

Palliativ behandling ved gynekologisk kreft

Det lindrende og symptomforebyggende aspekt er viktig i kreftomsorgen. Denne populasjonsbaserte, retrospektive undersøkelsen over 228 pasienter som døde av gynekologisk kreft, viser at halvparten av pasientgruppens sykehusopphold skjer i den palliative fase, og at tre av fire pasienter dør i sykehus. Andelen som dør i sykehus, er høyere enn for kreftpasienter generelt, noe som antas å henge sammen med sykdomsgruppens spesielle symptomatologi. Pasienter med kakeksi kan lettere pleies i hjemmet, og få dø der. Omkring halvparten av pasientene var i behov av parenteral smertebehandling.

Ca. hver tredje pasient får tarmplager i form av subileus/ileus eller fisteldanning til vagina. Disse pasientene blir i stor grad avhengig av sykehustjenester. Vår avdeling har hatt en aktiv holdning til tarmavlastende kirurgi. Etter slike inngrep var den mediane overlevelse fem måneder, og dødeligheten innen én måned 13%. Utvelgelsen av pasienter for slik tarmkirurgi er vanskelig, og resultatet er kritisk avhengig av grunnsykdommens biologi. Flere mindre kirurgiske inngrep er aktuelle, og stråleterapi kan gi god symptomlindring.

Palliasjonsbehandling er ofte multimodal med behov for konsultasjon hos gastrokirurg, urolog, hematolog, anestesilog eller lungelege. Etter vår mening bør onkologisk erfarne gynekologer ha det overordnede medisinske ansvar for disse pasientene.

Omsorgen for mennesker i livets slutfase har den senere tid vært i søkelyset på forskjellig vis. Blant annet har et «livshjelpvalg» i en offentlig utredning fremmet en rekke forslag til opprustning av den palliative og terminale omsorg (1). Utfordringen er at den enkelte pasient skal få et best mulig tilbud på riktig nivå i helsevesenet, og at det, for dem som ønsker det, legges til rette for terminal pleie og ev. død i hjemmet.

Av kreftdødsfallene i 1995 skjedde 54% i sykehus og 13% i hjemmet (2). Vårt inntrykk har vært at pasienter med gynekologisk kreft mer enn andre kreftpasienter har behov for sykehustjenester i terminalfasen, og at de oftere dør i sykehus. Men vi har manglet data for sikker kunnskap om dette.

Mathias Onsrud*

mathiaso@frisurf.no

Bjørn Hagen

Runa Heimstad

Gynekologisk avdeling
Regionsykehuset i Trondheim
7006 Trondheim

*Nåværende adresse:
Gynekologisk avdeling
Ullevål sykehus
0407 Oslo

Onsrud M, Hagen B, Heimstad R.

Palliative treatment for gynaecologic cancer. Ten years of experience in a regional hospital.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1896–901.

Background. Data on the need for palliative care related to disease groups are very limited.

Material and methods. A retrospective analysis was performed on the hospital records of 228 patients who died from gynaecologic cancer during the 1988–1997 period.

Results. 76% of deaths took place in hospital; 12% at home. Median terminal hospital stay was 13 days. Symptoms from intestinal obstruction were dominating in 30% of cases and most frequently seen in patients with ovarian cancer. Palliative intestinal surgery was performed in 38% of patients with ovarian cancer, median survival being 5 months (range 10 days–7 years), perioperative mortality (within 30 days) 13%. Cachexia dominated in 27% and was more often present when death occurred at home. Assistance from a gastroenterologic surgeon, urologist, haematologist or anaesthesiologist was needed in 32% of cases. One in two patients received parenteral pain relief in the terminal phase, for a median period of five days. Palliative radiotherapy was given 21% of the patients, most often in cervical and endometrial cancer, and chemotherapy or hormonal therapy was used in 36%. Minor interventions like laparocentesis, pleurocentesis, tumour resections, and various forms of urinary deviations were frequent.

Interpretation. Hospital deaths are more common among patients suffering from gynaecologic cancer than among cancer patients in general (55% in Norway), and the need for multimodal hospital service is large. We see substantial benefits in the Norwegian model in which a gynaecologist experienced in oncology has comprehensive responsibility for the treatment, supported by other specialists and the primary health service.

Det er velkjent at ovarialcancer er den kreftsykdom som hyppigst fører til tarmobstruksjon og behov for avlastende tarminngrep (3). Utover dette har behovene for palliativ behandling i liten grad vært sett i relasjon til hvilken type sykdom som foreligger. Vi ønsket derfor å gjøre en retrospektiv under-

søkelse av innhold og ressursbruk i palliativ behandling av gynekologiske kreftpasienter i det område hvor Regionsykehuset i Trondheim har primært sykehusansvar.

Materiale og metode

Undersøkelsen baserer seg på gjennomgang av pasientjournalene som var plassert i «morsarkivet» ved gynekologisk avdeling, Regionsykehuset i Trondheim, for perioden 1988–97. Bare pasienter som døde av gynekologisk kreft, eller som hadde aktiv gynekologisk kreftsykdom på dødstidspunktet, ble inkludert. Kun de pasientjournalene som gav full oversikt over behandlingsforløpet – i praksis de pasientene som var hjemmehørende innenfor Regionsykehusets primære ansvarsområde (Sør-Trøndelag) – ble tatt med. Der de kliniske data var mangelfulle, ble tilleggsopplysninger innhentet fra sykehjem og primærlege. Behandlingseffekt ble ikke bedømt, men overlevelse etter oppstart av palliativ behandling ble registrert. Dødsdato ble verifisert ved hjelp av folkeregistret. Data ble samlet på eget registrerings-skjema og bearbeidet statistisk i SPSS.

