfølgning af screenings-positive kvinder samt praktiserende læger. Det har, som det også står anført i dokumenterne, ført til, at flere kvinder er blevet henvist til gynækolog, uden at

der nødvendigvis har været en lægelig indikation herfor. For at mindske risikoen for unødvendige undersøgelser og overbehandling, finder DSOG det vigtigt, at der foreligger en plan for, hvordan HPV-positive kvinder skal triageres, inden HPV-screening indføres for alle kvinder på 30-59 år. Det er i den henseende også vigtigt, at man ikke triagerer så meget, at effekten af at skifte til den mere følsomme metode (HPV-screening) udvandes. Samtidig skal man finde den metode, hvor de rigtige kvinder ses rettidigt.

Det ville være fordelagtigt med den samme triageringsmetode og henvisningsstrategi for alle HPV-positive kvinder. Som det er nu, triageres og henvises kvinder på 60-64 år ikke på samme måde som de 30-59-årige i HPV-screeningsarmen i det differentierede screeningsprogram.

3. DSOG er ansvarlig for de faglige retningslinjer om udredning, behandling og opfølgning af screeningspositive kvinder, som senest blev udgivet i 2021. Da guidelinearbejdet startede, var DSOG ikke bekendt med planerne om differentieret screening. Der har i de seneste år været en eksplosiv udvikling indenfor livmoderhalskræftscreening, hvilket kan gøre det svært at holde guidelines opdaterede, specielt fordi DSOG's guidelines udarbejdes af DSOG's medlemmer i deres fritid. Det differentierede screeningsprogram blev således iværksat i 2021, uden der forelå en opdateret klinisk retningslinje. DSOG oplevede lignende problemstilling i 2017, da man besluttede at invitere kvinder født før 1948 (Ca. 70 år eller ældre på det tidspunkt) til en ekstra screeningsundersøgelse. Dengang forelå der ej heller kliniske retningslinjer for, hvordan man skulle håndtere kvinderne, herunder hvem der skulle behandles og hvordan, hvilket påvirkede kvaliteten af patientbehandlingen. Det er u hensigtsmæssigt for de gynækologer, der varetager udredningen og behandling og ikke mindst kvinderne.

Vi vil på det kraftigste anbefale Sundhedsstyrelsen, at der foreligger opdaterede retningslinjer for, hvordan screeningspositive kvinder skal håndteres klinisk før implementering af det nye screeningsprogram. Der er behov for en gennemgribende opdatering af guidelines, med specielt fokus på gruppen af persisterende HPV-positive kvinder og den voksende population af HPV-vaccinerede kvinder, og hvad det har af betydning for anbefalinger vedr. diagnostik og behandling. DSOG finder derfor, at der bør afsættes centrale midler til nedsættelse af en klinisk arbejdsgruppe, der kan opdatere de kliniske retningslinjer på området, så vi i lighed med andre lande, hvor HPV-screening er indført (eks. Sverige og Finland), sikrer at kliniske retningslinjer bliver opdateret, før man skifter til HPV-baseret screening.

4. I konklusionerne i de forskellige dokumenter er der et stort fokus på den fordel, et skifte har for de patologiske afdelinger (eks. mere objektiv undersøgelse, som ikke kræver den store oplæring eller tid og derfor vil frigive tid til andre opgaver). Dette finder DSOG er positivt. Vi mener ikke, der er nok fokus på den belastning, et skifte til HPV-baseret screening vil medføre i almen praksis, i gynækologisk privatlægepraksis samt på hospitalsafdelingerne. I dokumenterne anføres, at der ikke vil blive henvist flere til gynækolog. Talrige studier har vist, at HPV-baseret screening fører til, at flere kvinder henvises til en gynækolog(1-3). I den seneste DSOG guideline på området fra 2021 gennemgås litteraturen og man finder, at HPV screening uden triagering øger henvisning til gynækolog med en faktor 2-3 sammenlignet med cytologi. Vi anbefaler, at disse resultater tillægges betydning, og at man ikke baserer det fremtidige screeningsprogram på et dansk implementeringsstudie med insufficient follow-up. I tillæg hertil vil nogle kvinder forblive HPV-positive efter første undersøgelse hos gynækologen og vil derfor hænge fast i et kontrolprogram. Hos de ældre kvinder (≥ 50)

er det ofte svært at undersøge livmoderhalsen for celleforandringer, hvorfor en del ender med at få lavet et keglesnit, uden at der forinden er påvist sygdom. I den senere tid er flere kvinder endt med fjernelse af livmoderen på baggrund af en vedvarende HPV-infektion, uden at der har været påvist forstadier. Det er u hensigtsmæssigt. Det er vigtigt, at der afsættes midler og ressourcer til det øgede workload.

5. Skiftet til HPV screening medfører også et ændret behov for informationen til de afficerede kvinder. Vores erfaring er, at det påvirker kvinderne, at de nu screenes for et virus, der overføres seksuelt og kun sjældent giver anledning til sygdom. Der er mange spørgsmål omkring seksualitet, bekymring for partnersmitte, spørgsmål om hvorvidt HPV-vaccination kan hindre smitte af partner, om partneren bør screenes for HPV-relateret sygdom. Der er derfor behov for, at læger, der varetager screening, diagnostik og behandling af denne patientgruppe, modtager opdateret undervisning, herunder undervisning i den type triagering, man ender med at anbefale, samt hvad det betyder at have en positiv HPV-test. Det er helt centralt i kommunikationen med patienten, at de læger, der varetager udredning og behandling kan kommunikere, hvad et givent testresultat/biomakørresultat betyder for den enkelte kvinde. Det betyder meget for kvinden at få en individualiseret information. Når der lægges op til mere risikostratificering i screeningsprogrammet, skal dette også bruges i samtalen med kvinden.

Referencer

1. Ronco G, Dillner J, Elfstrom KM, Tunesi S, Snijders PJ, Arbyn M, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet*. 2014;383(9916):524-32.
2. Ogilvie GS, van Niekerk D, Krajden M, Smith LW, Cook D, Gondara L, et al. Effect of Screening With Primary Cervical HPV Testing vs Cytology Testing on High-grade Cervical Intraepithelial Neoplasia at 48 Months: The HPV FOCAL Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2018;320(1):43-52.
3. Rebolj M, Cuschieri K, Mathews CS, Pesola F, Denton K, Kitchener H, et al. Extension of cervical screening intervals with primary human papillomavirus testing: observational study of English screening pilot data. *BMJ*. 2022;377:e068776.