

# Rutinekontroller etter gynekologisk cancerbehandling

Rutinekontroller etter behandling for kreft har lang tradisjon. Er dette et utslag av rituelle handlinger eller kunnskapsbasert viten? Tidligst mulig påvisning av residiv antas å bedre sjansene for kurativ behandling.

For å kartlegge nasjonal praksis, ble det sendt ut et spørreskjema til de gynekologiske avdelingene i Norge.

Antall kontroller var 8–15 den første femårsperioden etter primærbehandling. Flertallet av avdelingene tilbyr fire rutinekontroller første året etter primærbehandling, to kontroller andre og tredje året, og deretter én kontroll årlig. Bruk av tilleggsundersøkelser varierer. Flertallet benytter cytologisk prøve i oppfølgingen av pasienter med vulva-, cervix- og corpuscancer. Røntgen thorax benyttes av flere ved cervix- og corpuscancer enn ved vulva- og ovarialcancer. Ultralydundersøkelse benyttes særlig ved ovarial- og corpuscancer. Over 90 % angir at de tar blodprøver ved rutinekontroller for ovarialcancer, der CA-125 er den viktigste.

Praksis for oppfølging varierer betydelig i Norge. Fordeler og ulemper ved rutinekontroller diskuteres. Kontrollene avdekker i liten grad asymptomatiske residiver. Effekten på overlevelse er usikker, men mangel på data gjør konklusjonene usikre. Dagens praksis gjenspeiler residivmønsteret ved gynekologisk cancer. Kontrollerte studier av alternative protokoller for oppfølging i forhold til sensitivitet, overlevelse, livskvalitet og kostnader vil være viktige, særlig innen pasientgrupper der man potensielt kan tilby kurativ behandling ved en tidlig residivdiagnose.

Rutinekontroller etter behandling for kreft har lang tradisjon for de fleste kreftformer (1). Argumentasjonen bak dette har vært at dersom et residiv oppdages tidlig, er det bedre mulighet for vellykket behandling. I tillegg har kontrollene vært viktige for innsamling av oppfølgingsdata med tanke på forskning og kvalitetskontroll. Et annet argument som fremholdes er at rutinekontroller

Helga B. Salvesen  
hesa@haukeland.no  
Kvinneklubben  
Haukeland Sykehus  
5021 Bergen

Salvesen HB.

## Routine follow-up after treatment for gynecological cancer.

*Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1253–5.*

**Background.** Cancer patients are traditionally given follow-up. An earlier diagnosis of recurrent disease is thought to improve chances for curative treatment. The aim of this study was to investigate the approach to routine follow-up after treatment for gynecological cancer.

**Materials and methods.** A questionnaire was sent to all gynaecologic departments in Norway.

**Results.** The number of examinations offered varies from eight to 15 during the first five-year period after primary treatment. Most departments offer four examinations during the first year, two during the second and third years, and one yearly thereafter. There are variations in the routine use of additional tests. Most departments use cytological tests for vulvar, cervical and uterine cancer patients. Chest roentgenography is used more frequently among cervical and uterine cancer patients compared with vulvar and ovarian cancer patients. For ovarian cancer patients, the use of ultrasound investigations is frequent; more than 90 % of the departments use blood tests, CA-125 being the most common.

**Interpretation.** There are large variations in follow-up procedures. Advantages and disadvantages with routine examinations are discussed. Most recurrences are detected when they cause symptoms, most often in the interval between visits, and their effect on survival is uncertain. The protocols applied seem to be in line with the pattern of recurrence. Controlled trials investigating alternative protocols in relation to sensitivity, survival, cost and quality of life are important, especially for patients for whom potentially curative treatment is available.

lene bidrar til at pasienten føler seg ivaretatt, og således representerer en viktig psykologisk støtte (2). Det er også dokumentert at en stor del av pasientene har betydelige plager etter og bivirkninger av behandling for underlivskreft, og jevnlig kontakt med lege kan være viktig for å fange opp disse (3).

Det er i dag ca. 1 500 nye tilfeller av underlivskreft i Norge per år (4), og rutinekontroller etter antatt kurativ behandling, dvs. at pasienten ikke har kliniske tegn til sykdom, representerer således en relativt stort andel av pasientkonsultasjonene ved de gynekolo-

giske poliklinikkene. I tillegg kommer andre rutineundersøkelser som blodprøver, bilde-diagnostiske og cytologiske prøver.

