

**Resultater fra Engangstilbuddet:
Livmoderhalskræftscreening
blandt danske kvinder født før 1948 -
1. delrapport**

Udarbejdet af

Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreenings styregruppe

og

RKKP Videncenter



April 2019

Hvorfra udgår rapporten

De biostatistiske analyser og den skriftlige udarbejdelse af denne rapport er lavet af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP Videncenter) ved biostatistikere Petra Birgitta Hall og epidemiolog, Birgitte Schütt Christensen, RKKP Videncenter, Afdeling for databaseområde 2: Cancer og Cancerscreening, i samarbejde med styregruppemedlemmerne i Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS).

Databasens Formand

Marianne Waldstrøm, ledende overlæge, MPM, klinisk lektor, Klinisk Patologi, Vejle Sygehus, Sygehus Lillebælt, Beriderbakken 4, 7100 Vejle, Tlf.: 79 40 65 68, e-mail: marianne.waldstroem@rsyd.dk

Epidemiolog for DKLS i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Epidemiolog, cand.scient.san.publ, ph.d. Birgitte Schütt Christensen, Afdeling for databaseområde 2: Cancer og cancerscreening.

Biostatistikere for DKLS i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Biostatistikere Petra Hall Viborg, Afdeling for databaseområde 2: Cancer og Cancerscreening.

Kontaktperson for DKLS i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Kvalitetskonsulent Ane Birgitte Telén Andersen (Sygeplejerske, MPH, ph.d.), Afdeling for databaseområde 2: Cancer og cancerscreening. Tlf.: 29 24 94 15, e-mail: ANEBBA@rkkp.dk

Indholdsfortegnelse

Indledning og konklusioner	3
Fagligt rationale for Engangstilbuddet	4
Materiale og metoder	5
<i>Regionalt</i>	5
Regional organisering af invitationsproces.....	5
Regionernes information om Engangstilbuddet til de praktiserende læger og andre aktører	8
<i>Nationalt</i>	8
Data	8
Inklusions- og eksklusionskriterier	9
Analyser	11
Resultater	12
1) Deltagelse	12
2) Resultatet af den primære screeningsprøve.....	14
3) Resultater fra cytologi-triagen udført på screeningsprøver der var positive for HPV af anden type end HPV 16 og/eller HPV 18.....	18
4) Diagnosefordelingen ved cytologi triagen	20
DKLS styregruppemedlemmer	22
Klinisk ordforklaringsliste	23
Referencer.....	24
Bilag.....	25
Ia) Supplerende tabeller, deltager-flow	25
Ib) Supplerende tabeller, fordeling på de enkelte fødselsår	26
II) Algoritmer for beregningerne i Resultatkapitlet	34
III) Informationsmateriale til almen praksis om Engangstilbuddet.....	35
IV) Invitationsbrevet til kvinderne, Engangstilbuddet	37

Indledning og konklusioner

Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS) har fra Danske Regioner fået til opgave at afrapportere resultaterne fra "Engangstilbuddet" om screening for livmoderhalskræft, som i kalenderåret 2017 blev tilbudt til kvinder født før 1948. Der planlægges to afrapporteringer af resultaterne fra Engangstilbuddet der skal dække forhold vedrørende deltagelse, fund og opfølgning. I denne første delrapport afrapporteres deltagelsen og fund fra selve screeningstesten såsom antal positive screeningstests, mens resultaterne angående opfølgning (fx antal fundne svære celleforandringer og cancere) vil blive nærmere afrapporteret i næste rapport der forventes at udkomme ultimo 2019.

Baggrunden for Engangstilbuddet er at finde i Kræftplan IV (1), samt Udmøntningsaftale om Kræftplan IV (2). I starten af 2017 blev der indledningsvis afholdt møder i regi af Sundhedsstyrelsen til koordinering af indsatsen. Selve udmøntningen af tilbuddet blev løst regionalt, hvorfor der i denne rapport ses forskellige regionale tilgangsvinkler til løsning af opgaven. Resultaterne er først afrapporteret nationalt, i fødselsintervaller og herefter på regionalt niveau.

Den forventede deltagelse i Engangstilbuddet var 10 %. Som rapporten viser, blev dette langt overgået med en deltagelse på 30 %. Særligt de yngste årgange viste høj deltagelse (44 % for kvinder født i de yngste 5 fødselsår 1943-1947, jf. tabel 0c i bilag). Dette har lagt et stort pres på patologiafdelingerne, de praktiserende læger, samt de gynækologiske speciallæger og gynækologiske afdelinger for at håndtere de mange ekstra prøver og den efterfølgende opfølgning.

Overordnet set viser resultaterne i denne rapport, at 4 % af testene var HPV-positive. Der fandtes mindre, men statistisk signifikante forskelle mellem regionerne; fra 3,4 % i Region Syd til 4,8 % i Region Midt. På landsplan var omkring hver fjerde (24 %) af de HPV-positive tests positive for HPV type 16 og/eller 18, mens lidt over trefjerdedele var positive for en anden HPV type (76 %). Blandt screeningstests der var positive for anden type HPV end type 16/18, viste tilgængelige cytologidata fra 4 regioner at 347 kvinder havde celleforandringer (ASCUS eller mere), svarende til hver syvende af de HPV positive tests med egnet cytologi (n=347, 14,6 %).

Fagligt rationale for Engangstilbuddet

I mange højindkomstlande viser den aldersspecifikke forekomst af livmoderhalskræft i øjeblikket et bipolært mønster med en første top omkring 35-40 år og en anden top omkring 65-75 år. En vedvarende infektion med højrisiko humant papillomavirus (HPV) er en forudsætning for udvikling af livmoderhalskræft, og der kan være latentid fra første vedvarende infektion til kræftudvikling. Den første top i den aldersspecifikke forekomst af livmoderhalskræft kan forklares med starten på seksuallivet, da HPV-infektion er seksuelt overført. Den anden top har været sværere at forklare. Det har været foreslået, at denne top kan være forbundet med skift af seksualpartner midt i livet og/eller med reaktivering af en latent HPV-infektion, når immunsystemet svækkes med alderen (3). Ved tolkningen af det bipolære mønster skal det dog tages med i betragtning at efter 50 års screening er den nuværende aldersspecifikke forekomst af livmoderhalskræft ikke længere en ren afspejling af den underliggende risiko for sygdommen. Den nuværende forekomst af livmoderhalskræft i en given aldersgruppe afspejler også screeningshistorien for den respektive fødselskohorte.

Der har i Danmark været screening i mere end 50 år; i starten usystematisk og med geografisk variation, men siden 2007 har screeningen for livmoderhalskræft omfattet alle kvinder i aldersgruppen 23-64 år, og siden 2012 har screening for livmoderhalskræft været tilbudt hvert tredje år til kvinder i alderen 23-49 år og hvert femte år til kvinder i alderen 50-65 år (4). I 2015 blev det bipolære mønster i den aldersspecifikke forekomst af livmoderhalskræft fremhævet af Ældresagen og Kræftens Bekæmpelse, og der blev argumenteret for en forlængelse af den øvre aldersgrænse for screening. Dette ledte til en analyse af den aldersspecifikke forekomst af livmoderhalskræft opdelt på fødselskohorte (5). Denne analyse viste, at forekomsten var unipolær inden for en given fødselskohorte, og dette på et gradvist lavere niveau jo yngre fødselskohorten var. Dette viste, at den nuværende høje forekomst af livmoderhalskræft blandt ældre kvinder formentlig var forårsaget af den tidligere ufuldstændige screening af de ældre fødselskohorter. På denne baggrund ville en permanent forlængelse af den øvre aldersgrænse for screeningen ikke være nødvendig, fordi de kommende generationer kan forventes at have en lavere forekomst af livmoderhalskræft i alderdommen, end den vi ser i dag.

På denne baggrund var der god evidens for at tilbyde screening en enkelt gang til de tidligere underscreenede nu ældre kvinder. Derfor fik alle danske kvinder født før 1948 et tilbud om

screening for livmoderhalskræft i kalenderåret 2017. Der rapporteres her de første resultater fra denne screening.

Materiale og metoder

Invitationsbrev. Der blev afholdt møde i regi af Sundhedsstyrelsen til koordinering af indsatsen og her blev besluttet at der i kalenderåret 2017 skulle udsendes en personlig invitation vedrørende Engangstilbud om livmoderhalskræftscreening til alle kvinder født før 1948. Der skulle dog ikke udsendes rykkerbreve om tilbuddet som i screeningsprogrammet blandt de 23-64 årige kvinder. Der blev af hensyn til ensretning regionerne imellem udarbejdet et fælles invitationsbrev (bilag 3).

Det blev besluttet at fordele kvinderne og ansvaret for invitationsbrevene i de fem regioner ud fra et dataudtræk, der definerede kvindernes bopæl i CPR-registeret pr. den 15. marts 2017¹. Ansvaret for udsendelsen af invitationerne og den lokale procedure for invitationsprocessen og opfølgning herpå blev således varetaget af de enkelte regioner (jf. tabel M næste side), og invitationstidspunktet varierer derfor mellem regioner, men hovedparten af invitationerne blev udsendt fra april-december 2017. På baggrund af regionernes individuelle tilgang er nærværende kapitel opbygget med to underafsnit; hhv. "Regionalt", hvor de forskellige regionale tilgange til den praktiske gennemførelse af Engangstilbuddet beskrives, og "Nationalt", hvor fællestræk for datahåndtering og analysetilgang beskrives.

Hvis kvinden ønskede at tage imod tilbuddet blev hun i invitationen opfordret til at bestille tid hos egen læge, hvor screeningsprøven blev taget som en vanlig screeningsprøve fra livmoderhalsen. Prøven blev på patologifdelingerne screenet med HPV test og håndteret som screeningsprøver fra kvinder i screeningsprogrammet i alderen mellem 60 og 64 år.

