

2026

Kolorektalcancer rapporten

Vikten av tidig och
bred diagnostik

ILCO Tarm- uro- och stomiförbundet

ILCO är en ideell organisation som sedan 1965 arbetar för att personer med sjukdomar och funktionsförändringar i tarmar och urinvägar ska kunna leva på lika villkor som alla andra. Vi samlar patienter, anhöriga och engagerade aktörer för att tillsammans skapa en kraftfull röst för dem som drabbas.

Inom tarmcancerområdet verkar vi för att patienternas perspektiv ska få tydligt genomslag. Genom att lyfta verkliga erfarenheter och driva lösningar för tidig upptäckt, god behandling och bättre eftervård arbetar vi för en mer sammanhållen och jämlik cancervård.

Vårt arbete vilar på delad kunskap, samverkan och en stark gemenskap - med målet att stärka den enskildes rättigheter och bidra till en vård som kontinuerligt utvecklas.

Innehåll

ILCO har ordet	03	Gammalt läkemedel kan halvera risken för återfall vid kolorektalcancer	12
Patientberättelse: Sofia fick rektalcancer vid 41 års ålder	04	Om kolorektalkirurgen fick öronmärkta pengar till bred gentestning	14
Kolorektalcancer – den tredje vanligaste cancerformen	06	"Vi står inför ett paradigmskifte för patienter med kolorektalcancer"	15
Kraftig ökning av kolorektalcancer bland personer under 50 år	08	Så går tankarna i vårdprogram-gruppen	16
Så ställs diagnosen kolorektalcancer – förr, idag och i framtiden	09	Ordlista	18
Vad säger patienterna själva?	10	Hur räddar vi fler liv?	19

Den här rapporten är framtagen i samarbete mellan ILCO och Amgen.

AMGEN

www.amgen.se
SWE-NP-26-80004 2026

ILCO har ordet

Kolorektalcancer är Sveriges tredje vanligaste cancerform och utgör en växande utmaning för hälso- och sjukvården. Vi ser även en oroande utveckling, där allt fler yngre personer insjuknar i kolorektalcancer och dessutom ofta har spridd sjukdom redan vid diagnostillfället. Samtidigt öppnar nya möjligheter inom diagnostik och behandling dörren för mer träffsäkra insatser. Utvecklingen ställer höga krav på ett mer sammanhållet, tidigt och individanpassat omhändertagande.



Foto: August Viberg



Carina Alm

Förbundsordförande
ILCO Tarm- uro- och
stomiförbundet

I dag vet vi att tidig upptäckt är avgörande. Utvecklingen inom diagnostik går snabbt framåt. Biomarkörsanalyser har blivit ett allt viktigare verktyg för att förstå tumörens egenskaper, upptäcka ärftliga syndrom och välja rätt behandling. Den Nationella cancerstrategin (2025) lyfter behovet av att bredda och jämlikgöra biomarkörtestning redan vid diagnos, så att patienter över hela landet får samma möjlighet till precisionsmedicin. Genomic Medicine Sweden (GMS) arbetar i denna riktning genom att införa standardiserade och breda genpaneler, som ger en mer komplett bild av tumörens molekyllära profil.

Ett tydligt exempel på värdet av bredare biomarkörsdiagnostik är ALASCCA-studien. Den visar att acetylsalicylsyra kan halvera risken för återfall hos en stor grupp patienter – men bara för patienter vars tumörer har specifika mutationer. Resultaten belyser hur precisionsmedicin både kan rädda liv och använda befintliga resurser mer effektivt.

Den samlade utvecklingen pekar mot ett paradigmskifte inom svensk kolorektalcancervård. För att förbättra överlevnaden och säkerställa jämlik vård krävs en tidig diagnostik, med en bred biomarkörstestning och individanpassad behandling som vävs samman till en helhet. Den här rapporten belyser varför ett sådant skifte är nödvändigt – och vad som krävs för att nå dit.



“Den samlade utvecklingen pekar mot ett paradigmskifte inom svensk kolorektalcancervård. För att förbättra överlevnaden och säkerställa jämlik vård krävs en tidig diagnostik, med bred biomarkörstestning och individanpassad behandling som vävs samman till en helhet.”

Alla ord med den här symbolen » förklaras i ordlistan på sidan 18.

Sofia fick rektalcancer vid 41 års ålder: ”Läkaren sa att jag var för ung för cancer i tarmen”

Sofia Taléus har haft rektalcancer med tre återfall. Här berättar hon om sin resa och hur hon lyckas hämta kraft och motivation att orka fortsätta kämpa.

Året är 2017 och Sofia Taléus är 41 år och mitt i livet. Hon har familj, maken Anders och dottern Maja som är 8 år, jobbar deltid som barnskötare, pluggar heltid på distans till förskolelärare och har ett stort socialt umgänge. Men hon är väldigt trött.

En morgon är toaletten full med blod. Sofia får panik. Hon försöker ta sig samman och tänker att det kanske är hemorrojder, fast hon aldrig har haft några. Hon kontaktar vårdcentralen.

Det är rektalcancer

Sofia får göra en »rektoskopi». Man ser inget konstigt och husläkaren säger: ”Du behöver inte oroa dig för cancer. Du är så ung”.

Husläkaren skickar ändå en remiss till kirurgmottagningen. För säkerhets skull. Sofia kallas ganska omgående till en »koloskopi». Under koloskopin kan hon följa undersökningen på en skärm. Hon ligger där på britsen och ser hur kameran letar sig upp genom ändtarmen och vidare till tjocktarmen. Plötsligt ändras stämningen i rummet och det blir märkbart tyst.

”Är det cancer?” hör hon sig själv säga.

”Ja, troligtvis, jag behöver ta en »biopsi”, svarar läkaren.

Sofia får diagnosen rektalcancer. Hon har en tumör i övergången mellan ändtarmen och tjocktarmen. Men cancer har inte hunnit sprida sig och bilda »metastaser», så prognosen är god.

Mentalt kidnappad och stomi

Sofia försvinner in i ett mörker, mentalt kidnappad av sin cancer. Hon slutar träna, börjar tröstäta och går upp i vikt. En tid av behandlingar följer. Först strålning med plågsamma biverkningar, sedan cytostatika och till sist operation.

I samband med operationen planerar man för en tillfällig »ileostomi» men det visar sig att ändtarmen har gått i nekros (vävnaden är död). Det är bara ren och skär tur att tarmen inte hunnit spricka. Kirurgen får tänka om och lämnar kvar en liten, liten bit av ändtarmen och lägger i stället upp en permanent stomi från tjocktarmen.



”Jag ville inte bli cancer igen. Jag har varit med om så många motgångar att jag inte har råd att bli cancer igen.”

När Sofia ligger på uppvaket är hon glad och lättad över att hon lever. Men att få en stomi som ska sitta kvar livet ut, leder till en identitetskris.

– Vem är jag nu? Kommer jag någonsin att kunna känna mig kvinnlig igen? Och kommer Anders kunna älska mig nu? berättar Sofia att hon tänkte.

Det kunde han. Och stomin, den som medförde så mycket ångest, den skulle egentligen bli Sofias minsta problem.

Cancerresan börjar om

Det är vår 2021. Sofia har hunnit ta förskoleexamen tillsammans med sina kurskamrater. Hon har också gjort en livsstilsförändring och börjat äta mer hälsosamt, kommit i gång med att träna och gått ner i vikt.