## Material og metode

For å kartlegge den nasjonale praksis for rutinekontroller av pasienter behandlet for gynekologisk kreft, ble det sendt ut et kortfattet spørreskjema til de gynekologiske avdelingene i Norge. Det ble spurt om antall kontroller per år og hvilke tilleggsundersøkelser som inngår rutinemessig etter antatt kurativ behandling. Tilleggsundersøkelser gjort på indikasjon skulle ikke registreres. Det ble spesielt spurt om anvendelse av cytologisk prøve, ultralydundersøkelse, røntgen thorax og blodprøver, men også gitt rom for andre kommentarer. 36 av 41 avdelinger returnerte skjemaet, noe som gir en svarandel på 88 %.

## Resultater

Tabell 1 viser avdelingenes angivelse av antall rutinekontroller per år som utføres i de ulike periodene etter primærbehandling. Angitt antall kontroller er 8–15 den første femårsperioden etter primærbehandling. De fleste avdelingene tilstreber fire rutinekontroller det første året og to kontroller andre og tredje året etter primærbehandling. Fra og med fjerde året postoperativt tilbyr flertallet én kontroll årlig. Etter ti år angir knapt halvparten at de avslutter kontrollene, mens resten angir individuell oppfølging eller kontroll én gang i året. De fleste praktiserer likt kontrollopplegg for de ulike krefttypene, men det blir angitt hyppigere kontroller ved fem og to avdelinger etter behandling for henholdsvis ovarial- og vulvacancer. Tilsvarende blir det angitt sjeldnere kontroller etter cervixcancer tre steder og etter corpuscancer to steder. Noen få opplyste også at kontroll-opplegget ble individualisert i henhold til stadium. En tredel lar primærlege eller privatpraktiserende spesialist overta kontrollene etter fem år.

Bruk av tilleggsundersøkelser rutinemessig etter antatt kurativ behandling for gynekologisk kreft varierer også (tab 2). Ved vulvacancer svarer over halvparten av avdelingene at de tar cytologisk prøve ved kontrollene, mens de fleste avstår fra blodprøver ved denne kreftformen. Ved cervixcancer tar de flest cytologisk prøve ved rutinekontrollene, hvorav vel en firedel angir at de kun benytter cytologisk prøve i oppfølgingen av pasienter som ikke tidligere har fått strålebehandling i det aktuelle området.

**Tabell 1** 36 gynekologiske avdelinger i Norge har angitt rutiner for kontroll etter primærbehandling for gynekologisk kreft. Tabellen viser antall avdelinger som tilbyr et gitt antall rutinekontroller i ulike tidsintervaller etter primærbehandlingen

	1. året	2. året	3. året	4. året <sup>1</sup>	5. året <sup>1</sup>	5.–10. året <sup>1</sup>	Etter 10 år <sup>1</sup>
4 kontroller per år	34	4	0	0	0	0	0
3 kontroller per år	2	7	1	0	0	0	0
2 kontroller per år	0	25	18	7	5	0	0
1 kontroller per år	0	0	17	28	30	21	9
0 kontroller per år	0	0	0	0	0	9	17

<sup>1</sup> Ikke angitt kontrollopplegg for perioden 4. og 5. året (1 avdeling); 5.–10. året (6 avdelinger); etter 10 år (10 avdelinger)

Også her avstår de fleste fra å ta blodprøver, mens vel halvparten benytter ultralyd- og røntgen thorax-undersøkelser rutinemessig. Omfanget av røntgen thorax-undersøkelser blir angitt fra én gang etter ett år til årlige undersøkelser, som var det hyppigst forekommende, selv om mange ulike protokoller blir angitt. Ved corpuscancer tar tre firedeler cytologisk prøve ved rutinekontrollene, hvorav tre angir at dette kun benyttes i oppfølgingen av pasienter som ikke har fått strålebehandling i det aktuelle området. Andelen institusjoner som supplerer med blodprøver er høyere ved corpuscancer, der en generell status med Hb, SR og ev. leverprøver dominerer, men seks angir at de også benytter CA-125. Over halvparten benytter ultralyd- og røntgen thorax-undersøkelser rutinemessig, der årlige røntgen thorax-kontroller er hyppigst. Over 90 % angir at de tar blodprøver ved rutinekontroller for ovarialcancer, der CA-125 inngår som den viktigste. Antall blodprøver varierer imidlertid fra én til ti, der to tredeler angir at de kun undersøker CA-125 ved kontrollene. De fleste utfører også ultralydundersøkelse ved kontrollene, mens under halvparten tar cytologisk prøve og røntgen thorax-undersøkelser rutinemessig ved ovarialcancer.