Med palliativ behandling forstås i denne sammenheng tiltak iverksatt for å oppnå symptomlindring og symptomforebygging, eventuelt livsforlengelse, hos pasienter hvor det ikke er utsikt til helbredelse. Vanlig krav til effektiv palliativ behandling er at mer enn 20% av pasientene rapporterer symptomlindring, eller at livsforlengelsen er på minst tre måneder og/eller 20% bedre enn ved ingen behandling (4). Ved journalgjennomgangen ble behandlingsintensjonen bedømt å være palliativ når det forelå residivsykdom eller det ved primærdiagnose forelå fjernmetastaser, og standard behandling erfaringsmessig ville gi mindre enn 5–10% sjanse for helbredelse. For eggstokkreft, som vanligvis responderer godt på kjemoterapi også i langtkomne stadier, ble all primærbehandling regnet som kurativ, mens behandling gitt ved progrediering eller residiv ble regnet som palliativ.

Med terminalfasen forstås den siste livsperioden hvor all behandling med tanke på å påvirke kreftsykdommen er avsluttet, og hvor man kun satser på pleie og symptomlindring.

Resultater

228 pasientjournaler ble gjennomgått. Hos 208 av pasientene ble dødsårsaken ansett å være progredierende gynekologisk kreft. 20 pasienter døde med aktiv gynekologisk kreftssykdom, men uten at man med sikkerhet kunne fastslå at denne var dødsårsaken.

I den siste gruppen fikk fire verifisert lungeemboli, to døde av infeksjon (sepsis og pneumoni), fire av behandlingsrelaterte komplikasjoner og én av tarmlødnning. De øvrige ni døde plutselig og uventet. Obduksjon ble ikke foretatt. Fordelingen mellom de ulike lokalisasjoner av kreftsykdommen er vist i figur 1 (5). Fordelingen avviker ikke vesentlig fra fordelingen slik den fremkommer i dødsårsaksstatistikken for året 1996 (Statistisk sentralbyrås tall), og viser at det dør omtrent like mange av eggstokkreft som av de andre gynekologiske kreftformene til sammen.

Alderen ved dødstidspunktet er vist i figur 2 (5). Medianverdien var 66,8 år. Kvinnene som døde av gynekologisk kreft, var litt yngre enn kvinnene som døde av kreft totalt i Norge, og tydelig yngre sammenliknet med alle kvinner som døde.

Dødssted

173 (76 %) av dødsfallene skjedde i sykehus, 27 (12 %) i sykehjem og 28 (12 %) i hjemmet. Blant dem som var over 70 år, døde en større andel i sykehjem enn blant dem som var yngre (henholdsvis 23 % og 4 %). Andelen som døde i hjemmet, var derimot ikke avhengig av alder (<70 år 12 %, ≥ 70 år 12 %), og ikke signifikant forskjellig for diagnosegruppene ovarialcancer, corpuscancer eller cervixcancer (henholdsvis 12 %, 16 % og 12 %). Alle pasientene som døde av vulvacancer, døde i institusjon.

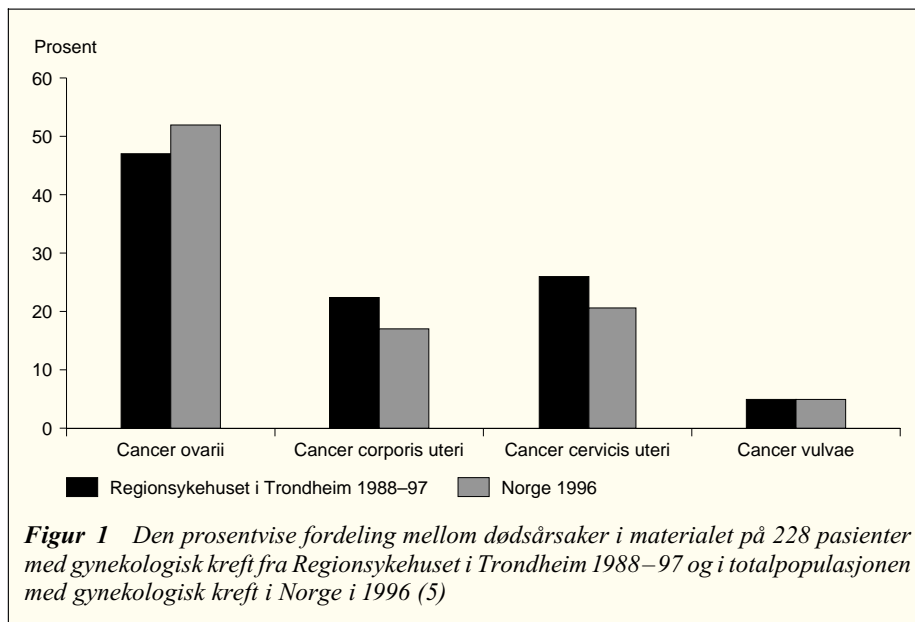
Antall sykehusopphold

De 228 pasientene hadde til sammen 1 670 innleggelser ved gynekologisk avdeling på grunn av den aktuelle lidelsen. Antall opphold varierte fra ett til 27 (median 6 opphold). 747 (45 %) av innleggelsene skjedde i den palliative sykdomsfasen, der 222 pasienter hadde 1–18 opphold (median 2 opphold). Antall innleggelser var uavhengig av om pasienten senere døde i sykehus, i sykehjem eller i hjemmet. Det ble utført i alt 524 gynekologiske undersøkelser (polikliniske inkludert) i løpet av den palliative sykdomsperioden (spredning 1–39, median 2 undersøkelser per pasient). I løpet av samme periode hadde pasientene i tillegg 112 opphold ved andre sykehusavdelinger.

Varigheten av den palliative sykdomsperiode og det terminale sykehusopphold

Mediantidsintervall fra man ikke lenger satset på helbredende behandling til døden var 96 dager (1 dag – 7,5 år).

For de 164 pasientene som døde i sykehus, var median liggetid for siste opphold 13 dager (1–116 dager). Hos 30 % varte det terminale opphold en uke eller mindre. Pasientene med vulvacancer hadde et lengre terminalopphold (median 22 dager) enn pasientene med cervix-, ovarial- eller corpuscancer (median henholdsvis 15, 14 og ni dager).