Det har gått tre år sedan Sofia fick sin diagnos. Hon ska nu bli friskförklarad och familjen ska få fira. Allt ser bra ut. Kontaktsköterskan ringer upp för att höra hur Sofia mår för övrigt. Då nämner Sofia att det kommer lite blod från den lilla del av ändtarmen som hon har kvar. Cancern har kommit tillbaka.

Så börjar cancerresan om, eller fortsätter, med tre återfall av ny cancer som innebär nya undersökningar, väntan, oro, dödsångest, behandlingar och fler operationer. Det slutar med att man har opererat bort livmoder, äggstockar och hela ändtarmen, det vill säga en »rektumamputation».

Dödsångest och tacksamhet

I juni 2023 ska den fjärde canceromgången behandlas med strålning och cytostatika i tablettform för att minska canceren inför en ny mycket omfattande operation.

Under en strålbehandling kommer de riktigt mörka tankarna.

– Jag har en enorm dödsångest. Hur ska jag överleva en fjärde operation och vad blir livskvaliteten efter den här operationen? Jag tänker att det här är början på slutet. Varför gör jag det här? Det kanske är lika bra att cancer bara får leva sitt liv...

Rösten brister. Det här är svårt att prata om.

Men så får hon det positiva beskedet att behandlingen haft önskad effekt. All cancer är borta och operationen kan ställas in. Sofia kan äntligen se framåt igen och fortsätta med sitt liv. Och hon är oändligt tacksam.

Hela den här cancerresan har gett henne ett nytt mindset.

– Jag ville inte bli cancer igen. Jag har varit med om så många motgångar att jag inte har råd att bli cancer igen.

Sofia förklarar vidare att alla har motgångar, men det handlar om hur man hanterar dem. Hon vill försöka vända allt till något positivt.

Sjukskrivningar och cancerbaksmälla

Sofia har många år av sjukskrivningar bakom sig. Idag arbetar hon 50 procent och planen är att trappa upp ytterligare till 75 procent efter jul. Men bara tanken på det skapar oro.

Sofia har det man kallar ”cancerbaksmälla”. För Sofia innebär det hjärntrötthet, koncentrationssvårigheter, att ha jobbigt med ljud, att glömma saker och att ibland ha svårt att hänga med. Och hon är ofta trött.

Men Sofia har bestämt sig för att kämpa. Så var hämtar hon sin kraft och motivation?

– Min familj. Jag vill få finnas till och få tid att vara tillsammans med dem så länge som möjligt – med livskvalitet på vägen. Jag vill fortsätta att få vara med.

Sofia har tackat ja till att medverka i Kolorektalcancer-rapporten med förhoppningen att hennes historia ska kunna bidra till förbättrade förutsättningar för andra patienter med kolorektalcancer nu och i framtiden.



2019

Jag tar min förskolläraryxamen, en enorm milstolpe!

2017

Jag får rektalcancer och avslutar året med strålning.

2020

Jag rektumamputeras samt livmoder och äggstockar tas bort.

2021

Vi ska fira tre år som cancerfria men faller på målnöret, jag får mitt första recidiv. Jag blir sjukskriven igen.

2022

Vi börjar socialisera mer med vänner igen.

Jag får mitt andra cancerrecidiv och genomgår en stor bukoperation.

2023

Mitt tredje cancerrecidiv. Nedstämd, har inte riktigt lika mycket fightingspirit som tidigare.

Får mirakelbeskedet att cancer har försvunnit!

2025

Jag åker på solsemester med min familj för första gången på 8 år.

Kolorektalcancer – den tredje vanligaste cancerformen

Varje år diagnostiseras cirka 7 000 personer i Sverige med kolorektalcancer. Sjukdomen är därmed den tredje vanligaste cancerformen, näst efter bröst- och prostatacancer. Benämningen kolorektalcancer är en sammanslagning av koloncancer (tjocktarmscancer) och rektalcancer (ändtarmscancer). Diagnoserna har många likheter och hanteras och benämns därför ofta under det gemensamma begreppet kolorektalcancer.

Inte bara äldre drabbas

Medelåldern för att drabbas av kolorektalcancer har under flera decennier legat runt 70–75 år (1970–2000-talet), men sedan 2010 har sjukdomen krupit ner i åldrarna och insjuknandet hos personer under 50 år har ökat.¹

Läs mer om det på nästa sida.

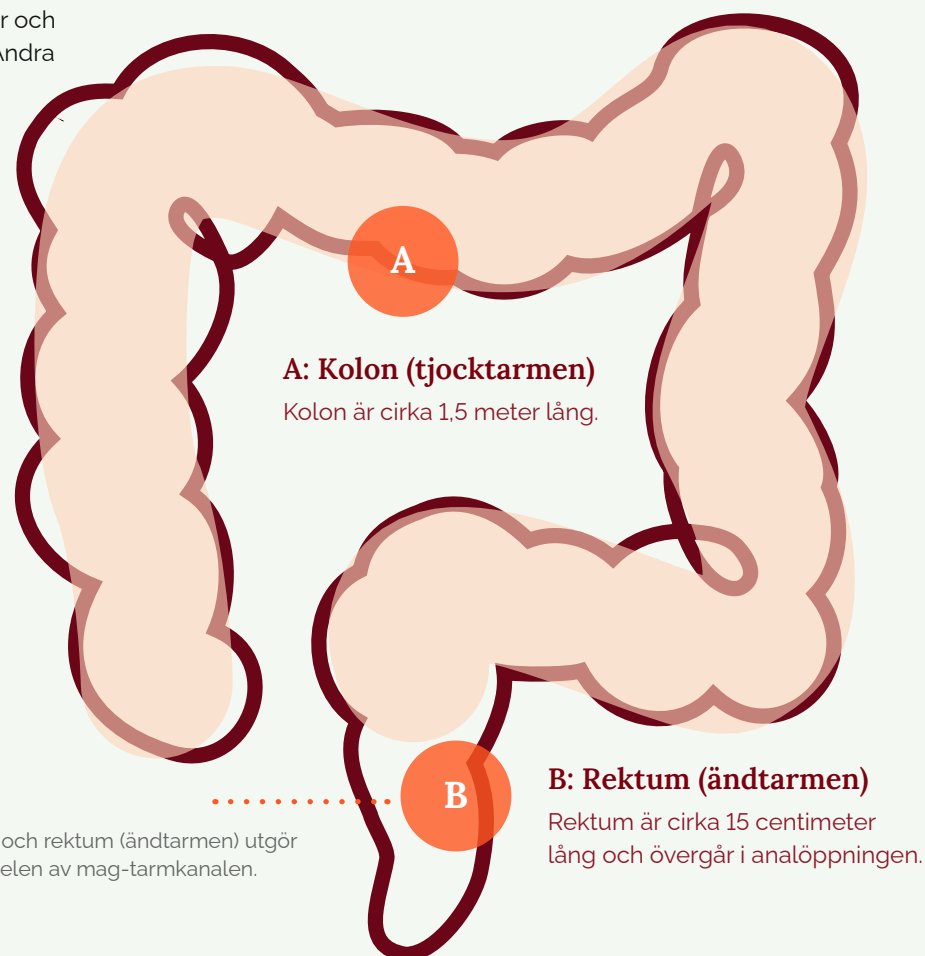
Ärftlighet och livsstil påverkar risken att drabbas

Det finns inte någon känd enskild utlösande faktor för kolorektalcancer men man känner till att risken kan påverkas av ärftliga faktorer och kostens sammansättning. Andra faktorer som kan ge ökad risk för kolorektalcancer är övervikt, rökning och alkohol användning.