## Diskusjon

Som vi ser varierer praksis betydelig i Norge. Dette har også vært vist i en tilsvarende undersøkelse fra Storbritannia, der over 100 ulike oppfølgingsprotokoller ble benyttet blant 600 gynekologer (5). Mangel på enhet-

lig tilnærming har medvirket til at tradisjonen med en relativt skjematisk oppfølging av pasienter etter cancerbehandling er blitt utfordret i de senere år (1–3). En del sentrale spørsmål kan reises: Har systematiske rutinekontroller betydning for tidlig påvisning av residiv? Kan sensitiviteten ved rutinekontrollene økes ved hjelp av nye tumormarkører eller andre diagnostiske metoder? Har systematiske rutinekontroller betydning for overlevelse og livskvalitet? Påvirker rutinekontrollene valg av behandling, og har denne i tilfelle dokumentert effekt?

Sensitiviteten for rutinekontroller etter cancerbehandling har i mange studier vist seg å være lav (1). For colon- og mamma-cancer, som har vært mest studert, viser studier at knapt halvparten av residivene avdekkes ved rutinekontroller. Mange av disse pasientene har i tillegg symptomer (6, 7). I et populasjonsbasert materiale av samtlige 316 pasienter med endometriecancer fra Hordaland behandlet i tiårsperioden 1981–90, fant vi at ti av 47 residiv ble avdekket ved en rutinekontroll (8). Av disse var kun fire asymptomatiske. 653 rutinekontroller måtte utføres for hvert asymptomatisk residiv som ble avdekket. I det samme materialet fant vi et residivmønster som i stor grad er felles for ulike kreftformer der 70 % av residivene ble avdekket de første to årene og over 90 % innen fem år etter primæroperasjonen. Dette er noe av bakgrunnen for at mange velger en tettere oppfølging de første årene, og velger å avslutte kontrollene etter fem år. For endometriecancer viser også andre arbeider at

21–53 % av residivene avdekkes ved en rutinekontroll (2, 8–10). Tilsvarende sensitivitet er rapportert for rutinekontroller etter cervixcancer (11, 12). Ved ovarialcancer er det vist at klinisk undersøkelse alene i liten grad fanger opp asymptomatiske residiv. Imidlertid har innføringen av tumormarkøren CA-125 gitt muligheter for slik avdekking (13). Likevel har studier vist at ulike metoder og varierende valg av referanseområde kompliserer anvendelsen. Det rapporteres også at de terapeutiske konsekvensene som trekkes av en forhøyet CA-125-verdi uten ledsagende symptom varierer (14). Betydningen av tidlig behandling på grunnlag av isolert stigning av CA-125 nivå sammenliknet med behandling først ved et klinisk erkjent residiv er også uavklart, men prospektiv randomisert studie pågår (13).

Retrospektive studier av rutinekontrollenes betydning ved endometriecancer har ikke kunnet dokumentere en effekt på overlevelse (2, 8). Imidlertid har materialene vært relativt små slik at man må være forsiktig med å trekke negative konklusjoner. Spørsmålet er altså fortsatt åpent. For andre kreftformer er betydningen av omfang og kostnader ved rutinekontroller studert i relasjon til overlevelse og livskvalitet (15, 16). En studie av pasienter kontrollert etter behandling for coloncancer viser at den dyreste protokollen for oppfølging var hele 28 ganger så kostbar som den billigste, uten at dette var relatert til overlevelse eller livskvalitet (16). Tilsvarende sammenliknet en prospektiv randomisert studie av 1320 pasienter behandlet for mamma-cancer, en gruppe med en omfattende oppfølgingsprotokoll (tillegg av røntgen thorax, skjelettscintigrafi, undersøkelse av lever og blodprøver) med en annen gruppe som kun fikk utført årlig mammografi og klinisk undersøkelse. De fant ingen forskjell i overlevelse eller livskvalitet for de to gruppene (15).