Regionalt

Regional organisering af invitationsproces

I tabel M nedenfor er de fem regioners tilgang til opgaven opsummeret; herunder beskrivelse af procedure og tidsplan, varighed af tilbuddet samt oplysning om, hvordan de HPV positive prøver er håndteret. Efterfølgende beskrives regionernes tilgang til information til almen praksis og andre

¹ Region Hovedstaden trak løbende cpr-data om kvinders bopæl og udsendte invitationer i batch á 10.000 stk. Der blev ikke kontrolleret om der var døde blandt de inviterede, men region Hovedstaden oplyser at de har fået meget få tilbagemeldinger fra pårørende angående dødsfald.

aktører. Hvor der intet nærmere står nævnt, er kvinderne alene informeret om Engangstilbuddet via personlig digital brev-invitation i deres E-boks (kvinder uden e-boks tilmelding blev dog inviteret vha. almindelig postomdelt brev). Som set af tabellen nedenfor er der forskelle mellem regionerne m.h.t. anvendt HPV test, afrapportering af screeningsfund, kriterier for henvisning til opfølgende kolposkopi, og dermed også m.h.t visse elementer for afrapporteringen. Da Region Hovedstaden henviste alle HR-HPV positive kvinder direkte til gynækolog, indgår Region Hovedstaden ikke i resultat-kapitlets tabel 3 og 4.

Tabel M. Regional organisering af Engangstilbuddet om screening for livmoderhalskræft blandt danske kvinder 69 år eller ældre i Danmark

Handling	Region				
	Hovedstaden	Sjælland	Syd	Midtjylland	Nordjylland
<i>Tidsrum for invitation (start-slut)</i>	8. maj – 22. juni 2017 samt 10. august 2017 – 16. oktober 2017	2. maj – 31. december 2017	2. maj – 31. oktober 2017	20. april – 27. september 2017	2. juni – 14. november 2017
<i>Rækkefølge af invitationsudsendelse</i>	Yngste kvinder først	Yngste og ældste kvinder først	Efter fødselsdato	Efter fødselsdato	Yngste kvinder først
<i>Invitations-metode</i>	Post omdelt	Digitalt*	Digitalt*	Digitalt*	Digitalt*
<i>Dato for ophør af tilbud om HPV-test</i>	1. oktober 2018	1. juli 2018	Vejle: Ej ophørt Esbjerg/Sønderborg: 31. marts 2018	1. januar 2018	17. maj 2018
<i>Type HPV-test anvendt til DNA test-analyse (DNA-PCR)</i>	BD Onclarity**	Cobas 4800**	Cobas 4800**	Cobas 4800**	Cobas 4800**
<i>Hvordan er testresultatet afrapporteret</i>	HPV påvist eller ikke påvist	HPV påvist/ikke påvist samt angivelse af type (HPV 16, HPV 18, andre typer end HPV 16/18)	HPV påvist/ikke påvist samt angivelse af type (HPV 16, HPV 18, andre typer end HPV 16/18)	HPV påvist/ikke påvist samt angivelse af type (HPV 16, HPV 18, andre typer end HPV 16/18)	HPV påvist/ikke påvist samt angivelse af type (HPV 16, HPV 18, andre typer end HPV 16/18)
<i>Er der udført cytologi triage (mikroskopi) ved alle HPV typer (også HPV 16/18)?</i>	Alle HPV positive kvinder henvist til gynækolog, derfor ingen cytologi triage	Cytologi triage på kvinder positive for andre HPV typer end HPV 16 og/eller 18	Cytologi triage på alle HPV positive test	Cytologi triage på kvinder positive for andre HPV typer end HPV 16 og/eller 18	Cytologi triage på kvinder positive for andre HPV typer end HPV 16 og/eller 18
<i>Viderehenvist til kolposkopi**</i>	Alle med positiv HPV test	Ved HPV 16, 18, eller andre HPV typer og positiv cytologi triage (ASCUS eller mere)**	Ved HPV 16, 18, eller andre HPV typer og positiv cytologi triage (ASCUS eller mere)**	Ved HPV 16, 18, eller andre HPV typer og positiv cytologi triage (ASCUS eller mere)**	Ved HPV 16, 18, eller andre HPV typer og positiv cytologi triage (ASCUS eller mere)**

*Kvinder uden e-boks tilmelding blev inviteret vha. almindelig postomdelt brev

**Se evt. klinisk ordforklaringsliste bagest

Regionernes information om Engangstilbuddet til de praktiserende læger og andre aktører

Region Hovedstaden. Region Hovedstaden havde et tæt forløb med praksiskonsulenterne: Der blev udarbejdet informationsmateriale som blev fremsendt med postomdelt brev til alle praktiserende læger i Regionen. Samme information blev desuden udsendt via regionens nyhedsbrev "Praksisnyt" (via hjemmesiden sundhed.dk). Tilbuddet blev også præsenteret og diskuteret på de halvårslige samarbejds møder med Speciallægepraksis i Gynækologi, afholdt af Hvidovre Hospital.

Region Sjælland. De praktiserende læger blev orienteret med et brev, der beskrev tilbuddet, og via regionens nyhedsbrev "PraksisInfo" på Sundhed.dk i april 2018. Orientering om Engangstilbuddet blev desuden lagt på hjemmesiden for hhv. Region Sjællands og for hhv. Sjællands Universitetshospital Patologiafdeling.

Region Syddanmark. Samtlige praktiserende læger i regionen blev orienteret om tilbuddet dels via et brev i deres E-boks, dels via publikationen Praksisnyt. Derudover fremgik tilbuddet også på regionens hjemmeside. Til orientering af kvinderne (udover invitationsbrevene) udsendte Region Syddanmark den 1. maj 2017 en pressemeddelelse vedrørende tilbuddet med oplysninger om indholdet i tilbuddet samt en vejledning til de pågældende kvinder om, hvordan de kunne gøre brug af tilbuddet.

Region Midtjylland. Hjemmesiden Praksis.dk er den kommunikationskanal i Region Midtjylland, der udsender elektroniske nyhedsbreve til almen praksis, og regionen udsendte informationsmateriale til alment praktiserende læger via Praksis.dk.. Oplysning er endvidere foregået via to hjemmesider hvor der også stod information om engangstilbuddet: Hhv. en fagrettet hjemmeside og hhv. en borgerrettet orienteringshjemmeside.

Region Nordjylland. Almen Praksis blev orienteret skriftligt i et nyhedsbrev, der udsendes ugentligt til alle praktiserende læger i Regionen. Region Nordjylland har derfor ikke iværksat yderligere tiltag for at gøre målgruppen opmærksom på tilbuddet.

Nationalt

Data

DKLS har godkendelse fra Sundhedsdatastyrelsen til at anvende data fra RKKPs datavarehus, der indeholder kopi af flere af Sundhedsstyrelsens registre til brug for nationale kvalitetsopgørelser i

sundhedsvæsenet. Specifikt blev der anvendt data fra 1) CPR registeret angående vitalstatus og udvandring, 2) Landsregister for Patologi angående resultater på screeningsprøven samt oplysninger om evt. forudgående prøve fra livmoderhalsen. Derudover blev der trukket data fra 3) Landspatientregisteret angående hvilke kvinder der havde fået foretaget total eller radikal hysterektomi.

Inklusions- og eksklusionskriterier

Alder og bopæl. Størstedelen af invitationerne til Engangstilbuddet blev udsendt til alle kvinder bosat i en dansk kommune og født før 1948 i løbet af 2. halvdel af kalenderåret 2017 (Tabel M). Det har ikke været muligt at modtage lister fra regionerne om hvilke kvinder, der blev inviteret hvornår, derfor har vi været nødt til at beregne det. Vi har i beregningerne taget udgangspunkt i kvinder, der var født før 1948 og bosatte i Danmark den 15.3.2017 ($n=455.612$)².

Døde og udvandrede. I alt 28.528 døde eller udvandrede kvinder i perioden 15.3.2017 – 30.6.2018 som ikke havde en screeningstest er ekskluderet, da vi ikke med sikkerhed ved om vi har nået at udsende en invitation eller om de måske har modtaget en invitation, men ikke har nået at svare på den før de døde eller udvandrede. Hvis kvinden havde en prøve, så blev hun ikke ekskluderet, også selvom hun døde inden observationsperioden var slut.

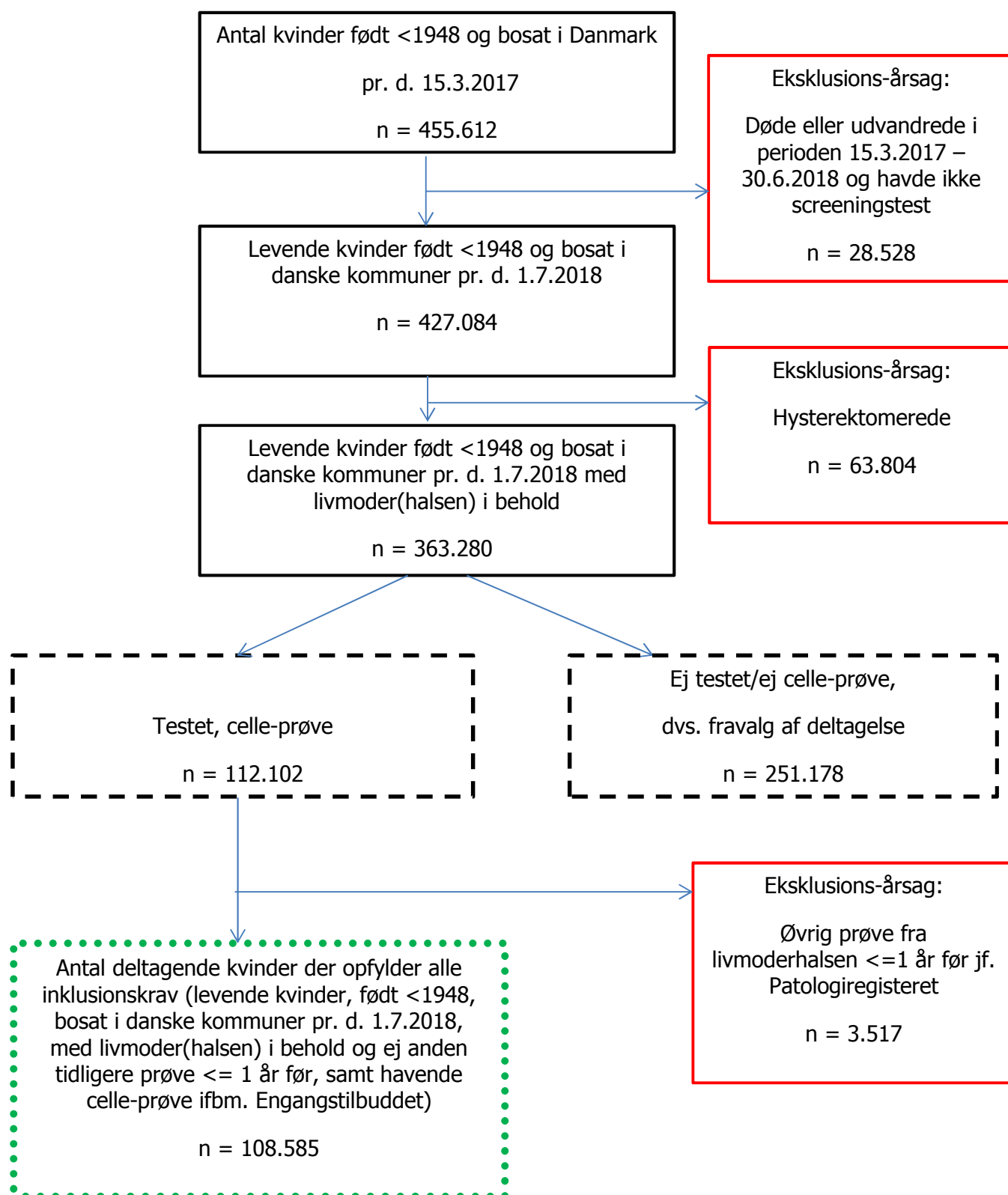
Hysterektomi. I alt 63.804 totalt eller radikalt hysterektomerede kvinder (dvs. kvinder som har fået livmoderen inklusiv hele livmoderhalsen fjernet) er ekskluderet. Status vedrørende hysterektomi er udtrukket fra LPR registeret med dækning fra 1977.