Tiden är en avgörande faktor

Ju längre tiden går innan diagnos ställs och behandling kan påbörjas, ju större är risken för avancerad sjukdom, vilket försämrar både prognos och chans till bot.

♂ Cirka 40–45 procent av patienterna utvecklar metastaser någon gång.²



Figur 1. Kolon (tjocktarmen) och rektum (ändtarmen) utgör tillsammans den nedersta delen av mag-tarmkanalen.

Tumörens stadium enskilt viktigaste faktorn för prognos

Det är en avgörande skillnad i vilket stadium tumören är vid diagnos. Om tumören är lokalt begränsad till tarmen är behandlingen enklare och chansen att bli botad är hög. Om cancer har spridit sig till lymfkörtlar eller andra organ krävs mer omfattande behandling och prognosen blir sämre.

Man brukar göra en indelning i fyra stadier:

- **Stadie 1:** Tumören sitter i tarmväggen (lokaliserad cancer)
- **Stadie 2:** Tumören har vuxit igenom tarmväggen (lokaliserad cancer)
- **Stadie 3:** Tumören har spridit sig till närliggande lymfkörtlar (lokalt avancerad cancer)
- **Stadie 4:** Tumören har spridit sig till andra delar av kroppen och bildat metastaser och/eller vuxit över till intilliggande organ (spridd cancer)

Överlevnaden är starkt kopplad till stadium vid upptäckt

Femårsöverlevnaden är 66 procent. Men hur länge man lever med kolorektalcancer är starkt kopplat till vilket stadium tumören är i när den upptäcks.³

Behandlingen består av flera delar

Kolorektalcancer behandlas i dag främst med kirurgi, som är den enda botande metoden. Beroende på tumörens läge och stadium kan behandlingen kompletteras med cytostatika, målriktad behandling och/eller strålbehandling. Målet är att ge effektiv behandling utan onödig överbehandling.

Återfall är vanligast de tre första åren efter diagnos

Risken att få återfall (cancer kommer tillbaka) är högst de tre första åren.

Förändrade avföringsvanor och blod i avföringen de vanligaste symtomen

Vanliga symtom vid kolorektalcancer:

- blod i avföringen
- ändrade avföringsvanor
- buksmärtor eller uppkördhet som inte går över
- oförklarlig viktminskning
- järnbrist eller lågt blodvärde utan tydlig orsak.

Läs mer på sidan 9 om diagnostik.

Kolorektalcancer i siffror²⁻³

7000
personer diagnostiseras
varje år i Sverige

Ungefär en tredjedel
av all kolorektalcancer
är cancer i ändtarmen

Koloncancer
(tjocktarmscancer)
~70–75%

Rektalcancer
(ändtarmscancer)
~25–30%

3e
vanligaste cancer-
formen i Sverige

5-årsöverlevnaden i
hela diagnosgruppen
66%*

* Överlevnaden är starkt beroende av tumörstadiet

Kraftig ökning av kolorektalcancer bland personer under 50 år

En ny studie från Karolinska Institutet visar att kolorektalcancer ökar kraftigt bland yngre. I dag insjuknar nära tre gånger så många under 50 år jämfört med i början av 1990-talet.

– Det är alarmerande att en cancerform ökar bland unga människor. Vi vill ta reda på varför det är så, säger cancerforskaren Cecilia Radkiewicz, som lett studien.



Cecilia Radkiewicz

Biträdande överläkare och docent i cancer och onkologi på Sankt Görans sjukhus respektive Karolinska Institutet i Stockholm



“Som klinisk mag-tarm-onkolog var det tidigare sällsynt med sjukskrivningar. De flesta patienter var ju redan ålderspensionärer. Det är märkbart annorlunda nu med fler sjukskrivningar, arbetsgivare och minderåriga barn att ta hänsyn till.”

Tidig diagnos är avgörande

– Ju tidigare man upptäcker den här cancerformen, desto större chans har man att botas – och oftast till ett lägre pris med avseende på stympande kirurgi, strålbehandling och cytostatika, säger Cecilia Radkiewicz.

Vid tidiga tumörstadier är risken lägre att sjukdomen hunnit sprida sig vilket innebär att man inte behöver ge en lika tuff behandling. Det i sin tur minskar risken för både akuta och sena biverkningar. Därför är information till både allmänhet och primärvård central. Allmänheten behöver veta hur mage och tarm fungerar, vad som är normalt och när man ska söka vård. Vårdpersonal måste vara medvetna om att kolorektalcancer även drabbar yngre, så att korrekt utredning och diagnostik inte fördröjs.

Men Cecilia Radkiewicz påminner också om att den bakomliggande orsaken till ökningen bland yngre fortfarande är okänd, liksom varför man ser en överdödlighet 5–10 år efter kolorektalcancerdiagnos, när denna patientgrupp traditionellt har ansetts botad.

– Det vill vi undersöka vidare, säger hon.

Studien¹ analyserade trender i nyinsjuknande och inkluderade drygt 135 000 patienter mellan 1993 och 2019. Förutom den kraftiga ökningen hos personer under 50 år såg forskarna att ökningen sker jämnt fördelat i hela tarmen, men de bakomliggande orsakerna är inte klarlagda. Anmärkningsvärt är också att unga oftare har metastaserad (spridd) sjukdom vid diagnos jämfört med äldre, men justerar man för detta har unga ändå bättre prognos (relativ överlevnad). Studien visar också en kvarstående överdödlighet i bägge åldersgrupperna i upp till 5–10 år efter diagnos, när dessa patienter brukar anses botade.

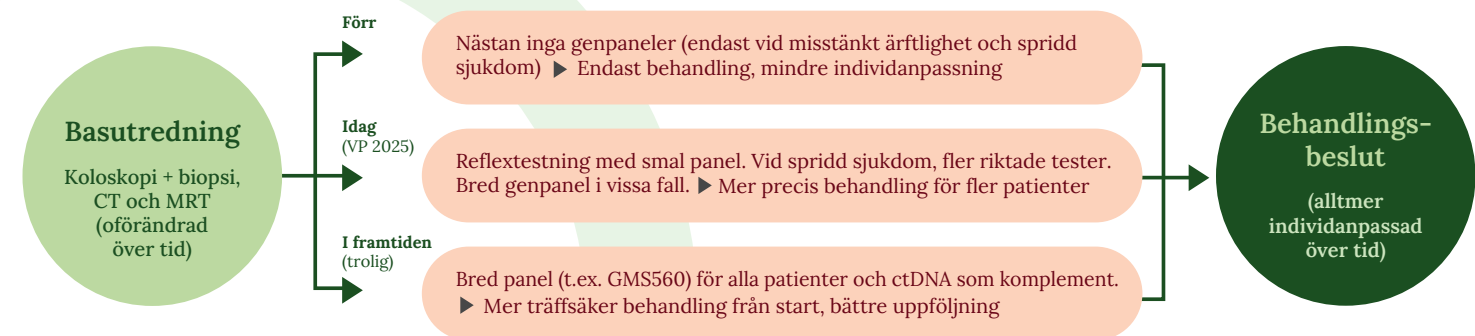
Att yngre ofta har spridd sjukdom beror sannolikt både på att det dröjer innan patienten söker vård och att det sedan tar tid innan rätt diagnos ställs. Samtidigt tolererar yngre patienter ofta kirurgi och onkologisk behandling bättre, vilket förbättrar sjukdomsprognosen.