Figur 1 Den prosentvise fordeling mellom dødsårsaker i materialet på 228 pasienter med gynekologisk kreft fra Regionsykehuset i Trondheim 1988-97 og i totalpopulasjonen med gynekologisk kreft i Norge i 1996 (5)

Behov for tjenester fra andre spesialiteter i den palliative fase

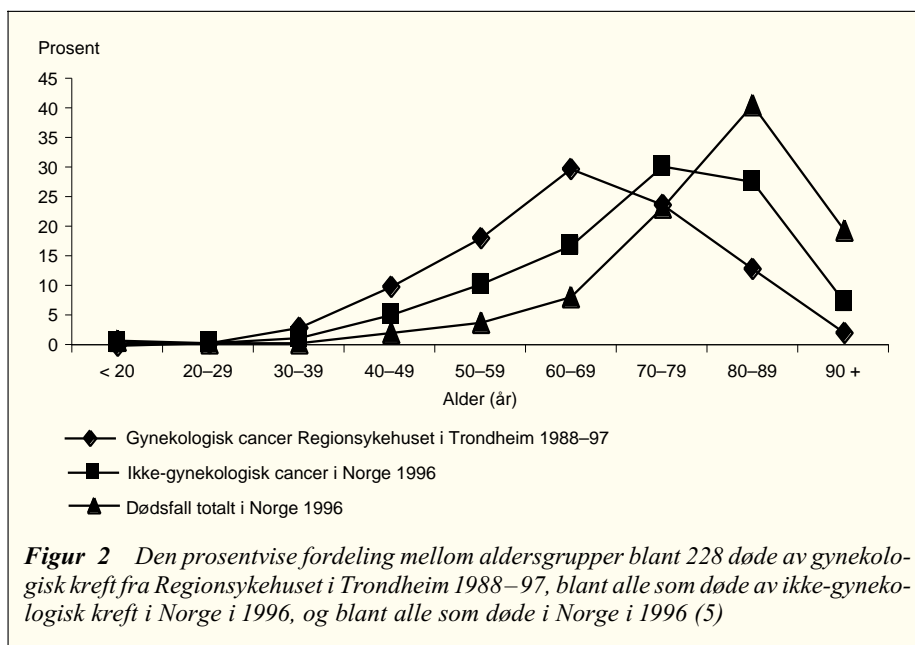
For 73 pasienter (32 %) ble annen klinisk spesialist konsultert. Hyppigst ble gastrokirurg/urolog og indremedisiner/hematolog konsultert, sjeldnere anestesilog (smerte-team), onkolog og lungelege (tab 1).

Symptomer i terminalfasen

Tarmplager av subileus/ileus type var hyppigst forekommende og dominerte sykdomsbildet hos 30 % av pasientene (tab 2). Pasienter med ovarialcancer hadde dette problemet oftest. Kakeksi, karakterisert ved anoreksi og vekttap, var dominerende hos 27 %, og forekom oftest ved ovarialcancer og corpuscancer. Pustevansker på grunn av pleuraeffusjon eller lungemetastaser forekom hos 15 %. Lo-

kale gynekologiske plager, oftest i form av illeluktende utflod eller blødning, var hovedproblemet hos 11 % i totalmaterialet, men hyppigst forekommende ved vulvacancer (ti av 11 pasienter). Alvorlige urinveisproblemer med utvikling av fistel eller ureterobstruksjon og anleggelse av perkutan nefrostomi var hyppigst ved cervixcancer (14 av 59 pasienter). Ni pasienter døde brått og uventet, seks av disse hadde corpuscancer. Intraktable smerter forekom hos seks pasienter, tre av disse hadde cervixcancer.

Tarmplager som dominerende symptomkompleks var tre ganger hyppigere hos dem som døde i sykehus sammenliknet med dem som døde i hjemmet (33 % mot 11 %, $p = 0,02$). Motsatt var kakeksi dobbelt så hyppig blant dem som døde hjemme sammenliknet



Figur 2 Den prosentvise fordeling mellom aldersgrupper blant 228 døde av gynekologisk kreft fra Regionsykehuset i Trondheim 1988-97, blant alle som døde av ikke-gynekologisk kreft i Norge i 1996, og blant alle som døde i Norge i 1996 (5)

med dem som døde i sykehus (46 % mot 24 %, $p = 0,02$).

Smertelindring terminalt

Ved moderate til alvorlige smerter ble perorale morfinpreparater eller fentanyl depotplaster brukt. Vanlig anerkjente retningslinjer for smertebehandling ble fulgt (6), og det individuelle forbruk ble ikke registrert i denne undersøkelsen. Parenteral smertelindring ble benyttet hos 48 % av pasientene. Hyppigst brukt var morfin, enten som kontinuerlig subkutan infusjon med smertepumpe (34 %) eller som gjentatte injeksjoner (12 %). Seks pasienter (3 %) fikk epidural smertelindring. Majoriteten av pasientene med vulvacancer (åtte av 11) fikk parenteralt morfin, mot bare en tredel av pasientene med corpuscancer. Perioden for parenteral smertelindring varierte fra en til 65 dager, median fem dager (lik for alle diagnosegrupper). Blant dem som døde i hjemmet, fikk bare 14 % parenteral smertelindring, mot 53 % blant dem som døde i institusjon ($p = 0,001$). Alle de seks pasientene som hadde intraktable smerter, ble behandlet i sykehus.

Oksygentilførsel

20 pasienter (9 %) ble behandlet med oksygen terminalt. Median varighet av denne behandlingen var fire dager (1–50 dager). Oksygen ble hyppigst brukt hos pasienter med ovarialcancer (12 %) og cervixcancer (9 %), sjeldnere ved corpuscancer (4 %), mens ingen med vulvacancer trengte slik behandling. Oksygen ble benyttet omtrent like hyppig ved terminalpleie i hjemmet (7 %) som i sykehus (9 %).