Oppsummert er altså argumentene for rutinekontroller etter behandling for gynekologisk kreft at disse kan representere viktig kontinuitet for pasientene. Det kan bidra til en økt trygghetsfølelse og ivareta deres behov for psykisk støtte. De vil videre kunne virke avklarende i forhold til ulike symptomer, inkludert plager etter og bivirkninger av behandlingen (3). Etterkontrollene gir også mulighet for å fange opp behov for smertebehandling, rehabilitering og hormonsubstitusjon. Videre gir rutinekontrollene mulighet for kvalitetskontroll og innsamling av data til forskningsformål. Ulempene med rutinekontrollene er at disse har lav sensitivitet. Effekten på overlevelse er ikke dokumentert. En falsk trygghet etter en rutinekontroll kan bidra til at pasientene neglisjerer nyttilkomne symptomer på residiv, og dermed føre til økt pasientforsinkelse. I tillegg er rutinekontrollene ressurskrevende. De kan også medvirke til å opprettholde urealistiske forventninger hos pasienter og pårørende, både med hensyn til våre mulig-

**Tabell 2** Antall gynekologiske avdelinger som benytter blodprøver, cytologisk prøve, ultralydundersøkelse og røntgenundersøkelse av thorax i forbindelse med rutinekontrollene etter antatt kurativ behandling for henholdsvis vulva-, cervix-, corpus- og ovarialcancer. N = 36

	Vulvacancer	Cervixcancer	Corpuscancer	Ovarialcancer
Blodprøve	6	10	12	33
Cytologisk prøve	21	33	27	15
Ultralydundersøkelse	17	19	22	28
Røntgenundersøkelse av thorax	14	17	26	17

heter til å avdekke sykdomstilbakefall i en tidlig fase, og hva angår tilgjengelig behandling i en residivituasjon.

### Konklusjon

Denne studien viser at det er betydelig variasjon i de protokollene som benyttes i Norge for oppfølging etter behandling for gynekologisk kreft. Rutinekontrollene har vist seg å være lite sensitive i forhold til å avdekke asymptomatiske residiver, og effekten for overlevelse er usikker. Ut fra dette kan man kanskje si at rutinekontrollene kan klassifiseres som rituelle handlinger i betydningen en sedvane, en fastsatt ordning, eller skikk og bruk (17). Imidlertid er det dessverre slik at mangel på data som kan dokumentere effekten av rutinekontrollene, gjør det vanskelig å trekke sikre konklusjoner. Dagens praksis med tette kontroller de første årene etter behandling med økende intervaller inntil fem til ti år gjenspeiler residivmønsteret ved gynekologisk cancer i litteraturen. Kontrollerte studier som vurderer alternative protokoller for oppfølging i forhold til sensitivitet, overlevelse, livskvalitet og kostnader vil være viktige bidrag for å finne frem til strategier for oppfølging som i større grad er kunnskapsbasert. Denne type studier synes spesielt nødvendig innen pasientgrupper der man potensielt kan tilby kurativ behandling ved en tidlig residivdiagnose.

### Litteratur

1. Holmberg L, Pahlman L, Johansson JE, Westman G. Efterkontroller vid behandling för cancer behöver kritiskt utvärderas. *Läkartidningen* 1992; 89: 1371–4.
2. Agboola OO, Grunfeld E, Coyle D, Perry GA. Costs and benefits of routine follow-up after curative treatment for endometrial cancer. *Can Med Assoc J* 1997; 157: 879–86.
3. Effective health care. Management of gynaecological cancers. *Bulletin Reviews of Health Service Interventions for Decision Makers* 1999; 5: 1–12.
4. Det Norske Krefregister. *Kreft i Norge*. 1. utg. Oslo: Institutt for Epidemiologisk Cancer Forskning, 1999.
5. Kerr-Wilson RH, McCrum A. Follow-up of patients with gynaecological cancer. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1995; 35: 298–9.
6. Cochrane JP, Williams JT, Faber RG, Slack WW. Value of outpatient follow up after curative surgery for carcinoma of the large bowel. *BMJ* 1980; 280: 593–5.
7. Dewar JA, Kerr GR. Value of routine follow up of women treated for early carcinoma of the breast. *BMJ* 1985; 291: 1464–7.
8. Salvesen HB, Aksten LA, Iversen T, Iversen OE. Recurrence of endometrial carcinoma and the value of routine follow up. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 1302–7.
9. Rosenberg P, Blom R, Hogberg T, Simonsen E. Death rate and recurrence pattern among 841 clinical stage I endometrial cancer patients with special reference to uterine papillary serous carcinoma. *Gynecol Oncol* 1993; 51: 311–5.
10. Shumsky AG, Stuart GC, Brasher PM, Nation JG, Robertson DI, Sangkarat S. An evaluation of routine follow up of patients treated for endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol* 1994; 55: 229–33.
11. Ansink A, de Barros LA, Naik R, Monaghan JM. Recurrent stage IB cervical carcinoma:

evaluation of the effectiveness of routine follow up surveillance. *Br J Obstet Gynaecol* 1996; 103: 1156–8.

12. Kunkler IH, Ludgate SM, Kerr GR. The value of follow-up in FIGO stage IB carcinoma of the uterine cervix. *Clin Radiol* 1989; 40: 299–301.

13. Rustin GJ. The clinical value of tumour markers in the management of ovarian cancer. *Ann Clin Biochem* 1996; 33: 284–9.

14. Gion M, Barioli P, Ponti A, Torri V, Mione R, Dittadi R. How CA 125 is used in the routine follow-up of ovarian cancer: a survey of 29 Italian hospitals. *Tumour Biol* 1998; 19: 269–74.

15. Impact of follow-up testing on survival and health-related quality of life in breast cancer patients. A multicenter randomized controlled trial. The GIVIO Investigators. *JAMA* 1994; 271: 1587–92.

16. Virgo KS, Vernava AM, Longo WE, McKirgan LW, Johnson FE. Cost of patient follow-up after potentially curative colorectal cancer treatment. *JAMA* 1995; 273: 1837–41.

17. Bokmålsordboka. Definisjons og rettskrivningsordbok. 2. Utg. Oslo: Universitetsforlaget, 1993.

## Overflødig om fysiologi for anestesileger



Power I, Kam P

### Principles of physiology for the anaesthetist

399 s, tab, ill. London: Arnold, 2001.

Pris GBP 30

ISBN 0-340-74213-5

I det medisinske studium har fysiologi tradisjonelt vært ett av de fire hovedfagene (ved siden av anatomi, indremedisin og kirurgi). De fleste leger har derfor ofret mye tid og krefter på å forberede seg til fysiologieksamen. Når man omsider er ferdig utdannet, er nok mye av denne kunnskapen gått i glemmeboken. I noen fag med sterk fysiologisk orientering, slik som anesthesiologi, er det å vedlikeholde fysiologikunnskapene derfor en viktig del av av videre- og etterutdanningen. Dette er en del forsømt i spesialistutdanningen i anesthesiologi, der man i for stor grad fokuserer på *hvordan* og ikke *hvorfor* faget utøves som man gjør.

Denne boken henvender seg til anestesileger i den hensikt å gi en konsis presentasjon av fysiologiske prinsipper av betydning for anestesilegen. Den er tradisjonelt inndelt, på mange måter nokså lik de store klassiske lærebøkene, men svært kortfattet. Således finner man kapitler om eksitabelt vev, nervesystemet, respirasjon og sirkulasjon, de indre organer og systemfysiologi. Dessuten er det et kort kapittel om fysiologi under ekstreme betingelser. Illustrasjonene er klare og det er lettfattelige strektegninger.

Ettersom ny kunnskap kommer stadig raskere til, er det et poeng at lærebøker bør ha et visst tidløst preg og vektlegger fundamentale prinsipper som ikke forkastes etter kort tid. Den som er interessert i helt ny kunnskap får heller venne seg til å bruke Internett. Slik sett har forfatterne lyktes i å lage en lærebok som har varig verdi.

Med få unntak er det imidlertid vanskelig å se hvorfor akkurat anestesileger skulle ha spesiell nytte av denne boken. Den er i svært liten grad klinisk orientert og inneholder så godt som ingen praktiske eksempler. Dermed blir teksten en reitering av kjent (om enn glemt) stoff. Med mindre man betrakter sine gamle lærebøker med overveldende ulyst, har ikke norske anestesileger veldig stor bruk for denne boken.

Jon Henrik Laake  
Anestesiavdelingen  
Rikshospitalet