Korrektion for opfølgingsprøve: Kvinder som er registreret både med en screeningsprøve i perioden d. 15.3.2017 – 30.6.2018 men som også har en celleprøve fra livmoderhalsen registreret i perioden d. 15.3.2016 – 14.3.2017 er ekskluderet, da prøven taget i Engangstilbuddets projekt-tidsrum sandsynligvis er en opfølgingsprøve.

Medregnet som deltagende i Engangstilbuddet er således kvinder i live og bosat i Danmark d. 15.3. 2017, med livmoder(halsen) i behold med en celleprøve fra livmoderhalsen registreret i Landsregister for Patologi og som ikke havde en celleprøve fra livmoderhalsen registreret 1 år tidligere.

²Det samlede antal invitationer og HPV undersøgelser er højere end det fremgår af rapporten, idet der efterfølgende er appliceret eksklusionskriterier.

Figur 1. Flowchart der belyser inklusions- og eksklusionskriterier og antal deltagere



Analyser

Efter anvendelse af ovennævnte inklusionskrav for studiepopulationen af danske kvinder født før 1948 (illustreret i flowchartet, figur 1) udarbejdedes deskriptive frekvensopgørelser, der opgøres som samlet total (kaldet nationalt), samt summeret på 5 års-intervaller for fødselsår (1943-1947, 1938-1942, 1933-1937....født før 1918) i Resultat-kapitlet. Analyser fordelt på de enkelte kalenderfødselsår, startende fra 1947 og tilbage i tid, vises pga. deres omfang bagest under bilag til rapporten. Derudover vises alle analyserne efterfølgende opgjort på regioner (b-tabellerne i Resultat-kapitlet). Data blev analyseret i SAS 9.4.

Resultater

1) Deltagelse

Tabel 1a. Andel deltagere fordelt på fødselsårsintervaller

Født	Tæller / nævner	Andel	95 % CI
Født 1943 - 1947	60 921 / 138 500	43,99 %	43,72 - 44,25
Født 1938 - 1942	31 990 / 92 828	34,46 %	34,16 - 34,77
Født 1933 - 1937	12 057 / 63 537	18,98 %	18,67 - 19,28
Født 1928 - 1932	3 122 / 38 992	8,01 %	7,74 - 8,28
Født 1923 - 1927	452 / 19 805	2,28 %	2,08 - 2,50
Født 1918 - 1922	41 / 5 416	0,76 %	0,54 - 1,03
Født før 1918	# / #	#	
Total	108 585 / 359 763	30,18 %	30,03 - 30,33

#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner.

Tabel 1b. Andel deltagere fordelt på region

Region	Tæller / nævner	Andel	95 % CI
Hovedstaden	30 498 / 104 951	29,06 %	28,78 - 29,34
Sjælland	17 807 / 58 459	30,46 %	30,09 - 30,84
Syddanmark	25 212 / 81 273	31,02 %	30,70 - 31,34
Midtjylland	23 654 / 75 937	31,15 %	30,82 - 31,48
Nordjylland	11 414 / 39 143	29,16 %	28,71 - 29,61
Total	108 585 / 359 763	30,18 %	30,03 - 30,33

I alt blev 455.612 kvinder inviteret (fra 36.133 kvinder født i 1947 til 9 kvinder født i 1909 eller tidligere).

Heraf døde eller udvandrede $n=28.528$ mellem 15. marts 2017 og 31. juni 2018, og yderligere $=63.804$ kvinder fandtes i LPR at være blevet hysterektomeret før d. 15. marts 2017. Dermed var de ikke relevante for Engangstilbuddet om screening.

Af de $n=363.280$ tilbageværende, screeningsrelevante kvinder, fik $n=112.102$ kvinder foretaget en test i datointervallet d. 15. marts 2017 og frem til d. 31. juni 2018.

3.517 kvinder havde imidlertid en tidligere prøve taget mindre end et år forinden, og da det ikke kan udelukkes at prøven er en opfølgning af tidligere resultater, ekskluderes disse kvinder.

Dermed deltog 108.585 kvinder i screeningen (mens $n=251.178$ inviterede, screeningsrelevante kvinder fravalgte at deltage) (Figur 1 og appendikstabeller side 25-27).

Tabel 1a og 1b

Nationalt. Samlet set tog 108.585 kvinder (30,2 %) af de 359.763 (363.280 minus 3.517 med øvrig celleprøve ≤ 1 år før jf. tabel Da) relevante inviterede kvinder imod tilbuddet (tabel 1a og 1b).

Fødselsår. Deltagelsen steg med fødselsår, således at de yngste kvinder født fra 1943-1947 (69-73 år) var de mest aktive mht. at tage imod tilbuddet (44 % deltagelse), mens der blandt de ældste kvinder født før 1922 ses under 1 % deltagelse (Tabel 1b).

Regionalt. Region Hovedstaden og Region Nordjylland havde en deltagelsesprocent på lidt over 29 % (Figur 2 og Tabel 1d), mens Region Midtjylland, Region Sjælland, og Region Syd havde deltagelsesprocenter mellem 30,5 - 31,2 %. Forskellene i deltagelse mellem regionerne er statistisk signifikante.

2) Resultatet af den primære screeningsprøve

Tabel 2a. Resultatet af den primære screeningsundersøgelse fordelt på fødselsårsintervaller

Født	Antal kvinder der deltog 15.3.2017-30.6.2018 (F fra tabel 0a)	Antal med egnet test A	Antal af A med positiv HPV-test B	Andel af A med positiv HPV-test C	95 % CI D
Født 1943 - 1947	60 921	60 861	2 621	4,31 %	4,13 - 4,45
Født 1938 - 1942	31 990	31 963	1 322	4,14 %	3,91 - 4,35
Født 1933 - 1937	12 057	12 038	420	3,49 %	3,16 - 3,82
Født 1928 - 1932	3 122	3 116	91	2,92 %	2,36 - 3,57
Født 1923 - 1927	452	449	23	5,12 %	3,27 - 7,59
Født 1918 - 1922	41	41	#	4,88 %	0,60 - 16,53
Født før 1918	#	#	0	#	
Total	108 585	108 470	4 479	4,13 %	4,00 - 4,24

#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner.

Tabel 2b. Resultatet af den primære screeningsundersøgelse fordelt på region

Region	Antal kvinder der deltog 15.3.2017-30.6.2018 (F fra tabel 0a)	Antal med egnet test A	Antal af A med positiv HPV-test B	Andel af A med positiv HPV-test C	95 % CI D
Hovedstaden	30 498	30 461	1 246	4,09 %	3,87 - 4,32
Sjælland	17 807	17 802	736	4,13 %	3,82 - 4,41
Syddanmark	25 212	25 199	855	3,39 %	3,17 - 3,62
Midtjylland	23 654	23 602	1 130	4,79 %	4,49 - 5,04
Nordjylland	11 414	11 406	512	4,49 %	4,10 - 4,87
Total	108 585	108 470	4 479	4,13 %	4,00 - 4,24

Supplerende tabel 2c. Resultatet af den primære screeningsundersøgelse fordelt på fødselsårsintervaller, genotypefordeling

Født	Antal af positive HPV-test der er typebestemt A	Antal af A der er HPV type 16 B	Antal af A der er HPV type 18 C	Antal af A der er anden HPV type D	Antal af A der er HPV type 16 og/eller type 18 E	Antal af A der er anden HPV type og ikke type 16/18 F	Andel af A der er HPV type 16 og/eller type 18 G	95 % CI for HPV type 16 og/eller type 18 H	Andel af A der er anden HPV type og ikke type 16/18 I	95 % CI for anden HPV type og ikke type 16/18 J
Født 1943 - 1947	2 611	499	123	2 140	618	1 993	23,67 %	22,05 - 25,35	76,33 %	74,65 - 77,95
Født 1938 - 1942	1 319	256	56	1 075	307	1 012	23,28 %	21,02 - 25,65	76,72 %	74,35 - 78,98
Født 1933 - 1937	420	86	19	331	105	315	25,00 %	20,93 - 29,43	75,00 %	70,57 - 79,07
Født 1928 - 1932	91	25	5	66	30	61	32,97 %	23,47 - 43,61	67,03 %	56,39 - 76,53
Født 1923 - 1927	23	7	#	18	8	15	34,78 %	16,38 - 57,27	65,22 %	42,73 - 83,62
Født 1918 - 1922	#	#	0	#	#	#	50,00 %	1,26 - 98,74	50,00 %	1,26 - 98,74
Total	4 466	874	204	3 631	1 069	3 397	23,94 %	22,69 - 25,22	76,06 %	74,78 - 77,31

#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner.