Cecilia Radkiewicz betonar att det här är unga patienter som har många år kvar att leva ett aktivt liv.

– Som klinisk mag-tarm-onkolog var det tidigare sällsynt med sjukskrivningar. De flesta patienter var ju redan ålderspensionärer. Det är märkbart annorlunda nu med fler sjukskrivningar, arbetsgivare och minderåriga barn att ta hänsyn till, säger hon.

Så ställs diagnosen kolorektalcancer – förr, idag och i framtiden

Kartläggningen av det mänskliga genomet (2001) har gett oss kunskap om människans genetiska "instruktionsbok" och på kort tid förändrat förståelsen av cancer. I dag kan man inte bara konstatera *att* en tumör finns, utan också analysera *vad* som driver den på molekylär nivå. Detta har öppnat för nya diagnostiska metoder och en mer detaljerad bild av tumörens egenskaper.



Figur 2. Figuren beskriver förenklat utveckling av diagnostiken av kolorektalcancer

Basutredningen vid kolorektalcancer – koloskopi med biopsi samt bilddiagnostik (CT och MRT vid rektalcancer) – har sett i stort sett likadan ut under lång tid och är i dag nationellt standardiserad. Den stora förändringen ligger i analysen av biopsimaterialet. Tidigare gjordes enbart viss biomarkörtestning i utvalda fall, till exempel vid misstänkt ärftlighet eller spridd sjukdom. Idag är biomarkörtestning en integrerad del av diagnostiken.²

Diagnostik idag och i framtiden

Enligt vårdprogrammet (2025) ska vissa biomarkörer testas med reflextestning (smal genpanel) hos alla nyupptäckta patienter. Ett begränsat antal gener analyseras redan vid diagnos, bland annat för att identifiera patienter med »Lynch syndrom», som kan behöva anpassad kirurgi. Vid spridd sjukdom kompletteras detta med ytterligare riktade gentester. En bred panel kan användas i utvalda fall efter individuell bedömning.²

Vårdprogrammet pekar redan idag på värdet av bredare genpaneler, exempelvis inför kliniska studier. GMS560-panelen analyserar hundratals gener och biomarkörer i ett och samma test, inklusive de som ingår i dagens smala panel.² Nästa steg väntas bli bred paneltestning för alla patienter kombinerat med »ctDNA (flytande biopsier). Det kan möjliggöra tidigare upptäckt av kvarvarande sjukdom, mer precis uppföljning och mer individanpassad behandling, samtidigt som fler patienter kan bli aktuella för kliniska studier och att färre viktiga genetiska förändringar missas.⁴

Genpaneler

Vid cancer får tumörcellerna ofta genetiska förändringar som gör att de växer okontrollerat. En genpanel analyserar flera gener samtidigt och visar vilka förändringar tumören bär på – alltså vad som driver canceren – så att behandlingen kan anpassas efter tumörens "motor".

Smal genpanel – få men viktiga gener

En smal panel analyserar ett begränsat antal centrala gener som är direkt kopplade till dagens godkända behandlingar.

Bred genpanel – många gener, större bild

Bred genpanel innebär att många gener analyseras samtidigt med avancerad sekvensering. Det gör att fler typer av förändringar upptäcks, vilket kan påverka diagnos, prognos och behandlingsval samt öppna för fler behandlingsmöjligheter och kliniska studier.

Reflextestning – genetiska tester görs automatiskt vid diagnos

Reflextestning innebär att patologen automatiskt utför utvalda genetiska analyser när tumörvävnaden bedöms, utan att läkaren behöver beställa dem separat. Det sparar tid och gör att viktiga analysresultat finns tillgängliga redan inför det första behandlingsbeslutet.

Vad säger patienterna själva?

För att kunna fånga upp patienternas tankar och upplevelser skickade ILCO i november 2025 ut en anonym digital enkät till 669 av sina medlemmar* samt på sina kanaler i sociala medier.

Här redovisas ett urval av svaren.

Frågorna belyser dels om biomarkörstestning av tumören med breda genpaneler genomfördes och vilken information patienterna i så fall fick om detta, dels hur livet efter sjukdomen har sett ut när det gäller sena biverkningar och möjligheten att återgå i arbete.

265 personer svarade

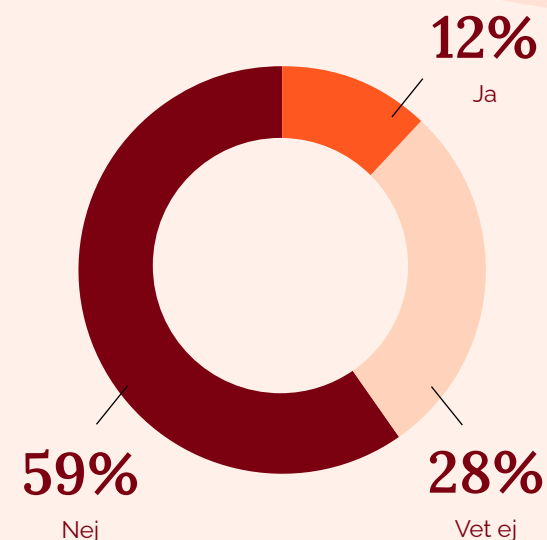
142 kvinnor | **123** män

31% tjocktarmscancer

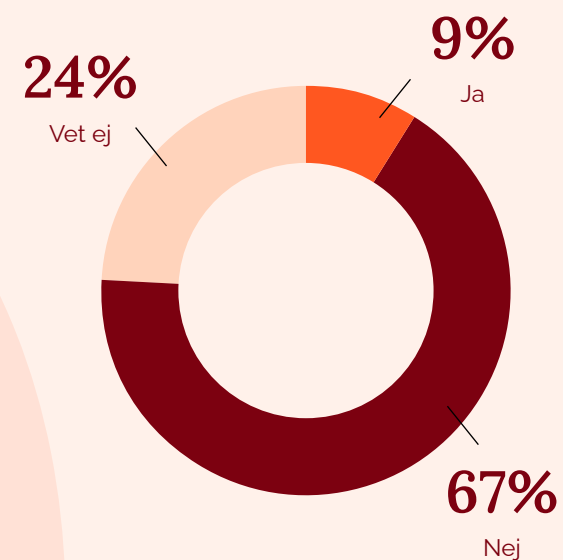
69% ändtarmscancer

OM BIOMARKÖRSTESTNING

Har du genomgått en utredning om din tarmcancer har genetiska mutationer?



