



Referat fra møte i Faglig Rådgivningsgruppe for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft (RG)

Tid: 23.10.2017

Sted: Kreftregisteret, OCCI

Tilstede:

Rådgivningsgruppen Maj Liv Eide MLE (Leder) Ane Cecilie Munk ACM Anne Fosaas AF Jannicke Berland JB Christine M. Jonassen CMJ Irene Kraus Christiansen IKC Ying Chen YC Didrik Frimann Vestrheim DFV (fra sak 25)	Sekretariat Ameli Trope AMTR Gry Baadstrand Skare GBS Birgit Engesæter BIEG Randi Waage (ref.) RW
	Kreftregisteret
	Observatør Trude Andreassen TA Hdir Ranja Christiansen RC erstatter Maj Liv Eide fra januar 2018.
	Forfall Rita Steen RS Siri Forsmo SF Kari Løvdahl Mogstad KLM Lill Thorsen LT

Agenda:

- Sak 22 /2017 Velkommen ved leder*
- Sak 23 /2017 Lab resultater 2016*
- Sak 24 /2017 Audit, nye rutiner og foreløpige tall*
- Sak 25 /2017 HPV primærskanning*
Videre implementering
laboratoriemappen, felles prosedyrer
- Sak 26 /2017 Algoritmen for Livmorhalsprogrammet, informasjon fra arbeidsgruppen*
- Sak 27 /2017 Klassifikasjon av cervixdysplasi i hht. LAST/WHO: deling i lavgradige og høygradige dysplasi*

- Sak 28 /2017 Forlenge øvre grense i Livmorhalsprogrammet*
- Sak 29 /2017 Kvalitetsmanual, status Quo og videre arbeid*
- Sak 30 /2017 Nidaroskongressen 2017*
- Sak 31 /2017 Fagdag*

Referat:

Sak 22 /2017

Velkommen til Ranja Christiansen fra Haukeland som skal overta som representant fra Bioingeniørutdanningen, videreutdanningen i cytologi fra 1.1.2018 etter Maj Liv Eide.

Sak 23 /2017

Laboratorieresultater 2016 ble presentert.

Totalt 342 tilfeller av livmorhalskreft i 2016 (rate W 10.3) Den tredje vanligste kreftformen hos kvinner i alderen 24-49 år. Seks krefttilfeller hos kvinner under 25 år i gjennomsnitt de fem siste årene.

Stigning i antall cytologiske prøver som tas. «Sjekkdeg» kampanjen virker. Fortsatt tre laboratorier som har under 15 000 prøver i året. Stor variasjon i diagnosefordeling fra lab til lab. Laboratoriene må bli strengere i bruk av kriterier. Histologisk resultat per lab viser at andel CIN 2 varierer fra 1,1 -18,8 % og CIN 3 fra 8,3 – 36 %.

Bruk av type børste ble diskutert. Man må bruke en børste som får med sylinderepitel.

Oppfølging av AGUS, det må utarbeides en felles frasekode for alle laboratoriene slik at alle leger får samme anbefaling. Retningslinjene er klare på dette punktet. Men ofte blir det tatt abrasio fra endometriet i stedet for biopsi på grunn av postmenopausal blødning. 89% av AGUS/ ASCIS diagnose er fulgt opp med biopsi.

Sak 24 /2017

Resultater fra Audit 2015 ble presentert. OUS og Vestre Viken har ikke levert. Stor variasjon i hvordan anbefalingen om «blindet og kontroll» er fulgt. Det er et stort forbedringspotensial, men det er vanskelig å gjenskape en screeningsituasjon. Det viktigste med Audit er at laboratoriene lærer av sine feil. Hva som skal publiseres ble diskutert.

Ny rutine for Audit:

Lokal Audit:

Vil muligens endres noe. Laboratoriene vil fortsatt se på all historikk.

Sentral Audit:

Det er nedsatt en arbeidsgruppe bestående av Torill Sauer (AHUS), Sveinung Sørbye (UNN), Jannicke Berland (SUS), Mette Kristin Pedersen (AHUS), Kristin Ebeltoft (OUS) og Gry Baadstrand Skare (KREG). Gruppen vil se på «siste» prøve før cancer diagnose. Gruppen har ennå ikke laget retningslinjer for videre Audit arbeid.

Sak 25 /2017

HPV primærskanning, oppdaterte tall ble presentert.

Europeiske retningslinjer for livmorhalskreftskanning poengterer faren for overdiagnostisering og overbehandling ved innføring av HPV-skranning dersom ikke algoritmen tilpasses til nasjonale forhold. Det er satt ned en gruppe som jobber med en optimalisering av skranningalgoritmen. *Gruppen har hatt to møter*, men ikke kommet med noen konklusjon. Målet er å redusere antall kvinner som henvises til biopsi. Algoritmen må tilpasses kapasitet, økonomi, risikovillighet, leger og kvinners aksept. Man må se på oppfølging med kolposkopi og biopsi. Det tas mange biopsier som ikke følger algoritmen i dag.

Anbefaling fra Faglig panel til styringsgruppen er levert i form av en rapport:

- Prøvefylkene: HPV-skranning for alle kvinner mellom 34-69 år fra 01.01.2019.
- Resten av Norge: HPV-skranning implementeres randomisert og gradvis for kvinner mellom 34-69 år fra 01.01.2019.

- Forberedelser av nasjonal implementering bør starte høsten 2017 i tett samarbeid med Kreftregisteret.

Hdir sin anbefaling til HOD:

- Prøvefylkene – HPV-screening for alle kvinner mellom 34-69 år fra 01.02.2018, og senest innen utgangen av 2018.
- Resten av Norge: HPV-screening implementeres randomisert, trygt og gradvis for kvinner mellom 34-69 år fra 01.01.2019. Full implementering innen 01.01.2022.
- Forberedelser av nasjonal implementering starter 2018.