Tromboemboliske komplikasjoner

Tromboembolisk sykdom med bruk av antiokoagulasjon forekom hos 14 %. Dyp vентrombose (18 pasienter) forekom med samme hyppighet innenfor de forskjellige diagnosegruppene, mens de fleste tilfellene av lungeemboli (sju av ti) oppstod hos pasienter med ovarialcancer.

Cancerspesifikk palliativ behandling

Stråleterapi. 49 pasienter (21 %) fikk strålebehandling i palliativ hensikt. 25 fikk hypo-

Tabell 1 Konsultasjon hos andre kliniske spesialister for pasienter med gynekologisk kreft i palliasjonsfasen

Spesialist ¹	Antall konsultasjoner
Ikke behov for annen spesialist	155
Kirurg/urolog	31
Indremedisiner/hematolog	27
Anestesiolog/smerteteam	11
Onkolog	6
Lungespesialist	5
Nevrolog	1
Psykiater	1

¹For noen av pasientene ble flere spesialister konsultert

fraksjonert behandling (1–3 behandlinger med forhøyet enkeltdose), mens strålebehandling med konvensjonell fraksjonering ble gitt til 17 pasienter. Fire pasienter fikk elektronbehandling, og tre pasienter fikk brakyterapi. Palliativ strålebehandling ble oftest brukt ved cervix-, corpus- og vulvacancer (henholdsvis 34 %, 37 %, og 36 %), sjelden ved ovarialcancer (6 %). Median overlevelse etter palliativ strålebehandling var åtte måneder (variasjon 0–60 måneder).

Kjemoterapi. 80 pasienter (36 %) fikk palliativ kjemoterapi. Hos 44 av disse (55 %) kunne behandlingen gis ambulant, helt eller delvis. Palliativ kjemoterapi ble hyppigst anvendt ved ovarialcancer og cervixcancer (henholdsvis 43 % og 37 %), mindre ofte ved corpuscancer (20 %), og vulvacancer (18 %). 17 % av pasientene med ovarialcancer oppnådde partiell tumorrespons (tab 3). Median overlevelse etter start av behandlingen var åtte måneder (variasjon 1–80 måneder).

Hormonterapi. 47 pasienter fikk tamoksifen alene, 24 gestagen alene, mens 12 pasienter fikk både tamoksifen og gestagen. Hormonbehandling ble brukt hos 38 (74 %) av pasientene med corpuscancer og 46 (43 %) av pasientene med ovarialcancer.

Median overlevelse etter oppstart av slik behandling var henholdsvis seks måneder (spredning 1–132 måneder) og fire måneder (spredning 0–53 måneder) i de to gruppene.

Tumors reseptorstatus for østrogen og/eller progesteron forelå hos 27 pasienter med corpuscancer (52 % positive) og hos 13 pasienter med ovarialcancer (52 % positive).

Palliativ kirurgi. Hver tredje pasient som døde av gynekologisk kreft, gjennomgikk ett eller flere større kirurgiske inngrep i den palliative periode. Oftest skjedde dette hos pasienter med ovarialcancer (44 %), mindre hyppig ved cervixcancer (31 %) og corpuscancer (22 %).

Vanligste operasjon var tarmavlastning, som ble foretatt hos hver fjerde pasient (tab 4). Inngrepet var hyppigst ved ovarialcancer (38 %), sjeldnere ved cervixcancer (24 %) og corpuscancer (12 %). Ved ovarialcancer var indikasjonen oftest tarmobstruksjon, ved cervixcancer enterovaginal fistel. De vanligste prosedyrene var kolo- eller ileostomi, entero-entero-anastomose og tarmreseksjon. Hos 18 av pasientene ble flere av prosedyrene foretatt samtidig. Sekundær, tumorreducerende kirurgi (debulking) ble utført hos 23 (22 %) av pasientene med ovarialcancer. Åtte pasienter fikk utført tarmavlastende inngrep to ganger, én pasient gjennomgikk tre slike operasjoner.

Median overlevelse etter avlastende inngrep var fem måneder (spredning ti dager – 7 år). Overlevelsen var uavhengig av kreftform og stadium i utgangspunktet. Den var også uavhengig av pasientenes alder, men noe kortere hos pasienter med ascites enn uten (median henholdsvis fire og seks måneder). Tiden fra primærdiagnosen ble stilt til det palliative inngrepet ble utført, var i median 13 måneder. Median overlevelse var tre måneder når inngrepet ble foretatt innen ett år og seks måneder når det ble foretatt mer enn ett år etter primærdiagnosen. Denne forskjellen er høyst signifikant ($p = 0,005$ – Wilcoxon's rangsumtest). Den perioperative dødeligheten (andelen pasienter som døde innen 30 dager etter inngrepet) var 13 %.

Chirurgia minor. 328 mindre inngrep ble utført (oftest i lokalanestesi) hos 46 pasienter (tab 5). Det ble utført 151 tappinger av ascites i palliativ hensikt, og inngrepene ble oftest utført hos pasienter med ovarialcancer (36 %). Antall tappinger per pasient var 1–21 (median 2 tappinger). Noen pasienter som hadde behov for gjentatte tappinger, fikk innlagt dren som kunne ligge inne over flere uker. 86 pleuratappinger ble utført hos 33 pasienter (15 %), 1–12 tappinger (median 2 tappinger) per pasient. Inngrepet var vanligst hos pasienter med ovarialcancer (24 %), sjeldnere ved corpuscancer (12 %) og cervixcancer (3 %). Hos noen ble det satt inn kjemoterapeutikum (mitoksantron) intrapleuralt.

Urinavlastende inngrep ble utført hos 27 pasienter (12 %): perkutan pyelostomi 15, suprapubiskateter åtte, og ureterstent eller andre former for avlastning fem.