Supplerende tabel 2d. Resultatet af den primære screeningsundersøgelse fordelt på region, genotypefordeling

Region	Antal af positive HPV-test der er typebestemt A	Antal af A der er HPV type 16 B	Antal af A der er HPV type 18 C	Antal af A der er anden HPV type D	Antal af A der er HPV type 16 og/eller type 18 E	Antal af A der er anden HPV type og ikke type 16/18 F	Andel af A der er HPV type 16 og/eller type 18 G	95 % CI for HPV type 16 og/eller type 18 H	Andel af A der er anden HPV type og ikke type 16/18 I	95 % CI for anden HPV type og ikke type 16/18 J
Hovedstaden	1 245	204	41	1 052	243	1 002	19,52 %	17,35 - 21,83	80,48 %	78,17 - 82,65
Sjælland	725	152	40	583	190	535	26,21 %	23,04 - 29,57	73,79 %	70,43 - 76,96
Syddanmark	854	175	46	671	219	635	25,64 %	22,75 - 28,71	74,36 %	71,29 - 77,25
Midtjylland	1 130	229	56	918	284	846	25,13 %	22,63 - 27,77	74,87 %	72,23 - 77,37
Nordjylland	512	114	21	407	133	379	25,98 %	22,23 - 30,00	74,02 %	70,00 - 77,77
Total	4 466	874	204	3 631	1 069	3 397	23,94 %	22,69 - 25,22	76,06 %	74,78 - 77,31

Tabel 2a og 2b

Nationalt. Blandt de 108.585 kvinder der deltog i Engangstilbuddet, havde størstedelen en egnet test (n=108.470). Der var således kun 115 prøver (0,1 %), der var uegnede til test (tabel 2a og 2b). Den sidste søjle i tabellerne 2a og 2b nedenfor afspejler procentandel kvinder i de forskelle fødselsårsintervaller (tabel 2a) og regioner (tabel 2b) med en HPV positiv test. På nationalt plan havde 4.479 kvinder, svarende til 4,1 %, en HPV positiv test (tabel 2a og 2b).

Fødselsår. Der fandtes mindre og ikke statistisk signifikante variationer imellem årgangene: Blandt kvinder født år 1923-1927 havde godt 5 % en HPV positiv test, mens der blandt kvinder født det efterfølgende interval, 1928-1932, sås under 3 % HPV positive tests (tabel 2a).

Regionalt. Andelen af HPV positive test varierede imellem regionerne fra 3.39 % i Region Syddanmark til 4,79 % i Region Midtjylland med statistisk signifikante forskelle imellem regionerne (tabel 2b). Begge regioner har benyttet samme HPV test (Cobas HPV test). Region Midtjylland har benyttet Surepath til opsamling af celleprøven. I Region Syddanmark har HPV analyserne være foretaget på patologafdelingerne i hhv. Vejle og Esbjerg/Sønderborg hvor Vejle har benyttet ThinPrep mens afdelingen i Esbjerg benyttede SurePath. En subanalyse (ikke vist) mellem de to afdelinger viser ikke statistisk signifikant forskel på andelen af HPV positive.

Tabel 2c og 2d

Tabel 2c og 2d er supplerende tabeller til tabel 2a og 2b. Tabellerne afspejler, at en screeningstest kan være positiv for mere end én HPV type og belyser genotypfordeling.

Nationalt. Af de 4.479 HPV positive tests (tabel 2a og 2b) er angivet HPV type for de 4.466 tests. Tabel 2c og 2d viser, at overordnet set er godt en fjerdedel af de HPV positive tests af typen HPV 16 og/eller 18 (23,9 %, søjle G, tabel 2c og 2d), mens lidt over tre-fjerdedele (76 %) af de positive tests er positive for andre typer HPV.

Fødselsår. HPV type 16 og/eller 18 positiv test forekomst ud af antallet af positive HPV test der er typebestemt, ses hos godt en fjerdedel blandt kvinder født fra 1933-43 vs. hos godt en tredjedel blandt kvinder født 1923-1932 (tabel 2c). De specifikke absolutte tal for fødselsårgangene kan ses af bilagstabel bagest.

Regionalt. I Region Hovedstaden var godt hver femte HPV test positiv (19,5 %), mens denne andel var højere for alle de øvrige 4 regioner, der ligger relativt ens (25,1 % - 26,2 %) (Tabel 2d). Årsagen til denne forskel kendes ikke, men valget af HPV-analyse kan evt. have betydning.

3) Resultater fra cytologi-triagen udført på screeningsprøver der var positive for HPV af anden type end HPV 16 og/eller HPV 18

Tabel 3a. Cytologi triage og ASCUS+ blandt anden type HPV positive tests, fordelt på fødselsårsintervaller. Region Hovedstaden er ekskluderet.

Født	Antal anden type HPV-positive tests A	Antal af A med cytologi-triage B	Andel af A med cytologi-triage C	Antal af B med egnet* cytologi D	Antal af D med ASCUS+ E	Andel af D med ASCUS+ F	95 % KI
Født 1943 - 1947	1 408	1 407	99,93 %	1 397	192	13,74 %	11,98 - 15,66
Født 1938 - 1942	721	720	99,86 %	716	109	15,22 %	12,67 - 18,07
Født 1933 - 1937	216	215	99,54 %	214	35	16,36 %	11,66 - 22,00
Født 1928 - 1932	38	38	100,00 %	38	11	28,95 %	15,42 - 45,90
Født 1923 - 1927	11	11	100,00 %	11	0	0,00 %	0,00 - 28,49
Født 1918 - 1922	#	#	100,00 %	#	0	0,00 %	0,00 - 97,50
Total	2 395	2 392	99,87 %	2 377	347	14,60 %	13,20 - 16,08

#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner.

*Uegnede celleprøver

I en celleprøve taget i forbindelse med screeningsundersøgelse for livmoderhalskræft skal der være et tilstrækkeligt højt antal pladeepitelceller fra livmoderhalsen for at prøven er egnet til bedømmelse.

Tabel 3b. Cytologi triage og ASCUS+ blandt anden type HPV positive tests, fordelt på region. Region Hovedstaden er ekskluderet.

Region	Antal anden type HPV-tests A	Antal af A med cytologi-triage B	Andel af A med cytologi-triage C	Antal af B med egnet* cytologi D	Antal af D med ASCUS+ E	Andel af D med ASCUS+ F	95 % KI
Sjælland	535	535	100,00 %	531	91	17,14 %	14,03 - 20,62
Syddanmark	635	635	100,00 %	633	79	12,48 %	10,01 - 15,31
Midtjylland	846	843	99,65 %	836	125	14,95 %	12,60 - 17,55
Nordjylland	379	379	100,00 %	377	52	13,79 %	10,48 - 17,69
Total	2 395	2 392	99,87 %	2 377	347	14,60 %	13,20 - 16,08

Tabel 3a og 3b

3.397 kvinders screeningsprøver var positive for anden type HPV end type 16 og/eller 18 (jf. tabel 2a og 2b ovenfor) og ikke samtidig for HPV type 16 eller HPV type 18. I de følgende analyser (i både nærværende afsnit 3 samt derpå følgende afsnit 4) medtages data fra fire af de fem regioner. Det betyder, at i analyserne om procentandel med cytologi triage skal region Hovedstadens data (n=1.002) ikke medregnes, og således haves der samlet set data på 2.395 kvinders screeningstest. Beregninger på dette antal benævnes og opgøres i dette afsnit som nationalt resultat.

Nationalt. Af de 2.395 tests medtaget i nedenstående tabel, havde næsten alle (99,9 %) fået foretaget en samtidig cytologisk undersøgelse af deres screeningsprøve og 99,4 % (2.377 af 2.392 mulige tests) var egnede. Celleforandringer (ASCUS eller mere) sås i alt hos 14,6 % (n=347) af de egnede cytologiske undersøgelser. I afsnit 4 kan diagnosefordelingen for celleforandringerne ses.

Fødselsår. Uagtet fødselsårsinterval havde så godt som alle kvinder (i de fire regioner) fået foretaget cytologi triage. Når der ses bort fra de ældste fødselsintervaller med ganske få kvinder (n= ≤12), ser der ikke ud til at være forskel mellem de forskellige fødselsintervaller vedrørende resultatet om andel med ASCUS+/abnorme celler jf. cytologi-triage (13,7 % -16,4 %). Tages alle fødselsårsintervaller under betragtning, ses en tendens hen imod stigende procentandel med ASCUS+ med alderen (tabel 3a).

Regionalt. Jf. nedenstående tabel 3b ser Region Sjælland umiddelbart ud til at have en lidt højere andel af tests der er ASCUS+ end set blandt de øvrige resultater (17,1 %, KI 14,0 % - 20,6 % vs. fx nationalt 14,6 %, KI 13,2 % - 16,1 %). Men trods variation i resultaterne regionerne imellem (12,5 % - 17,1 %) er der overlap mellem konfidensintervallerne (visualiseret nedenfor i figur 3) og dermed ser der ikke ud til at være statistisk signifikant forskel på regionernes resultat angående forekomsten af anden type HPV positive test der er ASCUS+.

4) Diagnosefordelingen ved cytologi triagen

Tabel 4a. Cytologidiagnoser blandt anden type HPV-positive tests, fordelt på fødselsårsintervaller. Region Hovedstaden er ekskluderet fra opgørelsen.

Født	ASCUS		LSIL		HSIL		ASCH		Karcinom		AGC		AIS		I Alt
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Født 1943 - 1947	64	33,33 %	55	28,65 %	43	22,40 %	26	13,54 %	4	2,08 %	0	0,00 %	0	0,00 %	192
Født 1938 - 1942	31	28,44 %	28	25,69 %	26	23,85 %	22	20,18 %	#	#	#	#	0	0,00 %	109
Født 1933 - 1937	13	37,14 %	5	14,29 %	14	40,00 %	3	8,57 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	35
Født 1928 - 1932	#	#	3	27,27 %	#	#	#	#	0	0,00 %	#	#	#	#	11
Total	110	31,70 %	91	26,22 %	85	24,50 %	53	15,27 %	5	1,44 %	#	#	#	#	347

#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner.