God planlegging er helt avgjørende. Primær HPV-test medfører store endringer i arbeidsoppgaver og kompetansekrav, behov for nye IT-systemer og endring av infrastruktur ved laboratoriene. Det er bekymring i RG for at laboratoriene ikke skal klare endringen.

Deling av prøvehistorikk må også være på plass. Dette er en forutsetning for å håndtere tre ulike algoritmer: primær HPV, primær cytologi og oppfølging etter behandling.

Hvordan videre implementeringen skal foregå ble diskutert. Hvordan og om man skulle randomisere ble diskutert. Det er ikke lagt føringer i rapporten og randomiseringen må nødvendigvis ikke gjøres på samme måte som i prøvefylkene.

Laboratoriemappen: Representanter fra prøvefylkene og Kreftregisteret laget en laboratiemappe i 2015, som er publisert på kreftregisteret.no/screening/livmorhalsprogrammet/ under HPV i primærscreening. Det er usikkert hvor mye den har vært i bruk. Hva laboratiemappen skal inneholde for fremtiden og hvordan den skal brukes og oppdateres ble diskutert. Det var enighet om at den er viktig. Prosedyrene må være overordnet og generelle. Det må lages lokale prosedyrer i tillegg. En arbeidsgruppe som skal ta en gjennomgang av mappen, ble nedsatt, Ranja (HUS), Irene/ Mona (AHUS), representant fra St. Olav og Birgit (KREG). De møtes i Stavanger på laboratiemøte for konstituering. Laboratiemappen må være oppdatert før videre implementering.

Sak 26 /2017

Algoritme, se sak 25

Sak 27 /2017

WHO anbefaler: en to-delning i CIN, analogt til cytologi, ut fra biologi/ HPV's naturlige historie og mer reproducerbar histologi. Diagnosen skal baseres på HE-morfologi primært. Inndelingen baserer seg bl.a. på modningsforstyrrelse i tredjedeler av epitelet.

CIN2 har klinisk blitt opprettholdt/brukt mht ekspektanse hos yngre. CIN2 er en blanding av biologisk CIN1 og CIN3. Kvinneklivnikken på SUS ønsker denne inndelingen:

- M74006= lavgradig (infeksjon)
- M74007 + M80702= høygradig plateepiteldysplasi/ CIN2 eller CIN3

Eurogin: Ki-67 + p16 gir en bedre split.

Se presentasjon vedlagt.

Sak 28 /2017

The European Union (2017) viser en oversikt over alder i livmorhalsscreeningen i Europa.

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/major_chronic_diseases/docs/2017_cancerscreening_2ndreportimplem ntation_en.pdf

Tidligere rapport fra Kreftregisteret (2008) viser at å senke øvre aldersgrense eller øke intervallet for kvinner over 50 år, ikke var å anbefale.

Hva vil RG anbefale?

- Uansett: klare rutiner på å følge opp kvinner med tidligere CIN

- Flesteparten av de som får cervix cancer – ikke tatt screening etter retningslinjer – forbedringspotensiale?
- Nye retningslinjer – HPV ved avsluttede screening
- Hvordan fange opp kvinner over 69 år med ny partner?
- Øke øvre screeningalder til 75 år?

Beholde dagens øvre aldersgrense inntil videre.

Kan Co-testing tas inn i algoritmen for de som ikke har testet seg på 10 år?

Bruk av vaksine etter konisering og transplanterte ble diskutert. DFV tar dette med tilbake til FHI og etterlyser felles retningslinjer. Hvilke vaksine skal benyttes og hva skal legene anbefale sine pasienter.

Sak 29 /2017

Kompetansekrav til leger og bioingeniører må legges inn i eget kapittel.

Det kan legges link til brevene som leger kan bruke i kapittelet om informasjon.

Oppfølgingsalgoritme og nasjonale retningslinjer linkes i kapittel 8.

Kapittelet om HPV ble etterlyst.

Manualen må være ferdig til 1.1.2018

Sak 30 /2017

Litt dårligere plassering på Nidaroskongressen i år enn i 2015. Kunne ha nådd flere hvis vi hadde hatt et foredrag. Flatskjerm med film og presentasjonen slo an. Mange hadde sett filmen tidligere. Mye manglende kunnskap om prøvetaking som ble avklart. Brosjyrer om Livmorhalsprogrammet og Mammografiprogrammet ble delt ut.

Sak 31 /2017

AMTR gikk gjennom programmet. Viktig at det ikke blir gjentakelser og at de som skal holde foredrag sammen snakker med hverandre i forkant. Kreftregisteret betaler for foredragsholdere og medlemmer i RG.

Sak 32 /2017

Bioingeniørutdanningen har valgt ny representant: Ranja Christiansen, bioingeniør ved HUS. Hun har utdanning i pedagogikk, holder på med en master i ledelse og underviser ved videreutdanningen.

BFI velger ny representant i slutten av november.

Patologiforeningen og Norsk forening for klinisk cytologi jobber med å finne nye representanter.

Gruppen valgte Christine Jonassen til ny leder. Avtroppende leder melder deres ønske inn til SG.

Sak 33 /2017

Møtedatoer i 2018:

Tirsdag 16.1.2018

Juni, dato bestemmes av ny gruppe på møtet i januar

Oktober, dato bestemmes av ny gruppe på møtet i januar

Sak 34 /2017

Faglig panel for HPV primærscreening bør opprettholdes ut 2018. Det bør opprettes en brukergruppe som har oftere møter enn RG. Viktig med informasjonsflyten mellom brukergruppen og RG. Det skal være et brukermøte i Stavanger i desember hvor dette skal diskuteres.

Neste møte:

Tirsdag 16.1.2018