Tabell 2 Dominerende symptomer i terminalfasen, angitt i prosent ved forskjellige typer gynekologisk kreft

Dominerende symptom	Ovarialcancer (n = 107)	Corpuscancer (n = 51)	Cervixcancer (n = 59)	Vulvacancer (n = 11)	Totalt (N = 228)
Tarmplager	41	21	22	–	30
Kakeksi	33	27	22	–	27
Respirasjonsvansker	20	18	7	–	15
Lokalgynekologiske plager	3	10	17	91	12
Urologiske plager	1	10	24	–	9
Plutselig død	1	12	2	–	4
Intraktable smerter	1	2	6	9	3

Mindre, lokale inngrep i vulva/vagina, oftest med hemostase som formål, ble utført hos 16 pasienter, og hyppigst ved cervix-cancer.

Diskusjon

I Norge har gynekologer tradisjonelt hatt hånd om alle typer behandling for gynekologisk kreft – kirurgi, strålebehandling, kjemoterapi, hormonterapi – og samme behandlingsteam har fulgt pasienten fra primærdiagnose gjennom behandling, etterkontroll og eventuelt til død. Dette forhold gir en enestående mulighet for en samlet vurdering av ressursbruken. Gynekologisk avdeling ved Regionsykehuset i Trondheim har hatt det overordnede ansvar for behandling av gynekologisk kreft i Helseregion Midt-Norge siden 1988. Materialet som presenteres her, utgjør imidlertid bare en del av pasientene som ble behandlet ved avdelingen i den aktuelle tidsperioden, da det kun er redegjort for de pasienter som har hatt Regionsykehuset som sitt lokalsykehus og hvor man har hatt oversikt over hele den palliative sykdomsfasen. Vi mener at denne utvelgelsen ikke har medført seleksjonsskjevhet. Den innbyrdes fordeling mellom de ulike dødsårsakene i vårt materiale samsvarer godt med data fra nasjonale dødsstatistikker for året 1996 (fig 1). Materialet ansees således å være representativt for populasjonen gynekologiske kreftpasienter, og vi mener undersøkelsen gir et adekvat bilde av ressursbruken.

Det er stort behov for evaluering av palliativ behandling. Men slike studier må gjøres prospektivt og kontrollert. Denne studiens hensikt var å skaffe bakgrunnsmateriale, ikke å bedømme nytten eller si noe om hvorvidt pasientene er blitt overbehandlet eller underbehandlet. Vi har særlig konsentrert oss om sykehustjenestene. Det er klart at omsorgen må gis i nært samarbeid med primærhelsetjenesten. Likeledes har vi holdt oss til medisinske problemstillinger. Andre mer sykepleiefaglige, psykiske, sosiale og eksistensielle sider ved terminalomsorgen er like viktige, men er ikke omhandlet her.

Cirka 40 % av dødsfallene i Norge skjer i sykehus (2). Blant våre pasienter med gynekologisk kreft var andelen som døde i sykehus, nesten det dobbelte (76 %). Den var også høyere enn for kreftpasienter generelt (54 %). Vi tror ikke forskjellen beror på en spesielt liberal innleggelsespolitikk ved vår avdeling, men snarere at sykdomsbildet ved gynekologisk kreft medfører et reelt større behov for sykehustjenester. Symptombildet er i stor grad avgjørende for om det er praktisk mulig å være hjemme i terminalfasen. Pasienter med uttalte lokalsymptomer (blødning, stinkende utflod, fistler) har mer behov for service fra sykehus eller sykehjem enn pasienter der allmenn svekkelse av kakeksitypen dominerer. I vårt materiale døde 12 % av pasientene i hjemmet. Dette samsvarer godt med data fra Statistisk sentralbyrå, som

Tabell 3 Palliativ kjemoterapi

	Ovarial-cancer ¹ (n = 107)	Corpus-cancer ² (n = 51)	Cervix-cancer ³ (n = 59)	Vulva-cancer ³ (n = 11)	Totalt (N = 228)
Pasienter, antall (%)	46 (43)	10 (20)	22 (37)	2 (18)	80 (36)
Ambulant behandling (%)	48	50	73	50	55
Median varighet (md.)	4	4	3	1	4
Tumorrepons					
Partiell (%)	17	10	0	0	11
Stabil sykdom (%)	33	20	41	0	33
Median overlevelse (md.)	8	9	7	2	8

¹Platinumsbstans, paklitaxel, tiotepa, heksametylmelamin

²Doksorubicin + cisplatin, lavdose doksorubicin ukentlig

³Cisplatin + 5-fluorouracil, lavdose 5-fluorouracil ukentlig

viser en andel på 13 % med hjemmedød for den totale kreftpopulasjonen i Helseregion Midt-Norge (2). Relativt få pasienter med gynekologisk kreft døde i sykehjem (12 %) sammenliknet med kreftpasienter generelt (31 %) (1). Forskjellig aldersfordeling – gynekologiske kreftpasienter er relativt yngre – kan nok forklare noe av denne forskjellen. Høy alder og uttalte lokalsymptomer hos pasientene med vulvacancer forklarer hvorfor alle i denne gruppen døde i institusjon.

Gynekologisk kreft utgjorde 7 % av krefttilfellene totalt i Norge i 1995 (5). Forbruket av sykehusopphold utgjorde imidlertid 17 % av sykehusopphold for kreft (2), dvs. 2,4 ganger det forventede ut fra volum. Også i vårt materiale hadde pasientene relativt mange innleggelse, i median seks. Dette illustrerer dels den kurative behandlingens multimodale karakter, og dels at man har hatt en aktiv holdning til palliativ behandling. 45 % av innleggelsene skjedde i den palliative sykdomsfasen. Varigheten av det terminale opphold var imidlertid ikke lenger enn gjennomsnittlig for kreftpasientene i Sør-Trøndelag (13 versus 12 dager (2)). Hos hver tredje pasient varte det terminale oppholdet mindre enn en uke. Dette indikerer at pasientene fikk være hjemme lenge. Det er for øvrig ikke et mål i seg selv at flest mulig skal dø i hjemmet, men at flest mulig får være hjemme lengst mulig, om de ønsker det og forholdene ellers ligger til rette for det.