Tabel 4b. Cytologidiagnoser blandt anden type HPV-positive tests, fordelt på regioner. Region Hovedstaden er ekskluderet fra opgørelsen.

Region	ASCUS		LSIL		HSIL		ASCH		Karcinom		AGC		AIS		I Alt
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sjælland	35	38,46 %	28	30,77 %	19	20,88 %	8	8,79 %	0	0,00 %	0	0,00 %	#	#	91
Syddanmark	23	29,11 %	17	21,52 %	23	29,11 %	13	16,46 %	#	#	#	#	0	0,00 %	79
Midtjylland	36	28,80 %	30	24,00 %	35	28,00 %	23	18,40 %	0	0,00 %	#	#	0	0,00 %	125
Nordjylland	16	30,77 %	16	30,77 %	8	15,38 %	9	17,31 %	3	5,77 %	0	0,00 %	0	0,00 %	52
Total	110	31,70 %	91	26,22 %	85	24,50 %	53	15,27 %	5	1,44 %	#	#	#	#	347

#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner.

Bethesda-klassifikationen: Sundhedsstyrelsen og WHO anbefaler Bethesda-klassifikationen anvendt til besvarelse af celleprøver fra livmoderhalsen (6). Diagnoseerne er opbygget som akronymer af de engelske udtryk for forandringerne og omfatter (foruden "normale celler"):

- ASCUS (atypical squamous cells of unknown significance)
- LSIL (low grade squamous intraepithelial lesion)
- HSIL (high grade squamous intraepithelial lesion)
- ASCH (atypical squamous cells favor)
- Planocellært karcinom
- Adenokarcinoma
- AGC (atypical glandular cells)
- AIS (adenokarcinoma in situ)

Tabel 4a og 4b

Nationalt. For de n=347 tests der var positive for anden type HPV end type HPV16 og/eller 18 og ikke samtidig HPV 16 og/eller18, og hvor der ved cytologien fandtes celleforandringer (ASCUS eller mere) viser de næste tabeller, 4a og 4b, den eksakte fordeling af cytologi-diagnoser.

De uklare og lette celleforandringer (ASCUS og LSIL) udgjorde på landsplan mere end halvdelen af diagnoserne (57,9 %). Hos 39,7 % sås svære celleforandringer (HSIL) eller mistanke om svære celleforandringer (ASCH) og 1,4 af prøverne viste karcinom. I mindre end 1 % af prøverne var der forandringer i kirtlepitelet (AGC og AIS).

Fødselsår. Overordnet set er der ikke den store forskel.

Regionalt. Der ses mindre variationer i diagnosefordelingerne imellem regionerne. Dette afspejler sandsynligvis at en cytologiundersøgelse er en subjektiv undersøgelse der foretages i mikroskop og adskiller sig ikke fra hvad der rapporteres i det ordinære screeningsprogram. Det skal bemærkes at kvinder med *alle* grader af celleforandring er blevet henvist til nærmere udredning ved gynækolog.

DKLS styregruppemedlemmer

Styregruppen for Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening:

- Ledende overlæge Marianne Waldstrøm, Region Syddanmark
- Klinisk professor Elsebeth Lynge, Københavns Universitet/Nykøbing Falster Sygehus
- Overlæge Reza Serizawa, Region Hovedstaden
- Professor, Ledende overlæge Berit Andersen, Region Midtjylland
- Afsnitsledende bioanalytiker Jette Christensen, Region Nordjylland
- Overlæge Lise Grupe Larsen, Region Sjælland
- Afdelingsbioanalytiker Dorthe Ejersbo, Dansk Cytologiforening
- Overlæge Kirsten Jochumsen, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
- Overlæge Tonje Johansen, Patobanken
- Praktiserende læge Hanne Nørgaard Heje, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Biostatistiker Petra Hall Viborg, Afdeling for databaseområde 2: Cancer og Cancerscreening, RKKP Videncenter
- Klinisk epidemiolog, Birgitte Schütt Christensen, Afdeling for databaseområde 2: Cancer og Cancerscreening, RKKP Videncenter
- Kontaktperson og repræsentant for dataansvarlig myndighed, Region Midtjylland, Ane Birgitte Telén Andersen, Afdeling for databaseområde 2: Cancer og Cancerscreening, RKKP Videncenter

Klinisk ordforklaringsliste

BD Onclarity. Onclarity HPV Assay (BD Onclarity HPV-analyse) er en amplificeret DNA-analyse til kvalitativ påvisning af højrisikotyper af human papillomavirus (HPV). Analysen påviser alle 14 højrisikotyper af HPV (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 og 68) og omfatter evnen til genotypebestemmelse af seks højrisikotyper (HPV 16, 18, 31, 45, 51 og 52).

Bethesda-klassifikationen: Klassifikationen anvendt til besvarelse og cytologidiagnosebestemmelse af celleprøver fra livmoderhalsen. Diagnoserne er opbygget som akronymer af de engelske udtryk for forandringerne og omfatter: Normale celler, ASCUS – atypical squamous cells of unknown significance, ASCH – atypical squamous cells favor HSIL (cannot exclude HSIL), LSIL – low grade squamous intraepithelial lesion, HSIL – high grade squamous intraepithelial lesion, Planocellært karcinom, AGC – atypical glandular cells, AIS – adenokarcinoma in situ, samt Adenokarcinoma (6).

Celleforandringer. Celleforandringer på livmoderhalsen betyder, at der er sket ændringer i de yderste celler i slimhinden på livmoderhalsen. Celleforandringer er forstadier, der kan udvikle sig til kræft. I nogle tilfælde forsvinder de af sig selv, mens andre kræver behandling. Alle grader af celleforandringer kan behandles. Behandlingen er relativt enkel, og stort set alle kvinder bliver helbredt. Ubehandlede celleforandringer kan føre til kræft med tiden, men er ikke i sig selv kræft (7).

Cobas 4800: Kommerciel HPV DNA-test, der tester for tilstedeværelse af 14 højrisiko-HPV-typer. Testen angiver om HPV påvises eller ej og kan typebestemme HPV type 16 og HPV type 18. De øvrige 12 højrisiko typer rapporteres som "HPV påvist af anden type end HPV 16 eller HPV type 18" under et som Anden type end 16 og 18.

Cytologisk undersøgelse (cytologi): En undersøgelse i et mikroskop hvor der på et aftryk af celleprøven undersøges for celleforandringer.

Humant papillomavirus (HPV): Virus, der kan medføre forstadier til livmoderhalskræft og livmoderhalskræft. Der findes en række forskellige HPV typer hvor nogle betegnes som lav-risiko typer og andre (12-14 typer) som højrisikotyper, herunder regnes fx type 16 og 18. Højrisikotyperne kan give anledning til celle-forandringer og livmoderhalskræft. I rapporten benyttes HPV synonymt med højrisikotyper af HPV.

Hysterektomi: Fjernelse af livmoderen.

Karcinom: Kræft der udgår fra epitelceller, dvs. overfladecellerne i hud og slimhinder samt kirtelceller.

Keglesnit: Fjernelse af et kegleformet stykke væv fra livmoderhalsen.

Kolposkopi. Ved en gynækologisk undersøgelse kan man undersøge skeden og livmoderhalsens slimhinde med et forstørrelsesapparat, et kolposkop, så man bedre se, om der er forandringer i slimhinden. Undersøgelsen bliver især anvendt ved mistanke om celleforandringer og virusinfektioner.

Mikroskopi: Undersøgelse af celler eller væv i mikroskop.

Pladeepitel: Epitel, hvor cellerne ud mod overfladen har form af tynde plader parallelle med overfladen.

Triage: Sortering. Triage er vigtig ved visse cytologiske diagnoser for at kvalificere diagnoserne og øge specificiteten. I screeningprogrammer, hvor test for højrisiko-HPV benyttes som primær screeningsmetode, er triage nødvendig for at øge specificiteten og reducere antallet af falsk positive undersøgelsesresultater.

Referencer

1) Regeringen. Patienternes Kræftplan. Kræftplan IV. August 2016. Side 36-37.

[https://www.sum.dk/Temaer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Kraeftplan-IV-aug-2016/Kraeftplan-IV-Patienternes-aug-2016.ashx](https://www.sum.dk/Temaer/~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Kraeftplan-IV-aug-2016/Kraeftplan-IV-Patienternes-aug-2016.ashx)

2) Regeringen, Danske Regioner og KL. Udmøntningsaftale om Kræftplan IV (2017-2020).

<https://www.sum.dk/Temaer/~media/Filer%20-%20dokumenter/2017/KPIV2017/Udmøntningsaftale-om-Kraeftplan-IV.ashx>

3) Gravitt PE. The known unknown of HPV natural history. J Clin Invest 2011;121:4593-9.

4) Sundhedsstyrelsen ... 2012 Sundhedsstyrelsen. Screening for livmoderhalskræft - anbefalinger 2012. <http://www.sst.dk/~media/B1211EAFEDFB47C5822E883205F99B79.ashx>

5) Lynge E, Lönnberg S, Törnberg S. Cervical cancer incidence in elderly women – biology or screening history? Eur J Cancer 2017;74:82-8.

6) Nayar R., Wilbur D.; The Bethesda System for Reporting Cervical Cytology, 3rd edition 2015.

7) https://www.cancer.dk/hjaelp-viden/kraeftformer/forstadier-til-kraeft-svaer-dysplasi-carcinoma-in-situ-cis/celleforandringer-livmoderhalsen/?gclid=EAIaIQobChMIpZfLsdWk4AIVIs13Ch2qCQMFEAAYASAAEgKJKvD_BwE

Bilag

Ia) Supplerende tabeller, deltager-flow

Tabel Da. Deltagelse fordelt på fødselsårsintervaller

<i>Født</i>	<i>Antal kvinder født før 1948 og bosatte i Danmark 15.3.2017</i> A	<i>Antal af A der udvandrede/døde i perioden 15.3.2017-30.6.2018</i> B	<i>Antal af A der var hysterektomeret inden 15.3.2017</i> C	<i>Antal af A der deltog i screening 15.3.2017-30.6.2018</i> D	<i>Antal af C der havde cytologi 1 år før deltagelse</i> E	<i>Antal kvinder der deltog 15.3.2017-30.6.2018</i> F
Født 1943 - 1947	170 073	3 451	25 865	63 178	2 257	60 921
Født 1938 - 1942	116 067	4 088	18 225	32 916	926	31 990
Født 1933 - 1937	80 524	5 342	11 383	12 319	262	12 057
Født 1928 - 1932	50 955	6 206	5 697	3 182	60	3 122
Født 1923 - 1927	27 815	5 858	2 142	462	10	452
Født 1918 - 1922	8 785	2 914	453	43	#	41
Født før 1918	1 393	669	39	#	0	#
Total	455 612	28 528	63 804	112 102	3 517	108 585

#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner.