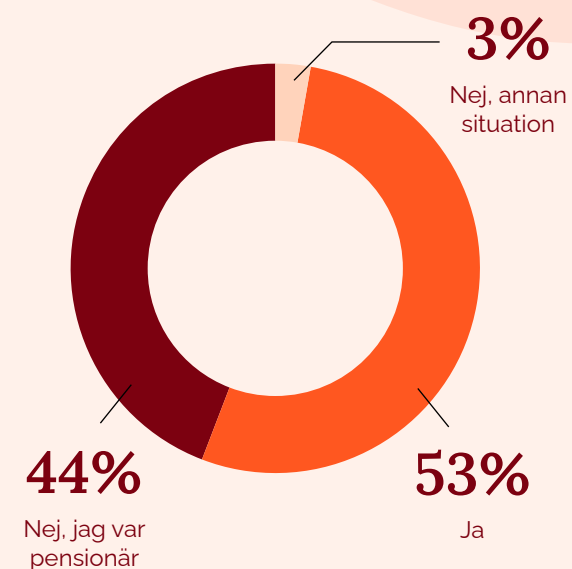
Har du fått information om biomarkörstestning? Till exempel vilka biomarkörer som är viktiga att testa för vid tjock- och ändtarmscancer?



93,2% fick inte information från vården om biomarkörstestning 2024

OM YRKESLIV/STUDIER EFTER DIAGNOS

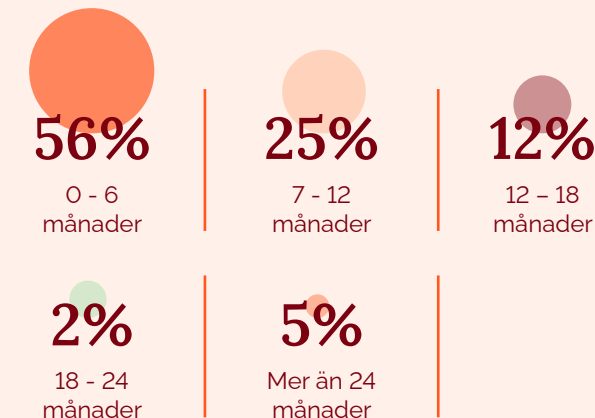
Var du yrkesverksam eller studerade när du fick din diagnos?



Om ja på föregående fråga, har du kunnat återgå till arbete eller studier?

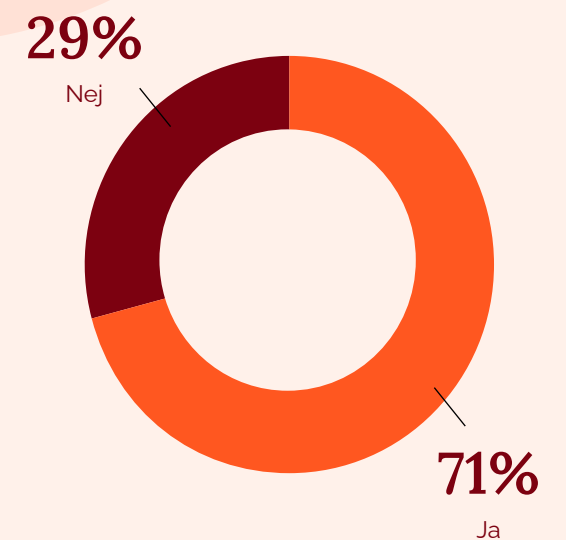


Om ja på föregående fråga, hur lång tid tog det innan du var tillbaka till arbete/studier?



OM SENA BIVERKNINGAR

Har du haft några >>sen biverkningar?



“Vi behöver hjälp till att hitta tillbaka till livet efter cancer likväl som att överleva den.”

– Medlem ILCO

* Svarspersonerna i den här undersökningen utgör inte ett representativt urval av hela patientgruppen med kolorektalcancer (bland annat är rektalcancer överrepresenterat). Resultaten ska därför inte tolkas som statistiskt generaliserbara.

Gammalt läkemedel kan halvera risken för återfall vid kolorektalcancer

Professor Anna Martling, Karolinska Institutet, som har lett den nyligen publicerade ALASCCA-studien, beskriver ett genombrott. Ett billigt och receptfritt läkemedel – acetylsalicylsyra – kan halvera risken för återfall hos cirka 40 procent av patienter med kolorektalcancer som har en viss mutation. Men för att hitta de här patienterna krävs en bredare biomarkörsdiagnostik än den som normalt används idag. När mutationen hittas och behandlas kan en mycket god effekt uppnås.

Studien är ett tydligt exempel hur en bred biomarkörsdiagnostik möjliggör individanpassad behandling – som i det här fallet räddar liv. Det är det vi kallar precisionsmedicin.



Foto: Liza Simonsson



Anna Martling
Professor i kirurgi vid Karolinska Institutet och överläkare på Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm

ALASCCA⁵ är en stor nordisk studie som undersökt om acetylsalicylsyra kan minska återfallsrisken efter operation vid kolorektalcancer. Tidigare forskning har antytt att patienter med tumörer som har en viss mutation (PIK3CA) i PI3K-signalvägen kan ha nytta av acetylsalicylsyra. På 3 500 screenade patienter gjordes bred biomarkörstestning för att hitta de cirka 40 procent vars tumörer bar på denna specifika mutation men även två andra mutationer inom samma signalväg. Dessa patienter deltog sedan i en treårig behandling med antingen acetylsalicylsyra eller placebo.

– Det fina med den här studien är att vi använder en högteknologisk plattform för att ta reda på mer om patienten och hur det ser ut på cellnivå i tumören, vilka genetiska uttryck tumören har. Sen återanvänder vi ett läkemedel som redan finns inom ett helt annat terapiområde, men som är supereffektivt, säger Anna Martling.



“Vi har visat att behandling med acetylsalicylsyra i den här genetiskt utvalda gruppen minskar återfallsfrekvensen med mer än 50 procent – och det är bättre än någon annan tilläggsmedicinering vi har idag!”

Hon betonar att acetylsalicylsyra är ett välkänt, beprövat och billigt läkemedel med kända biverkningar. En årsförbrukning kostar ca 300 kronor.

– Vi har visat att behandling med acetylsalicylsyra i den här genetiskt utvalda gruppen minskar återfallsfrekvensen med mer än 50 procent – och det är bättre än någon annan tilläggsmedicinering vi har idag! säger Anna Martling.

Studien har genomförts på 33 centra i Norden, varv 25 i Sverige, på alltifrån stora universitetssjukhus till mindre sjukhus i hela landet.

Stockholm inför bredare biomarkörstestning

Efter ALASCCA-studien har Karolinska Universitetssjukhuset infört bred så kallad reflextestning vid nyupptäckt kolorektalcancer. Tumörvävnaden analyseras då automatiskt med en bred genpanel utan extra remisser. Panelen, framtagen vid Genomic Medicine Center Karolinska, omfattar flera hundra tumörgener. Läkaren kan fokusera på de mutationer som är relevanta för den aktuella behandlingen, medan övriga resultat sparas för kommande frågeställningar under patientresan.

Reflextestningen gör det möjligt att tidigt identifiera patienter som har tumörer med PI3K-mutation – och därmed sätta in behandling med acetylsalicylsyra tidigt.

Att testa tumören med en bred genpanel för alla kolorektalcancerpatienter redan vid diagnostillfället, ger möjlighet att välja riktad behandling för patienten direkt vid behandlingsstart samt att kunna välja bort annan behandling. Anna Martling påpekar att man utan bred reflextestning ofta såväl under- som överbehandlar patienter, vilket kan ge oönskade biverkningar och begränsad eller utebliven effekt.



“Bara i Sverige kommer det kunna rädda 300–400 liv per år och i ett globalt perspektiv kanske 50 000 liv per år.”

Acetylsalicylsyra introducerades 1924 i Sverige och har sedan dess använts som verksam substans i en rad olika produkter.