Ved at sykehusavdelingen praktiserer «åpen innleggelse», skapes det trygghet hos pasienter og pårørende. De vet at de kan komme tilbake til sykehuset når som helst, om forholdene tilspisser seg. Det har vært en tendens til økning i andelen hjemmedød de senere år etter at temaet har fått økt oppmerksomhet (1). Det er imidlertid lite sannsynlig at denne andelen kan økes vesentlig på grunn av en utvikling med stadig flere aleneboere og sviktende sosialt nettverk.

Alvorlige tarmplager terminalt var meget hyppig, særlig hos pasientene med ovarialcancer (41 %). Dette medførte et større behov for sykehustjenester, og døden inntraff oftest i sykehus for denne gruppen. Avdelingens holdning til å foreta avlastende tarmkirurgi har vært relativt aktiv, og totalt gjennomgikk hver fjerde pasient et slikt inngrep i løpet av den palliative sykdomsfasen. En overlevelse på fem måneder etter inngrepet samsvarer godt med andre publiserte data, som angir median overlevelse varierende fra tre til åtte måneder (tab 6). Blant pasientene med ovarialcancer døde 13 % i løpet av den første måneden etter inngrepet. Ideelt sett burde ikke slike dødsfall forekomme. Våre tall er imidlertid sammenliknbare med andre publiserte arbeider, som angir 11–32 % perioperative dødsfall (7–12).

Dokumentasjonen av effekten av palliativ tarmkirurgi er mangelfull. Prospektive, randomiserte undersøkelser er vanskelig å gjen-

Tabell 4 Inngrep for tarmobstruksjon eller tarmfistel i den palliative sykdomsfasen (%)

Tiltak	Antall (%)				
	Ovarial-cancer (n = 107)	Corpus-cancer (n = 51)	Cervix-cancer (n = 59)	Vulva-cancer (n = 11)	Totalt (N = 228)
Kolostomi/ileostomi	24 (22)	5 (10)	12 (20)		41 (18)
Entero-entero-stomi	10 (9)		1 (2)		11 (5)
Tarmreseksjon	7 (7)	1 (2)	1 (2)		9 (4)
Totalt	41 (38)	6 (12)	14 (24)		61 (27)

Tabell 5 Mindre kirurgiske inngrep utført i den palliative fase

Tiltak	Ovarial-cancer (n = 107)	Corpus-cancer (n = 51)	Cervix-cancer (n = 59)	Vulva-cancer (n = 11)	Totalt (N = 228)
Laparosentese	137 ¹	10	4	–	151
Torakosentese	64 ¹	18	4	–	86
Perkutan pyelostomi	2	5	7	1	15
Suprapubiskateter		3	4	1	8
Lokale inngrep	2	4	9	1	16

¹Noen pasienter fikk utført inngrepet flere ganger

nomføre, og mangler så langt. Indikasjonen for å gjøre et avlastende inngrep ved tarmobstruksjon vil bero på klinisk skjønn. Først og fremst må obstruksjonen være teknisk operabel. Dermed må pasienten ha rimelig lang forventet levetid, minimum 1–2 måneder (13, 14). Slike overlevelsesestimater er imidlertid høyst usikre. Vårt materiale bekrefter den negative betydning av ascites. Ved utbredt peritoneal karsinomatose, affeksjon av mesenteriet og rikelig ascites er gevinsten av operasjon liten, og man bør heller satse på konservativ behandling, etter retningslinjer anbefalt fra St. Christopher's Hospice, London (15) og fra norske eksperter (16, 17).

Vårt materiale viser også at gynekologiske kreftpasienter har stort behov for forskjellige mindre inngrep, særlig tapping av ascites og pleuravæske. Dette gjøres tryggest i sykehus og ultralydveiledet, men ikke nødvendigvis i en gynekologisk avdeling.

Palliativ strålebehandling ble brukt hos cirka en tredel av pasientene, men sjelden ved ovarialcancer. Vanlige indikasjonener har vært lokaliserte, symptomgivende residiver i bekkenet og paraaortalt når stålebehandling ikke har vært gitt mot dette område før, eller metastaser til skjelett eller hjerne. Avdelingen har gjennom årene fått erfaring med et opplegg for hypofraksjonert stråleterapi, dvs. bestråling gitt som noen få, relativt store enkeltfraksjoner, oftest to doser à 10 Gy, gitt med fire ukers mellomrom. Behandlingen synes å gi god lindring av lokale symptomer som blødning og utflod. Den er

enkel, krever kort hospitalisering, og tåles godt. Halvparten av pasientene angir ingen akutte strålevirkninger. Men forekomsten av alvorlige, sene strålekomplikasjoner er høyere enn for konvensjonell fraksjonering: 10–12% hos dem som lever mer enn ett år (18, 19). Metoden bør derfor reserveres for dem som har forventet levetid kortere enn dette.

Palliativ kjemoterapi ble gitt til 36% av pasientene, oftest til kvinner med ovarialcancer. Det kan imidlertid være vanskelig å si når den palliative fase egentlig inntreffer ved ovarialcancer. Selv om helbredelse knapt er oppnåelig ved residiv, oppnås respons på kjemoterapi i 50–60% av tilfellene, og overlevelsen kan forlenges. I vårt materiale observerte vi en median overlevelse på åtte måneder etter palliativ kjemoterapi. Dette er mer enn hva som vanligvis rapporteres. Årsaken kan bero på at vi har vært mer restriktive i bruken av kjemoterapi enn mange andre klinikker og bare behandlet dem som hadde størst sjanse for å oppnå effekt. Materialet er for øvrig lite og heterogent og vanskelig å trekke slutninger på grunnlag av.