Tabel Db. Deltagelse fordelt på regioner

<i>Region</i>	<i>Antal kvinder født før 1948 og bosatte i Danmark 15.3.2017</i> A	<i>Antal af A der udvandrede/døde i perioden 15.3.2017-30.6.2018</i> B	<i>Antal af A der var hysterektomeret inden 15.3.2017</i> C	<i>Antal af A der deltog i screening 15.3.2017-30.6.2018</i> D	<i>Antal af C der havde cytologi 1 år før deltagelse</i> E	<i>Antal kvinder der deltog 15.3.2017-30.6.2018</i> F
Hovedstaden	131 440	8 415	16 461	32 111	1 613	30 498
Sjælland	73 906	4 660	10 485	18 109	302	17 807
Syddanmark	103 292	6 295	15 068	25 868	656	25 212
Midtjylland	97 395	6 044	14 712	24 356	702	23 654
Nordjylland	49 579	3 114	7 078	11 658	244	11 414
Total	455 612	28 528	63 804	112 102	3 517	108 585

Ib) Supplerende tabeller, fordeling på de enkelte fødselsår**Tabel Dc. Deltagelse fordelt på de enkelte fødselsår**

Fødselsår	Antal kvinder født før 1948 og bosatte i Danmark 15.3.2017	Antal af A der udvandrede/ døde i perioden 15.3.2017- 30.6.2018	Antal af A der var hyste- rektomeret inden 15.3.2017	Antal af A der deltog i screening 15.3.2017- 30.6.2018	Antal af C der havde cytologi 1 år før deltagelse	Antal kvinder der deltog 15.3.2017- 30.6.2018
	A	B	C	D	E	F
1947	36 133	595	5 184	14 504	585	13 919
1946	36 532	683	5 514	14 063	562	13 501
1945	34 805	703	5 441	12 772	421	12 351
1944	32 712	751	5 063	11 640	370	11 270
1943	29 891	719	4 663	10 199	319	9 880
1942	27 473	771	4 432	8 822	255	8 567
1941	24 084	801	3 767	7 297	200	7 097
1940	22 990	810	3 644	6 472	187	6 285
1939	21 210	798	3 359	5 514	165	5 349
1938	20 310	908	3 023	4 811	119	4 692
1937	19 185	943	2 963	3 415	90	3 325
1936	17 457	1 005	2 520	3 059	72	2 987
1935	15 913	1 136	2 196	2 395	42	2 353
1934	14 717	1 129	2 011	1 955	34	1 921
1933	13 252	1 129	1 693	1 495	24	1 471
1932	12 262	1 178	1 545	1 040	21	1 019
1931	11 096	1 207	1 340	797	17	780
1930	10 160	1 256	1 090	622	9	613
1929	9 079	1 276	957	393	6	387
1928	8 358	1 289	765	330	7	323
1927	7 335	1 328	669	174	4	170
1926	6 504	1 224	527	119	#	117
1925	5 516	1 158	389	93	4	89
1924	4 683	1 126	317	50	0	50
1923	3 777	1 022	240	26	0	26
1922	2 746	817	170	13	0	13
1921	2 341	748	126	15	0	15
1920	1 784	622	84	10	#	9
1919	1 124	394	48	#	#	#
1918	790	333	25	3	0	3
1917	513	222	19	0	0	0
1916	392	196	10	#	0	#
1915	218	107	#	0	0	0
1914	114	55	5	0	0	0
1913	65	32	#	0	0	0
1912	48	26	#	#	0	#
1911	21	18	0	0	0	0
1910	13	8	#	0	0	0

Engangstilbuddet: Livmoderhalskræftscreening blandt kvinder født før 1948 – 1. delrapport

<i>Fødselsår</i>	<i>Antal kvinder født før 1948 og bosatte i Danmark 15.3.2017</i> A	<i>Antal af A der udvandrede/døde i perioden 15.3.2017-30.6.2018</i> B	<i>Antal af A der var hysterektomeret inden 15.3.2017</i> C	<i>Antal af A der deltog i screening 15.3.2017-30.6.2018</i> D	<i>Antal af C der havde cytologi 1 år før deltagelse</i> E	<i>Antal kvinder der deltog 15.3.2017-30.6.2018</i> F
1909	5	3	0	0	0	0
1908	3	#	0	0	0	0
1906	#	#	0	0	0	0
Total	455 612	28 528	63 804	112 102	3 517	108 585

#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner.

Tabel 1c. Andel deltagere fordelt på fødselsår

Fødselsår	Tæller / nævner	Andel	95 % CI
1947	13 919 / 29 769	46,76 %	46,19 - 47,33
1946	13 501 / 29 773	45,35 %	44,78 - 45,91
1945	12 351 / 28 240	43,74 %	43,16 - 44,32
1944	11 270 / 26 528	42,48 %	41,89 - 43,08
1943	9 880 / 24 190	40,84 %	40,22 - 41,47
1942	8 567 / 22 015	38,91 %	38,27 - 39,56
1941	7 097 / 19 316	36,74 %	36,06 - 37,43
1940	6 285 / 18 349	34,25 %	33,57 - 34,94
1939	5 349 / 16 888	31,67 %	30,97 - 32,38
1938	4 692 / 16 260	28,86 %	28,16 - 29,56
1937	3 325 / 15 189	21,89 %	21,24 - 22,56
1936	2 987 / 13 860	21,55 %	20,87 - 22,25
1935	2 353 / 12 539	18,77 %	18,09 - 19,46
1934	1 921 / 11 543	16,64 %	15,97 - 17,33
1933	1 471 / 10 406	14,14 %	13,47 - 14,82
1932	1 019 / 9 518	10,71 %	10,09 - 11,34
1931	780 / 8 532	9,14 %	8,54 - 9,77
1930	613 / 7 805	7,85 %	7,27 - 8,47
1929	387 / 6 840	5,66 %	5,12 - 6,23
1928	323 / 6 297	5,13 %	4,60 - 5,70
1927	170 / 5 334	3,19 %	2,73 - 3,69
1926	117 / 4 751	2,46 %	2,04 - 2,94
1925	89 / 3 965	2,24 %	1,81 - 2,76
1924	50 / 3 240	1,54 %	1,15 - 2,03
1923	26 / 2 515	1,03 %	0,68 - 1,51
1922	13 / 1 759	0,74 %	0,39 - 1,26
1921	15 / 1 467	1,02 %	0,57 - 1,68
1920	9 / 1 077	0,84 %	0,38 - 1,58
1919	# / #	#	
1918	3 / 432	0,69 %	0,14 - 2,02
1917	0 / 272	0,00 %	0,00 - 1,35
1916	# / #	0,54 %	0,01 - 2,96
1915	0 / 109	0,00 %	0,00 - 3,33
1914	0 / 54	0,00 %	0,00 - 6,60
1913	0 / 32	0,00 %	0,00 - 10,89
1912	# / #	#	
1911	0 / 3	0,00 %	0,00 - 70,76
1910	0 / 4	0,00 %	0,00 - 60,24
1909	0 / 2	0,00 %	0,00 - 84,19
1908	0 / 2	0,00 %	0,00 - 84,19
Total	108 585 / 359 763	30,18 %	30,03 - 30,33

#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner.

Tabel 2e. Resultatet af den primære screeningsundersøgelse fordelt på fødselsår

Fødsels- år	Antal kvinder der deltog 15.3.2017- 30.6.2018 (F fra tabel Dc)	Antal med egnet test A	Antal af A med positiv HPV-test B	Andel af A med positiv HPV-test C	95 % CI D
1947	13 919	13 910	606	4,36 %	4,02 - 4,70
1946	13 501	13 488	597	4,43 %	4,07 - 4,77
1945	12 351	12 336	494	4,00 %	3,65 - 4,35
1944	11 270	11 253	503	4,47 %	4,07 - 4,84
1943	9 880	9 874	421	4,26 %	3,85 - 4,66
1942	8 567	8 559	336	3,93 %	3,51 - 4,35
1941	7 097	7 089	304	4,29 %	3,80 - 4,76
1940	6 285	6 282	245	3,90 %	3,42 - 4,39
1939	5 349	5 344	238	4,45 %	3,92 - 5,04
1938	4 692	4 689	199	4,24 %	3,68 - 4,86
1937	3 325	3 319	119	3,59 %	2,98 - 4,28
1936	2 987	2 983	107	3,59 %	2,92 - 4,28
1935	2 353	2 349	65	2,77 %	2,14 - 3,51
1934	1 921	1 919	81	4,22 %	3,37 - 5,22
1933	1 471	1 468	48	3,27 %	2,42 - 4,31
1932	1 019	1 019	35	3,43 %	2,40 - 4,74
1931	780	777	19	2,45 %	1,48 - 3,79
1930	613	611	11	1,80 %	0,90 - 3,20
1929	387	386	12	3,11 %	1,62 - 5,37
1928	323	323	14	4,33 %	2,39 - 7,17
1927	170	168	10	5,95 %	2,89 - 10,67
1926	117	116	5	4,31 %	1,41 - 9,77
1925	89	89	5	5,62 %	1,85 - 12,63
1924	50	50	3	6,00 %	1,25 - 16,55
1923	26	26	0	0,00 %	0,00 - 86,77
1922	#	#	#	#	
1921	15	15	0	0,00 %	0,00 - 78,20
1920	9	9	0	0,00 %	0,00 - 66,37
1919	#	#	#	#	
1918	3	3	0	0,00 %	0,00 - 29,24
1916	#	#	#	#	
1912	#	#	#	#	
Total	108 585	108 470	4 479	4,13 %	4,00 - 4,24

#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner.