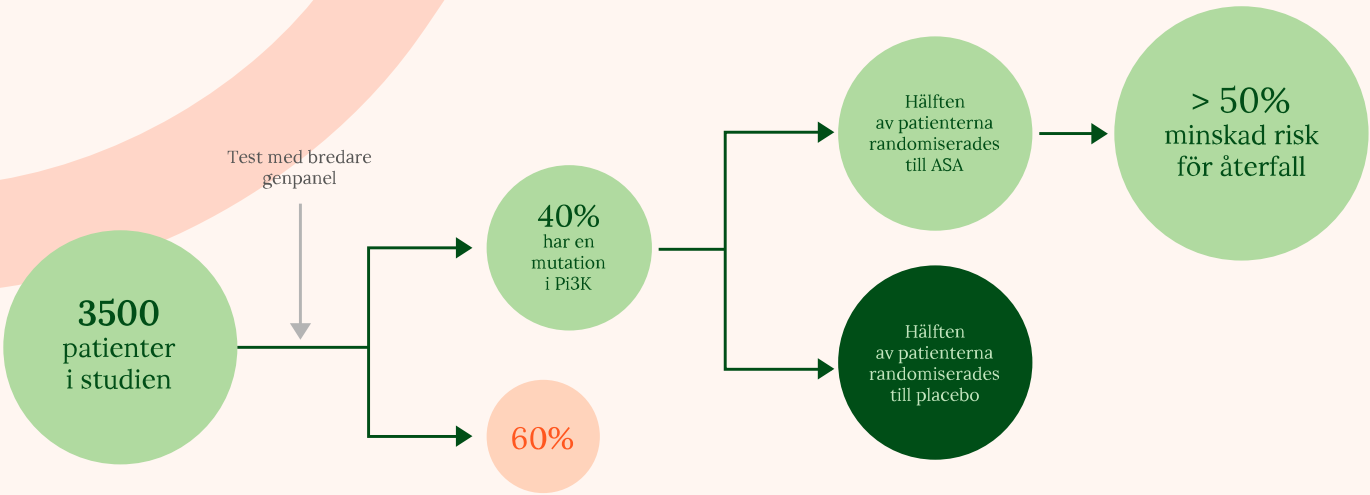
De primära användningsområdena för acetylsalicylsyra är smärtlindring, feber och förebyggande för hjärt- och kärlsjukdom.

Vad innebär resultaten för den enskilda patienten?

Enligt Anna Martling får patienter nu tillgång till modern diagnostik som kan ge stora vinster både på kort och lång sikt. Man kan identifiera dem som har nytta av acetylsalicylsyra och erbjuda en effektiv och skonsam behandling.

– Vi har räknat på det. Bara i Sverige kommer det kunna rädda 300–400 liv per år och i ett globalt perspektiv kanske 50 000 liv per år. Det kommer ju minska lidande, rädda liv och öka livskvaliteten, säger Anna Martling.

* Beräkningen bygger på hur många patienter som bedöms kunna få behandlingen, efter att man räknat bort dem som inte tål eller kan ta acetylsalicylsyra av andra skäl.



Figur 3. Figuren visar förenklat upplägget för ALASCCA-studien

3 år

Om kolorektalkirurgen fick öronmärkta pengar till bred gentestning

Kirurgen Eva Angenete är positiv till reflextestning, men under förutsättning att det öronmärks resurser för det. Hon vet inte om hon vill välja bort annan vård för sina patienter till förmån för tidig och bred testning. Men om Eva Angenete fick de där öronmärkta pengarna, vad skulle hon göra då? Det berättar hon här.



Foto: Jakob Lundberg



Eva Angenete

Professor i kirurgi och kolorektalkirurg på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg

Eva Angenete opererar regelbundet patienter med kolorektalcancer i Västra Götalandsregionen och är samtidigt verksam i forskning.

När hon får frågan vad införandet av breda genpaneler skulle innebära för hennes arbete och hennes patienter är hon lite kluven. Hon ser fördelarna med det och hon anser att det är viktigt att kunna ta reda på vilka patienter som t.ex. kan dra nytta av acetylsalicylsyra som tillägg i behandlingen. Men, Eva Angenete är inte beredd att kompromissa och välja bort delar från den befintliga verksamheten som exempelvis omvårdnad och rehabilitering. Hon påpekar samtidigt att det kommer att rekommenderas i vårdprogrammet och är en mycket angelägen fråga.

När det gäller att testa alla kolorektalcancerpatienter betonar Eva Angenete att det måste tillföras nya öronmärkta pengar för reflextestning. Hon menar vidare att det, med dagens resurser, också är viktigt att säkerställa tidig diagnostik genom god tillgång till koloskopier och rektala undersökningar – särskilt för yngre patienter, där kolorektalcancer ökar.

Om Eva Angenete fick de här öronmärkta pengarna, vad skulle hon göra?

Samtliga patienter som diagnostiseras med kolorektalcancer skulle få paneltestning, om Eva Angenete fick önska och fick pengar till gentestning. Idealt skulle vara om panelen gjordes i samband med diagnos. Hon skulle även vilja att det anställdes en eller ett par personer så att resurserna för vanlig patologi inte påverkades.



“Det är lite som ett barn som önskar sig julklappar. Man drömmer om en bil, men vet att man kanske inte får den och då hoppas man åtminstone på en riktigt fin cykel. (...)”

Hon skulle vilja att resultaten av alla de här genpanelerna samlas in i en stor databas (exempelvis Nationella genomikplattformen) utifrån vilken data sedan kunde beforeskas.

Men hon tillägger att man ju inte alltid får det man önskar sig.

– Det är lite som ett barn som önskar sig julklappar. Man drömmer om en bil, men vet att man kanske inte får den och då hoppas man åtminstone på en riktigt fin cykel. För mig är "bilen" att vi skulle kunna göra reflextestning på alla patienter, då det finns andra mutationer som vi är intresserade av utöver PIK3CA (ALASCCA studiens⁵ mutation), det vore det optimala. Men om det inte är möjligt tycker jag att "cykeln" är att vi åtminstone bör göra en begränsad genpanel på alla opererade patienter med rektalcancer i stadium I-III ändtarmscancer och stadium II-III koloncancer som motsvarar inklusionen i ALASCCA-studien och där man såg nytta av behandling med acetylsalicylsyra, säger Eva Angenete.

”Vi står inför ett paradigmskifte för patienter med kolorektalcancer”

Föreståndaren för Genomic Medicine Sweden (GMS), professor Richard Rosenquist Brandell, menar att vi står inför ett paradigmskifte för patienter med kolorektalcancer. Här berättar han varför han anser det, vad GMS560-panelen kan erbjuda, vilka resurser som krävs och varför gentestning behöver göras både bredare och tidigare.



Foto: Cecilia Österholm Corbascio



Richard Rosenquist Brandell

Professor och överläkare i klinisk genetik på Karolinska Institutet och Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm samt föreståndare för GMS

Richard Rosenquist Brandell är professor i klinisk genetik och föreståndare för GMS, en nationell infrastruktur som verkar för att införa bred gentestning och precisionsdiagnostik i svensk hälso- och sjukvård. Han har ett nationellt perspektiv på hur precisionsdiagnostik och -medicin ska implementeras jämnt i hela landet.