Hormonbehandling med gestagen og/eller tamoksifen er oftest aktuelt ved metastaserende corpuscancer. Tamoksifen har også vist effekt ved kjemoterapieresistent ovarialcancer (20). Medianoverlevelsen etter hormonterapi i vårt materiale var åtte måneder. Hvor mye overlevelsen ble forlenget som følge av behandlingen, er vanskelig å bedømme. Hormonbehandling er, sammenlik-

net med kjemoterapi, lite toksisk, og særlig gestagener kan ha en gunstig effekt på allmenntilstanden.

Hos cirka hver tredje pasient hadde man behov for tjenester fra andre kliniske spesialiteter. Dette viser at også den palliative behandling er multimodal. Assistanse fra radiolog ble ikke vurdert spesielt, men var i mange tilfeller av avgjørende betydning, både diagnostisk og terapeutisk. Hyppigst konsulterte kliniker var gastrokirurg og urolog. Konsultasjonen skjedde både under utredningen og i forbindelse med operasjoner. Men de fleste avlastende tarmingrep ble utført av gynekolog. Indremedisiner/hematolog var til hjelp ved problemstillinger som sepsis, tromboembolier og forskjellige behandlingskomplikasjoner. Smerteteamet tok seg av de mer kompliserte smertetilstandene, og lungeavdelingen var behjelpelig ved refraktære pleuraeksudater og sviktende lungefunksjon. Ved affeksjon utenfor den gynekologiske sfære ble onkolog konsultert, særlig når det var aktuelt med palliativ bestråling. Seksjon for lindrende behandling ved Kreftavdelingen, som ble etablert under studieperioden, fungerte som ressurscenter for vårt personale. Noen få pasienter med fastere tilknytning til denne seksjonen i den palliative fasen er ikke inkludert i undersøkelsen.

Palliasjon er en viktig del av kreftbehandlingen. En tverrsnittsstudie foretatt ved de onkologiske sentre i Norge viste at 60% av de innlagte pasientene fikk palliativ behandling (21). Hovedinntrykket fra vår undersøkelse er at gynekologiske kreftpasienter i palliasjonsfasen er en ressurskrevende gruppe med behov for multimodal behandling og innsats fra ulike fagområder. Det fremgår også at de fleste av pasientenes behov blir godt ivarettet av personalet ved gynekologisk avdelings kreftseksjon, hvilket er gunstig for pasienten. I de tilfeller der assistanse fra andre spesialiteter er nødvendig, foreligger det mer kompliserte forhold, og den nødvendige kompetansen er av en slik art at den oftest bare er å finne ved regionsykehus. Resultatene fra vår undersøkelse taler for at de regionale sentre for gynekologisk kreftbehandling bør spille en aktiv rolle også for pasienter i den palliative sykdomsfase, og at omsorgen for disse pasientene ikke bør spres på mange spesialiteter.

Litteratur

1. Norges offentlige utredninger. Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende. NOU 1999: 2. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999.
2. Norges offentlige utredninger. Omsorg og kunnskap. Norsk kreftplan. NOU 1997: 20. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.
3. Baines MJ. The pathophysiology and management of malignant intestinal obstruction. I: Doyle E, Hanks GWC, MacDonald N, red. Palliative medicine. 2. utg. Oxford: Oxford University Press, 1998: 526–33.
4. Wist E. Palliativ kjemoterapi. I: Kaasa S, red. →

Tabell 6 Tarmobstruksjon forårsaket av ovarialcancer. Resultater av avlastende tarmkirurgi

Forfatter (referanse)	Årstall	Antall opererte pasienter	Perioperative ¹ dødsfall Antall (%)	Median overlevelse (md.)
Piver og medarbeidere (7)	1982	60	11 (18)	2,5
Krebs & Goplerud (8)	1983	98	26 (22)	3,1
Clarke-Pearson og medarbeidere (9)	1987	49	7 (14)	4,6
Rubin og medarbeidere (10)	1989	52	9 (17)	5,8
Lund og medarbeidere (11)	1989	25	8 (32)	2,7
Bais og medarbeidere (12)	1995	19	2 (11)	3,6
Aktuell studie	2000	38	5 (13)	5,0

¹Død innen 30 dager postoperativt

- Palliativ behandling og pleie. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1998; 523–32.
5. Norges offisielle statistikk. Dødsårsaker 1996. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2000.
6. Kaasa S, Borchgrevink PC. Smertebehandling. I: Kaasa S, red. Palliativ behandling og pleie. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1998; 293–390.
7. Piver MS, Barlow JJ, Lele SB. Survival after ovarian cancer induced intestinal obstruction. *Gynecol Oncol* 1982; 13: 44–9.
8. Krebs HB, Goplerud DR. Surgical management of bowel obstruction in advanced ovarian carcinoma. *Obstet Gynecol* 1983; 61: 327–30.
9. Clarke-Pearson DL, Chin NO, DeLong ER. Surgical management of intestinal obstruction in ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 1987; 26: 11–8.
10. Rubin SC, Hoskins WJ, Benjamin I. Palliative surgery for intestinal obstruction in advanced ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 1989; 34: 16–9.
11. Lund B, Lundwall F, Hansen HH. Intestinal obstruction in patients with carcinoma of the ovaries treated with combination chemotherapy. *Surg Gynecol Obstet* 1989; 169: 213–8.
12. Bais JMJ, Schilthuis MS, Slors JFM, Lammes FB. Intestinal obstruction in patients with advanced ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer* 1995; 5: 346–50.
13. Hogan WM, Boente MP. The role of surgery in the management of recurrent gynecologic cancer. *Semin Oncol* 1993; 20: 462–72.
14. Berek JS, Tropé C, Vergote I. Surgery during chemotherapy and at relapse of ovarian cancer. *Ann Oncol* 1999; 10 (suppl): 3–7.
15. Baines M, Oliver DJ, Carter RL. Medical management of intestinal obstruction in patients with advanced malignant disease. *Lancet* 1985; 2: 990–3.
16. Ottesen S, Kaasa S. Kreft og fordøyelsesplager. Oslo: Den Norske Kreftforening, 1997.
17. Kaasa S. Malign obstruksjon av gastrointestinaltraktus. I: Kaasa S, red. Palliativ behandling og pleie. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1998; 495–505.
18. Halle JS, Rosenman JG, Varia MA, Fowler WC, Walton LA, Curie JL. 1000 cGy single dose palliation for advanced carcinoma of the cervix or endometrium. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1986; 12: 1947–50.
19. Onsrud M. Gynekologisk kreft. I: Kaasa S, Wist E, Høst H, red. Palliativ strålebehandling. Oslo: Universitetsforlaget, 1992: 155–63.
20. Tropé C, Marth C, Kaern J. Tamoxifen in the treatment of recurrent ovarian carcinoma. *Eur J Cancer* 2000; 36 (suppl): 59–61.
21. Kaasa S, Klepp O, Hagen S, Wist E, Kvinnsland S. Treatment intention in hospitalized cancer patients in oncological wards in Norway: a national survey. *Cancer Treat Rev* 1996; 22 (suppl A): 33–9.