Tabel 2f. Resultatet af den primære screeningsundersøgelse fordelt på fødselsår, genotypfordeling

Fødsels- år	Antal af positive HPV- test der er typebestemt A	Antal af A der er HPV type 16 B	Antal af A der er HPV type 18 C	Antal af A der er anden HPV type D	Antal af A der er HPV type 16 og/eller type 18 E	Antal af A der er anden HPV type og ikke type 16/18 F	Andel af A der er HPV type 16 og/eller type 18 G	95 % CI for HPV type 16 og/eller type 18 H	Andel af A der er anden HPV type og ikke type 16/18 I	95 % CI for anden HPV type og ikke type 16/18 J
1947	601	107	30	497	137	464	22,80 %	19,50 - 26,36	77,20 %	73,64 - 80,50
1946	597	119	18	495	136	461	22,78 %	19,47 - 26,36	77,22 %	73,64 - 80,53
1945	492	86	32	409	117	375	23,78 %	20,08 - 27,80	76,22 %	72,20 - 79,92
1944	501	93	22	411	114	387	22,75 %	19,15 - 26,68	77,25 %	73,32 - 80,85
1943	420	94	21	328	114	306	27,14 %	22,94 - 31,67	72,86 %	68,33 - 77,06
1942	335	59	16	273	75	260	22,39 %	18,04 - 27,24	77,61 %	72,76 - 81,96
1941	304	63	11	249	72	232	23,68 %	19,02 - 28,87	76,32 %	71,13 - 80,98
1940	243	54	11	191	64	179	26,34 %	20,91 - 32,35	73,66 %	67,65 - 79,09
1939	238	42	12	199	52	186	21,85 %	16,77 - 27,64	78,15 %	72,36 - 83,23
1938	199	38	6	163	44	155	22,11 %	16,55 - 28,52	77,89 %	71,48 - 83,45
1937	119	26	5	93	31	88	26,05 %	18,44 - 34,89	73,95 %	65,11 - 81,56
1936	107	23	5	83	28	79	26,17 %	18,15 - 35,55	73,83 %	64,45 - 81,85
1935	65	9	3	54	12	53	18,46 %	9,92 - 30,03	81,54 %	69,97 - 90,08
1934	81	18	4	62	22	59	27,16 %	17,87 - 38,19	72,84 %	61,81 - 82,13
1933	48	10	#	39	12	36	25,00 %	13,64 - 39,60	75,00 %	60,40 - 86,36
1932	35	11	#	25	13	22	37,14 %	21,47 - 55,08	62,86 %	44,92 - 78,53
1931	19	4	#	15	5	14	26,32 %	9,15 - 51,20	73,68 %	48,80 - 90,85
1930	11	3	#	8	4	7	36,36 %	10,93 - 69,21	63,64 %	30,79 - 89,07
1929	12	3	0	9	3	9	25,00 %	5,49 - 57,19	75,00 %	42,81 - 94,51
1928	14	4	#	9	5	9	35,71 %	12,76 - 64,86	64,29 %	35,14 - 87,24
1927	10	4	#	7	5	5	50,00 %	18,71 - 81,29	50,00 %	18,71 - 81,29
1926	5	#	0	5	#	4	20,00 %	0,51 - 71,64	80,00 %	28,36 - 99,49
1925	5	#	0	3	#	3	40,00 %	5,27 - 85,34	60,00 %	14,66 - 94,73
1924	3	0	0	3	0	3	0,00 %	-	100,00 %	29,24 - 100,00

Engangstilbuddet: Livmoderhalskræftscreening blandt kvinder født før 1948 – 1. delrapport

Fødsels- år	Antal af positive HPV- test der er typebestemt A	Antal af A der er HPV type 16 B	Antal af A der er HPV type 18 C	Antal af A der er anden HPV type D	Antal af A der er HPV type 16 og/eller type 18 E	Antal af A der er anden HPV type og ikke type 16/18 F	Andel af A der er HPV type 16 og/eller type 18 G	95 % CI for HPV type 16 og/eller type 18 H	Andel af A der er anden HPV type og ikke type 16/18 I	95 % CI for anden HPV type og ikke type 16/18 J
1922	#	0	0	#	0	#	0,00 %	-	100,00 %	2,50 - 100,00
1919	#	#	0	0	#	0	100,00 %	2,50 - 100,00	0,00 %	-
Total	4 466	874	204	3 631	1 069	3 397	23,94 %	22,69 - 25,22	76,06 %	74,78 - 77,31

#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner.

Tabel 3c. Cytologi triage og ASCUS+ blandt anden type HPV positive tests, fordelt på fødselsår. Region Hovedstaden er ekskluderet.

Fødsels- år	Antal anden type HPV- positiv A	Antal af A med cytologi- triage B	Andel af A med cytologi- triage C	Antal af B med egnet cytologi D	Antal af D med ASCUS+ E	Andel af D med ASCUS+ F	95 % KI
1947	333	333	100,00 %	332	43	12,95 %	9,53 - 17,05
1946	318	318	100,00 %	316	38	12,03 %	8,65 - 16,13
1945	258	258	100,00 %	256	40	15,63 %	11,40 - 20,66
1944	273	273	100,00 %	270	37	13,70 %	9,84 - 18,39
1943	226	225	99,56 %	223	34	15,25 %	10,80 - 20,65
1942	187	187	100,00 %	186	27	14,52 %	9,79 - 20,41
1941	163	163	100,00 %	161	28	17,39 %	11,88 - 24,14
1940	123	123	100,00 %	122	22	18,03 %	11,66 - 26,02
1939	144	144	100,00 %	144	18	12,50 %	7,58 - 19,03
1938	104	103	99,04 %	103	14	13,59 %	7,63 - 21,75
1937	64	63	98,44 %	63	9	14,29 %	6,75 - 25,39
1936	55	55	100,00 %	54	8	14,81 %	6,62 - 27,12
1935	35	35	100,00 %	35	3	8,57 %	1,80 - 23,06
1934	39	39	100,00 %	39	13	33,33 %	19,09 - 50,22
1933	23	23	100,00 %	23	#	#	
1932	17	17	100,00 %	17	5	29,41 %	10,31 - 55,96
1931	5	5	100,00 %	5	0	0,00 %	0,00 - 52,18
1930	5	5	100,00 %	5	#	#	
1929	6	6	100,00 %	6	3	50,00 %	11,81 - 88,19
1928	5	5	100,00 %	5	#	#	
1927	4	4	100,00 %	4	0	0,00 %	0,00 - 60,24
1926	4	4	100,00 %	4	0	0,00 %	0,00 - 60,24
1925	#	#	#	#	0	0,00 %	0,00 - 84,19
1924	#	#	#	#	0	0,00 %	0,00 - 97,50
1922	#	#	#	#	0	0,00 %	0,00 - 97,50
Total	2 395	2 392	99,87 %	2 377	347	14,60 %	13,20 - 16,08

#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner.

Tabel 4c. Cytologidiagnoser blandt anden type HPV positive tests, fordelt på fødselsår. Region Hovedstaden er ekskluderet.

Fødsels- år	Karcinom		HSIL		LSIL		ASCH		ASCUS		AIS		AGC		I Alt
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
1947	#	#	12	27,91 %	11	25,58 %	6	13,95 %	13	30,23 %	0	0,00 %	0	0,00 %	43
1946	0	0,00 %	8	21,05 %	13	34,21 %	#	#	15	39,47 %	0	0,00 %	0	0,00 %	38
1945	0	0,00 %	6	15,00 %	14	35,00 %	6	15,00 %	14	35,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	40
1944	#	#	7	18,92 %	10	27,03 %	8	21,62 %	11	29,73 %	0	0,00 %	0	0,00 %	37
1943	#	#	10	29,41 %	7	20,59 %	4	11,76 %	11	32,35 %	0	0,00 %	0	0,00 %	34
1942	0	0,00 %	7	25,93 %	6	22,22 %	5	18,52 %	9	33,33 %	0	0,00 %	0	0,00 %	27
1941	#	#	6	21,43 %	7	25,00 %	5	17,86 %	8	28,57 %	0	0,00 %	#	#	28
1940	0	0,00 %	5	22,73 %	5	22,73 %	6	27,27 %	6	27,27 %	0	0,00 %	0	0,00 %	22
1939	0	0,00 %	#	#	7	38,89 %	#	#	7	38,89 %	0	0,00 %	0	0,00 %	18
1938	0	0,00 %	6	42,86 %	3	21,43 %	4	28,57 %	#	#	0	0,00 %	0	0,00 %	14
1937	0	0,00 %	3	33,33 %	#	#	#	#	3	33,33 %	0	0,00 %	0	0,00 %	9
1936	0	0,00 %	#	#	#	#	#	#	3	37,50 %	0	0,00 %	0	0,00 %	8
1935	0	0,00 %	#	#	0	0,00 %	0	0,00 %	#	#	0	0,00 %	0	0,00 %	3
1934	0	0,00 %	6	46,15 %	#	#	0	0,00 %	5	38,46 %	0	0,00 %	0	0,00 %	13
1933	0	0,00 %	#	#	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	#
1932	0	0,00 %	#	#	#	#	#	#	0	0,00 %	#	#	0	0,00 %	5
1930	0	0,00 %	0	0,00 %	#	#	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	#
1929	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	#	#	#	#	0	0,00 %	0	0,00 %	3
1928	0	0,00 %	0	0,00 %	#	#	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	#	#	#
Total	5	1,44 %	85	24,50 %	91	26,22 %	53	15,27 %	110	31,70 %	#	#	#	#	347

#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner.

II) Algoritmer for beregningerne i Resultatkapitlet

I tabel Da og Db blev **deltagelse** beregnet som kolonne F/(søjle D – E), og denne algoritme, der herunder er udskrevet i ord, definerer hhv. tæller og nævner i tabel 1a og 1b;

antal inviterede kvinder, der opfylder inklusionskriterierne og har fået foretaget HPV-test divideret med antal inviterede kvinder (der opfylder kriterierne levende kvinder, født <1948, bosat i danske kommuner pr. d. 1.7.2018, med livmoder(halsen) i behold OG som ikke har en øvrig prøve fra livmoderhalsen <=1 år før).