GMS har tagit fram genpanelen GMS560 för att ge fler patienter tillgång till precisionsdiagnostik, som i sin tur möjliggör individanpassad behandling med målinriktade läkemedel och deltagande i kliniska studier. GMS560 är en nationell panel för solida tumörer som analyserar över 500 cancerrelaterade gener och flera komplexa biomarkörer. Den började införas i vården hösten 2022. Under 2026 kommer en uppdaterad version som sannolikt kommer att kallas GMS Solid.

Paradigmskifte för patienter med kolorektalcancer

Vid avancerade stadier av kolorektalcancer kan man med hjälp av GMS560 bland annat identifiera mutationer som är aktuella för målinriktad terapi. Men panelen erbjuder betydligt mer än så, betonar Richard Rosenquist Brandell.

– Jag hör ibland att man undrar vad man ska göra om det inte finns någon behandling att erbjuda. Men panelen har ett mycket större värde än så, vilket man ofta glömmer bort. Genpaneler behövs inte bara för att hitta målinriktad terapi, utan också för att ge bästa möjliga diagnos och prognos. Man kan även se om det

finns en ärftlig predisposition för cancer. Det handlar alltså om mer information än man kanske tänker på, och därför anser jag att man bör göra testningen tidigare.



“Genpaneler behövs inte bara för att hitta målinriktad terapi, utan också för att ge bästa möjliga diagnos och prognos. Man kan även se om det finns en ärftlig predisposition för cancer. Det handlar alltså om mer information än man kanske tänker på, och därför anser jag att man bör göra testningen tidigare.”

Richard Rosenquist Brandell lyfter ALASCCA-studien⁵, där man har sett att patienter med mutationer i signalvägen PIK3CA har nytta av tilläggsbehandling med acetylsalicylsyra.

Läs mer om ALASCCA-studien på sidan 12-13.

De smala genpaneler som används idag räcker enligt Richard Rosenquist Brandell inte för att analysera PIK3CA-signalvägen, här krävs en bredare genpanel, som

exempelvis GMS560 eller GMS Solid. Han tror att vi redan nästa år kan se ett skifte från att främst testa brett vid avancerad sjukdom och återfall, till att göra det redan vid diagnos, men understryker att detta nu diskuteras i vårdprogramgruppen.

– Det är ju självklart vårdprogramgruppen som beslutar vad vi ska göra och säkerställa att besluten bygger på evidens. Men jag tror att vi står inför ett skifte med tanke på de fynd vi fått från ALASCCA-studien, och att man då måste gå från en smal genpanel till en bredare genpanel.

Så går tankarna i vårdprogramgruppen

Det har tidigare i rapporten lyfts att möjligheten till tilläggsbehandling med acetylsalicylsyra kan innebära ett paradigmskifte för vården av patienter med kolorektalcancer. Men vad rekommenderar dagens vårdprogram² – och hur resonerar vårdprogramgruppen om reflextestning nu och i framtiden?

Marie-Louise Lydrup är ordförande för den nationella vårdprogramgruppen för kolorektalcancer, här svarar hon på dessa frågor.



Foto: Privat

Marie-Louise Lydrup

Docent och kirurg vid Skånes universitetssjukhus i Malmö samt ordförande för den nationella vårdprogramgruppen för kolorektalcancer



“Det kostar rätt mycket att genomföra ett jämlikt införande av till exempel bred gentestning. Därför tror jag att regioner och stat behöver samfinansiera detta.”

Det behövs resurser för en nationell satsning

Rosenquist Brandell hänvisar även till den Nationella Cancerstrategin som regeringen presenterade i maj 2025⁶, där ett förslag om att skala upp bred biomarkörstestning nationellt lyfts fram. Han menar att detta är en viktig signal om behovet av jämlikt införande, så att tillgången till genpaneler inte skiljer sig mellan regioner.

– Det kostar rätt mycket att genomföra ett jämlikt införande av till exempel bred gentestning. Därför tror jag att regioner och stat behöver samfinansiera detta. Beloppen är mycket större än man kanske föreställer sig. I andra länder görs väldigt stora satsningar på precisionsdiagnostik, ofta i miljardklassen.

Hur resonerar du och vårdprogramgruppen med anledning av resultaten från den nya ALASCCA-studien?

– ALASCCA⁵ studiens resultat är imponerande och vårdprogramgruppen tycker det är viktigt att patienter i Sverige framöver ska kunna erbjudas denna behandling efter kirurgi. Av den anledningen har vi precis reviderat vårdprogrammet. Det innehåller nu tydliga rekommendationer om att karaktärisering av tumören – avseende de mutationer som visar om behandling med acetylsalicylsyra kan gynna patienten – ska göras och att lämpliga patienter ska få denna behandling.

Tror du att studien kommer föranleda några ändringar när det gäller reflextestning med breda genpaneler vid kolorektalcancer?

– På sikt tror jag det, tillsammans med att ytterligare studier presenteras och nya behandlingsalternativ kommer fram.

“En aspekt för den enskilde patienten är att tidig bred testning kan möjliggöra deltagande i internationella studier.”

Vilka konkreta rekommendationer och ändringar kopplat till reflextestning diskuterar vårdprogramgruppen?

– Vi har i nuläget valt att inte göra en tydlig rekommendation om när gensekvensering görs. Reflextestning innebär ju att alla provbitar med diagnos kolorektalcancer automatiskt analyseras avseende olika mutationer. Det andra alternativet är att göra analysen på tarmbiten som opereras bort. Situationen ser olika ut i olika regioner när det gäller kapaciteten för mutationsanalys och vårdprogramgruppen tycker det är viktigt att lösningar får tas fram regionalt. Det är fullt möjligt att vi i en framtid kommer att landa i en rekommendation om bred reflextestning men i nuläget har vi valt att formulera oss lite försiktigare. Precisionsmedicin diskuteras också på flera nivåer i Sverige och det är rimligt att invänta vad som kommer ur dessa diskussioner.

Vad krävs på regional nivå för att implementera breda genpaneler?

– Kunskap om betydelsen och pengar/resurser.

Vad kan regionerna behöva för stöd från politikerna?

– Denna kostnad kan behöva så kallad solidarisk finansiering då den lite faller mellan stolarna mellan olika verksamhetsområden och olika sjukhus. Politiker

behöver också hjälpa till med prioriteringar. Det är en viktig och svår fråga hur finansiering ska gå till när nya rekommendationer förs in i våra vårdprogram. Det är också anledningen till att alla rekommendationer måste vila på solid evidensgrund.

Finns det andra aspekter att beakta för att främja ett jämlikt införande av reflextestning med breda genpaneler?

– En aspekt för den enskilde patienten är att tidig bred testning kan möjliggöra deltagande i internationella studier. En viktig aspekt att lyfta här i ett bredare perspektiv är betydelsen av horisontella prioriteringar (prioriteringar mellan olika patientgrupper och sjukdomsområden). Det kan vara så att i en situation med begränsade resurser leder införandet av breda genpaneler till större nytta vid vissa cancerdiagnoser. Detta är en oerhört svår fråga etiskt och speciellt viktigt i en ekonomiskt besvärlig situation.

Sammanfattning

Marie-Louise Lydrup om:

- **Införande av gentestning för behandling med acetylsalicylsyra (ALASCCA-studien):**

Vårdprogrammet har precis reviderats med rekommendationer om att gentesta tumören för de mutationer som kan visa om patienten kan dra nytta av acetylsalicylsyra som tilläggsbehandling efter kirurgi.