Økende interesse for lymfologi



Henriksen T-G, Wallenius I

Lymfødem

Uppkomst, klinik og behandling. 2. utg. 110 s, ill. Lund: Studentlitteratur, 2000.

Pris SEK 180

ISBN 91-44-01626-3

Målgruppen er i det vesentlige lymfeterapeuter, som i Sverige omfatter fysioterapeuter, sykepleiere og ergoterapeuter, men boken er



også anvendelig for pasienter som vil vite mer om lymfødem. Førsteutgaven kom i 1994.

Boken gir en kortfattet fremstilling av lymfesystemet, patogenese ved ødem og lymfødem, forskjellige former for lymfødem og en inngående beskrivelse av komplett fysisk lymfødembehandling. Det er den mest anvendte behandling av lymfødem. Denne utgaven har en del om fettsuging av lymfødem, som er anvendt i Malmö, og den har en del mer om diagnostisk utredning, bl.a. MR-undersøkelse og lymfangioscintigrafi.

Opplysningene i boken er korrekte og boken er i innhold og størrelse svært lik den norske som kom i fjor (1). Den svenske har mer om makroanatomen, men er noe snauere når det gjelder mikrosirkulasjon og behandling med pulsator burde vært oppdatert i denne utgaven. Boken har en rekke gode illustrasjoner.

De siste ti årene har det vært en meget gledelig økende interesse for lymfologi, noe som også avspeiler seg i bokutvalget. Noen av disse er temmelig omfattende (2, 3) og mindre egnet for terapeuter og pasienter. Andre (1, 4, 5) er mer målrettet terapeuter. Det er gledelig at det også finnes skandinaviske bøker for denne interessegruppen.

Jeg finner det er vanskelig å preferere denne bok i forhold til egen. De er så like, men denne anbefales for dem som ønsker svensk språkdrakt.

Carl Fredrik Petlund
Norsk lymfødemklinik
Oslo

Litteratur

- Engeset A, Petlund CF. Lymfødem. Klinik og behandling. Oslo: Gyldendal, 2000.
- Földi M, Kubik S. Lehrbuch der Lymphologie für Mediziner und Physiotherapeuten. 4. utg. Stuttgart: Gustav Fischer, 2000.
- Twycross R, red. Lymphoedema. Oxon: Radcliffe, 2000.
- Casley-Smith JR. Modern treatment for lymphoedema. The Lymphoedema Association of Australia. Adelaide: University of Adelaide, 1994.
- Weissleder H, Schuchhardt C. Lymphedema. Diagnosis and treatment. Bonn: Kagerer Kommunikation, 1997.

Bare placebo?

Boström H, Dahlgren H, red

Placebo

150 s, tab, ill. Stockholm: Liber, 2000.

Pris SEK 203

ISBN 91-47-04999-5

Hva er placeboeffekten? Finnes den, hva består den i så fall av og hvordan kan den forklares og eventuelt utnyttet i behandling? For å svare på disse spørsmålene samlet det svenske Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) høsten 1999 en gruppe forskere til konferanse. Konferansens ulike bidrag og diskusjoner er nå samlet i en bok redigert av professor i medisin, Harry Boström og Helena Dahlgren, prosjektkoordinator ved SBU.

Foruten et innledningskapittel med noe begrepsavklaring og tilvisning til klassiske studier, finnes innlegg om placebo ved kirurgi (Thomas Ihre), placebo innen psykiatri (Marie Åsberg), relevant hjernefysiologi (Martin Ingvar) og placebo i relasjon til alternative behandlingsformer som fytoterapi og homøopati (Tor Waaler). Et historisk-kulturelt perspektiv ivaretas av idéhistoriker Karin Johannisson og etiske sider ved behandling av professor i medisin, Povl Riis. Den beste gjennomgangen av relevante enkeltstudier og implikasjoner for medisinsk behandling, er forfattet av dosent Erik Hägg.

De ulike bidragene har ulik omfang og kvalitet. Slik det gjerne blir av en samling konferanseinnlegg, fremstår resultatet som noe uredigert og innholdsmessig overlappende.

For den som har interesse av sjelkropp-kommunikasjon er boken likefullt verdifull og inneholder samlet sett mange oppdaterte tilvisninger og referanser. Den kan også tjene som et nyttig korrektiv til dem som assosierer placebo med



«narremedisin» eller tenker på det som et marginalt fenomen (jf. «bare placebo»). For at placeboeffekten finnes og at den er en betydelig helseressurs, synes å være konferansens utvetydige konklusjon. Som ellers når det gjelder dette fenomenet blir man straks vagere når det gjelder hvordan fenomenet skal forklares og forstås. Den vesentligste grunnen til det er nok at placebo ikke er ett, men mange fenomener. Å skulle forklare disse fenomenene innebærer intet mindre enn å forklare hvordan kroppen kommuniserer med sin omgivelse.

Tor-Johan Ekeland
Høgskulen i Volda
Volda