I tabel 2a og 2b blev **procentandel HPV-positive kvinder** beregnet som kolonne B/A, dvs.;

antal kvinder med positiv HPV test divideret med antal kvinder med egnet HPV-test.

I tabel 2c og 2d blev **procentandel HPV 16 og/eller HPV 18 positive kvinder** (kolonne G) blev beregnet som kolonne E/A, dvs.;

*Antal HPV type 16 og/eller type 18 positive divideret med antal kvinder med positiv test OG testen er typebestemt. Tilsvarende er **procentandel anden type HPV positive** beregnet som kolonne I=F/A.*

I tabel 3a og 3b er **Procentandel med cytologi triage blandt anden type HPV-positive test** (kolonne C) beregnet som kolonne B/A, dvs.;

Antal med cytologi triage divideret med antal med positiv anden type HPV test.

Procentandel med ASCUS³, dvs. abnorm cytologi triage (kolonne F i tabel 3a og 3b) er beregnet som kolonne E/D, dvs.;

antal kvinder med mindst en abnorm cytologidiagnose (ASCUS+) divideret med antal HPV-positive kvinder med egnet cytologi-triage og mindst en cytologidiagnose.

³ASCUS+: atypiske pladeceller af ubestemt betydning eller værdi.

III) Informationsmateriale til almen praksis om Engangstilbuddet

(udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og fælles for alle regioner)

Engangstilbud om screening for livmoderhalskræft til kvinder født før 1948

Information til praktiserende læger

I regi af regeringens Kræftplan IV er det vedtaget, at alle kvinder født før 1948 skal have et ekstraordinært engangstilbud om screening for livmoderhalskræft i 2017. I den kommende periode kan du som praktiserende læge derfor få henvendelser fra kvinder født før 1948, mhp. at få taget en screeningsprøve fra livmoderhalsen. Sundhedsstyrelsen og regionerne har derfor i fællesskab udarbejdet dette informationsbrev til praktiserende læger om det ekstraordinære screeningstilbud.

Prøven tages på samme måde som øvrige prøver i screeningsprogrammet. Prøven sendes til den patologiske afdeling, hvor den vil blive analyseret for HPV på samme måde som i det ordinære screeningstilbud til 60-64-årige og der vil som vanligt blive påført opfølgningskoder/anbefalinger på svarene fra patologiafdelingerne. Såfremt der påvises høj-risiko HPV-type, henviser du kvinden efter samme retningslinjer, som for 60-64-årige kvinder med positiv HPV-test.

Inputs til drøftelse om tilbuddet mellem kvinden og lægen

Kvinderne vil blive informeret om tilbuddet ved tilsendelse af et brev fra deres bopælsregion, heri oplyses de om muligheden for at drøfte tilbuddet med egen læge, jf. bilag.

Hvis kvinden henvender sig for at drøfte tilbuddet, kan følgende betragtninger inddrages i drøftelserne:

- fordelene ved at få konstateret og behandlet ikke-erkendte celleforandringer.
- meget lille risiko for at udvikle livmoderhalskræft, såfremt der ikke konstateres HPV.
- kvindens formodede restlevetid og dermed kvindens risiko for at få livmoderhalskræft i den resterende levetid.
- tidligere screeningshistorie, da gentagne normale screeningsundersøgelser vil reducere risikoen for at få livmoderhalskræft.
- tidligere hysterektomi eller keglesnit.
- komorbiditet, som kan vanskeliggøre evt. screeningsafledt behandling
- de mulige psykiske og fysiske skadevirkninger, tilbuddet kan have i forhold til videre undersøgelse af kvinder, hvor det vurderes, at en yderligere udredning og behandling vil være vanskelig at gennemføre med et godt resultat for kvinden.

Baggrund for tilbuddet

Screening for livmoderhalskræft blev indført i Danmark i 1962, blev systematiseret i 1980'erne, men først i 2006 havde alle daværende amter indført den anbefalede screening for hele aldersgruppen 23-59 år.

Det betyder, at nogle kvinder i de ældre kohorter ikke har fået foretaget systematisk screening. I 2012 indførtes HPV check-out-test som ordinært screeningstilbud til 60-64-årige og testen er først fuldt implementeret i 2014. Kvinder født før 1948 er således ikke HPV-testet i screeningsprogrammet.

Screeningsindsatsen har været en væsentlig medvirkende faktor til, at der er set en markant reduktion i antal tilfælde af livmoderhalskræft fra over 900 tilfælde årligt før screening til nu under 400 tilfælde årligt. Danmark har dog fortsat en af Europas højeste forekomster af livmoderhalskræft.

I dag forekommer en tredjedel af alle nye tilfælde af livmoderhalskræft samt to tredjedele af alle dødsfald af livmoderhalskræft hos kvinder på 60 år og derover. Når ældre kvinder i dag har en høj forekomst af livmoderhalskræft, så skyldes det en kombination af flere faktorer, herunder at populationen er blevet screenet i mindre grad, at der er sket en generel stigning i forekomsten af HPV, og at befolkningen lever længere. Dertil kommer, at ældre kvinder kan have et nedsat immunforsvar, der medfører, at en evt. ubehandlet HPV-infektion lettere kan forårsage livmoderhalskræft. I gennemsnit tager det 15-20 år for celleforandringer at udvikle sig til livmoderhalskræft og en kvinde på 60 år har i dag en gennemsnitlige restlevetid på ca. 25 år.

Bilag

Invitationsbrev, som sendes ud til kvinder født før 1948 i forbindelse med engangstilbud om HPV-test

IV) Invitationsbrevet til kvinderne, Engangstilbuddet

(udarbejdet af Sundhedsstyrelsen og fælles for alle regioner)

Tilbud om screeningsundersøgelse for livmoderhalskræft

Du tilbydes hermed at få taget en prøve fra livmoderhalsen som led i screening for forstadier til livmoderhalskræft. Der er tale om et engangstilbud til kvinder født før 1948. Du får tilbuddet nu, fordi HPV-test ikke var en del af standardtilbuddet, da du var i målgruppen for screening for livmoderhalskræft.

Livmoderhalskræft skyldes Human Papillom Virus, også kaldet HPV. Langt de fleste voksne mennesker har haft en HPV-infektion i løbet af deres liv. Infektion med HPV kan ikke behandles og giver ikke symptomer i sig selv. Det betyder, at man sjældent ved, at man er smittet. I de fleste tilfælde forsvinder HPV-infektionen af sig selv, men i nogle tilfælde medfører infektionen celleforandringer, som kan udvikle sig til livmoderhalskræft.

Det er frivilligt, om du ønsker at tage imod tilbuddet eller ej. Ønsker du at tage imod dette engangstilbud, skal du kontakte din egen læge for at få taget prøven. Prøven tages ved en gynækologisk undersøgelse og lægen sender prøven til laboratoriet, hvor den vil blive analyseret for HPV. Du aftaler med din læge, hvordan du får svar på prøven.

Har du tidligere fået fjernet din livmoder med livmoderhals, er tilbuddet ikke relevant for dig, og du skal ikke foretage dig mere.

Kontakt din læge, hvis du er i tvivl, om tilbuddet er relevant for dig.

Venlig hilsen

Søg altid læge, hvis du får symptomer fra underlivet, f.eks. uventet blødning, smerter eller ændret udflåd. Det gælder uanset, om du vælger at deltage i dette tilbud eller ej.



Spørgsmål og svar om screeningsundersøgelse for livmoderhalskræft

Er der nogen grund til at blive undersøgt i min alder?

Der kan gå mange år, fra man er smittet, til man måske udvikler livmoderhalskræft. Hvis celleforandringerne opdages og behandles i tide, er der større sandsynlighed for, at du kan undgå, at de udvikler sig til livmoderhalskræft.

Hvert år får cirka 125 kvinder over 60 år livmoderhalskræft, og cirka 50 kvinder over 60 år dør af sygdommen hvert år. Ca. en tredjedel af alle nye tilfælde af livmoderhalskræft og knap to tredjedele af dødsfald, der skyldes livmoderhalskræft, forekommer hos kvinder over 60 år.

Skal jeg undersøges, selvom jeg føler mig sund og rask?

Du kan ikke selv mærke, om du er smittet med HPV eller har celleforandringer i livmoderhalsen. Celleforandringer kan være forstadier til kræft, og de kan behandles, så de ikke udvikler sig til kræft.

Hvad sker der, hvis min prøve viser, at jeg er smittet med HPV?

Hvis der findes HPV i din prøve vil den også blive undersøgt for celleforandringer for at finde ud af, hvilken yderligere opfølgning der er behov for. Der findes forskellige grader af celleforandringer. Nogle bør behandles, andre holder man øje med. Dit videre forløb vil derfor afhænge af graden af celleforandringer og HPV-type i din prøve.

Betyder celleforandringer, at jeg har kræft?

Celleforandringer er ikke det samme som kræft og det er langt fra alle celleforandringer, der udvikler sig til kræft. Selvom undersøgelsen viser, at du har celleforandringer, er det ikke sikkert, at du har kræft. Celleforandringerne kan skyldes en harmløs betændelse, som forsvinder af sig selv. Kun en meget lille del af kvinder med celleforandringer vil vise sig at have kræft.

Kan jeg være syg, selvom prøven var normal?

Selvom undersøgelsen viser, at du ikke er smittet med HPV, kan du i nogle tilfælde alligevel godt udvikle livmoderhalskræft. Derfor er det også vigtigt at gå til lægen, hvis du får symptomer fra underlivet, f.eks. uventet blødning, smerter eller ændret udflåd.

Er der skadevirkninger ved undersøgelsen?

Nogle kvinder bryder sig ikke om den gynækologiske undersøgelse.

Ventetiden på svar på undersøgelsen kan hos nogle give uro og bekymring. Nogle lette celleforandringer udvikler sig ikke til kræft, selvom de ikke bliver opdaget, men vi kan ikke på forhånd vide, hvordan det ville være gået. Ved deltagelse i tilbuddet risikerer du dermed at få unødvendige undersøgelser og behandling.