- **Införandet av reflextestning på breda genpaneler vid kolorektalcancer:**

ALASCCA-studien kan på sikt bidra till att testning med breda genpaneler används redan vid diagnos med reflextestning. Vårdprogramgruppen vill dock avvakta mer evidens och nationella diskussioner innan tydliga rekommendationer ges.

- **Vad som krävs för att implementera breda genpaneler:**

Implementeringen kräver både kunskap om nyttan och resurser. Kostnaden faller i dag mellan olika verksamheter och sjukhus och behöver därför finansieras solidariskt. Politiker behöver också bidra med prioriteringar, särskilt när nya rekommendationer ska införas i vårdprogrammen.

Ordlista

- » **Biopsi** – man tar ett litet prov av vävnad för att undersöka i mikroskop.
- » **CT (datortomografi)** – röntgenundersökning som tar många detaljerade bilder av kroppen och bygger upp en tydlig 3D-bild av organ och vävnader.
- » **ctDNA** – cirkulerande tumör-DNA. Med flytande biopsi/blodprov kan man analysera ctDNA. Kan ge möjlighet att upptäcka kvarvarande sjukdom tidigt och möjliggöra mer precis uppföljning. Metoden används ännu inte rutinmässigt inom standardvård men är under utvärdering i studier och på vissa centra.
- » **Koloskopi** – undersökning av tjocktarmen (kolon) som görs med en tunn slag med en kamera (koloskop) som förs in i tarmen via ändtarmsöppningen. Med koloskopet kan man undersöka tarmen och ta bilder och prover.
- » **Lynch syndrom** – ärftlig genetisk förändring som kraftigt ökar risken att utveckla tjock- och ändtarmscancer samt vissa andra cancerformer i yngre ålder.
- » **Metastaser** – dottertumörer som bildas när cancer sprider sig till andra delar av kroppen.

- » **MRT (magnetresonanstomografi)** – undersökning som med hjälp av magnetfält och radiovågor skapar mycket detaljerade bilder av kroppens mjukdelar, utan röntgenstrålning.
- » **Sena (cancer)biverkningar** – biverkningar som uppstår månader eller år efter avslutad cancerbehandling, till exempel trötthet, tarmbesvär, nervskador eller påverkan på arbetsförmåga och livskvalitet.
- » **Stomi** – öppning på magen där tarmen leds ut utanpå magen och kopplas till en påse som samlar upp avföringen. Stomi kan behövas när tarmen inte kan användas som vanligt.
- » **Ileostomi** – stomi från tunntarmen (ileum = sista delen av tunntarmen)
- » **Kolostomi** – stomi från tjocktarmen (kolon)
- » **Rektoskopi** – undersökning av ändtarmen med ett smalt rör med en kamera.
- » **Rektumamputation** – operation där ändtarmen (rektum) och ibland även ändtarmsöppningen tas bort.

Referenser

1. Barot S, Liljegren A, Nordenvall C, Blom J, Radkiewicz C, et al. Incidence trends and long-term survival in early-onset colorectal cancer: a nationwide Swedish study. Ann Oncol. 2025;36(11):1400–8. doi:10.1016/j.annonc.2025.07.019.
2. Nationellt vårdprogram tjock- och ändtarmscancer. Version 4.0. Stockholm: [Utgivare]; 13 maj 2025.
3. Internetmedicin. Kolorektalcancer – utredning [Internet]. Tillgänglig från: <https://www.internetmedicin.se/kirurgi/kolorektalcancer-utredning> [citerad 27 oktober 2025].
4. Zhou J, Li Y, Wu X, Zhao Y, Liu M, Liu J, et al. Utility of circulating tumor DNA in colorectal cancer: current evidence and future perspectives. J Hematol Oncol. 2022;15(1):184
5. Martling A, Myrberg IH, Nilbert M, Grönberg H, Granath F, Eklund M, Öresland T, et al. Low-dose aspirin for PI3K-altered localized colorectal cancer. N Engl J Med. 2025;393(11):1051-64. doi:10.1056/NEJMoa2504650.
6. Regeringskansliet. Ny nationell cancerstrategi ska rädda liv och höja livskvaliteten. Regeringen; 2026-01-15. Tillgänglig från: <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2026/01/ny-nationell-cancerstrategi-ska-radda-liv-och-hoja-livskvaliteten/> (Hämtad 2026-01-23).

Hur räddar vi fler liv?

FAKTA OCH BEHOVEN IDAG

- Kolorektalcancer är en av de vanligaste och dödligaste cancersjukdomarna i Sverige, men prognosen varierar kraftigt beroende på när och hur sjukdomen upptäcks.
- Sjukdomen kryper ner i åldrarna – idag insjuknar nära tre gånger så många under 50 år jämfört med i början av 1990-talet.
- Tidig diagnos är avgörande för behandling och prognos.
- Bred biomarkörsdiagnostik (genpanel med större antal gener) kan identifiera prognostiska faktorer, styra val av behandling, undvika över- och underbehandling samt ge fler patienter tillgång till effektiva tilläggsbehandlingar.
- Allt fler studier identifierar behandlingsbara tumörmarkörer vilket pekar på nyttan med bred diagnostik för att avgöra om patienten kan ha nytta av specifika behandlingsalternativ (till exempel acetylsalicylsyra). Det finns behov av ytterligare forskning.

FÖRSLAG TILL LÖSNINGAR

- Nya rutiner såsom reflextestning, kan ytterligare förbättra precisionen i diagnostiken och uppföljningen. Alla relevanta markörer kan analyseras i samma analys i stället för ett par i taget och vid olika tillfällen.
- Om analyssvaret finns vid ett eventuellt återfall i sjukdomen behöver inte behandlingsstart skjutas upp i väntan på analysvar.
- Implementering av breda genpaneler kräver solidarisk finansiering eftersom kostnaden faller mellan olika verksamheter och sjukhus. Politiken behöver hjälpa till med att prioritera detta.
- För att tidig och bred diagnostik vid kolorektalcancer ska fungera i praktiken behövs tydliga politiska beslut, jämlik vård i hela landet och tillräckliga resurser inom hälso- och sjukvården.

“Jag önskar det gick att kolla de nya biomarkörerna efter operation. Vet inte om det går. Tänker på mutationen där man kan ta acetylsalicylsyra och minska risken för återfall med 50%.”

– Medlem ILCO



”Du som är politiker kan verka för att kolorektalcancer upptäcks tidigare, att bred diagnostik görs redan vid diagnos och därmed att varje patient ges möjlighet till just den specifika behandling hans eller hennes tumörs genetiska avvikelser behöver, det vill säga precisionsmedicinsk behandling.

Tidig och bred biomarkörstestning bidrar till att behandlingen kan individanpassas vilket ger en betydligt bättre prognos med färre sena biverkningar och minskad risk för återfall.

Det som behövs är samordning, mer resurser och ditt engagemang – det kommer inte bara göra en avgörande skillnad för de 7 000 personer som varje år diagnostiseras med kolorektalcancer – utan även för samhället i stort.”

Carina Alm

Förbundsordförande
ILCO Tarm- uro- och stomiförbundet



Kansli: Hamngatan 13 D i Sundbyberg
Postadress: Hamngatan 13 B, 172 66 Sundbyberg
Telefon: 08-546 40 520
E-post: info@ilco.nu | www.ilco.nu