

## Legemidler i praksis

# Palliativ cytostatikabehandling

Moderne kombinasjonskjemoterapi har ofte betydelige bivirkninger. Hvis behandlingen gis med palliativ intensjon, må pasientens totale situasjon vurderes, slik at behandlingen ikke blir verre enn sykdommen. Hensikten med palliativ kjemoterapi er livsforlengelse, symptomforebygging eller symptomlindring. Kravet til dokumentasjon av effekt bør være den samme for palliativ som for kurativ behandling.

Forut for oppstart av palliativ kjemoterapi er det viktig at man lager en «kontrakt» med pasienten, slik at man har en felles forståelse av hva hensikten med behandlingen er, hva man kan forvente av effekt og når man skal avslutte behandlingen.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Se også kunnskapsprøve på [www.tidsskriftet.no/quiz](http://www.tidsskriftet.no/quiz)

**Kristin Bjordal**  
[kbjordal@radium.uio.no](mailto:kbjordal@radium.uio.no)

**Nina Aass**  
Regionalt kompetansesenter for lindrende behandling, Helse Sør  
Det norske radiumhospital  
0310 Oslo

Moderne kreftbehandling innebærer bruk av cytostatika, ofte i kombinasjoner som samlet kan gi en betydelig toksisitet. Dette aksepteres vanligvis så lenge det er en kurativ intensjon med behandlingen. Gis kjemoterapi på palliativ indikasjon, må bivirkninger vurderes på en annen måte. Det er et økende krav om at all kreftbehandling skal være kunnskapsbasert (evidensbasert), og kravet om dokumentasjon av forventet nytte for pasientene gjelder også for palliativ kjemoterapi.

Når mennesker får beskjed om at de ikke kan bli kurert for sin sykdom, vil mange ønske å prøve enhver tenkelig behandling som kanskje kan være til nytte. Studier har vist at

pasientene er svært behandlingsmotivert og villig til å gjennomgå kjemoterapi med betydelig toksisitet selv om det er lav sannsynlighet for effekt (1, 2). Man kan søke på Internett etter opplysninger om behandlingsregimer både ved etablerte sykehusavdelinger og ved klinikker av mer privat karakter. Dagspressen og ukepressen skriver hyppig om revolusjonerende resultater fra ulike behandlingsopplegg for kreftpasienter. Forskjellige grupper alternativmedisinere har tilbud som kan være rettet mot kreftsykdommen i seg selv, som skal styrke immunforsvaret eller gi bedre livskvalitet og liknende. Ofte er effekten av disse behandlingsoppleggene manglende eller svært dårlig dokumentert.

I forbindelse med utprøving av nye medikamenter eller nye kombinasjoner av kjemoterapi blir vanligvis behandlingen prøvd ut på pasienter i en palliativ situasjon. Positiv respons blir ofte omtalt i dagspressen med stor optimisme – uten at behandlingen er tilgjengelig for alminnelig bruk.

En kombinasjon av de ovennevnte forhold, samt økende medbestemmesrett for den syke, kan føre til at pasienten ber om mer eller annen kjemoterapi enn det man i utgangspunktet synes er fornuftig å foreslå. Dette kan skape vanskelige situasjoner for legen og annet helsepersonell. Man kan føle seg presset til å akseptere store bivirkninger for mange pasienter for at et fåtall kanskje kan ha nytte av behandlingen. Økende bevissthet vedrørende krav til dokumentasjon av effekt og bivirkninger er derfor en viktig oppgave for personalet som arbeider med disse pasientene på forskjellige nivåer i kreftomsorgen, enten det er onkologiske avdelinger, cytostatikapoliklinikker eller generelle medisinske eller kirurgiske avdelinger. De fem regionale kompetansesentrene for lindrende behandling og palliative enheter ved andre sykehus vil ha et spesielt ansvar for å tilrettelegge metoder og infrastruktur som gjør en systematisk kartlegging av effekt og bivirkninger mulig.

### Generelle retningslinjer

Vi vil her kun omtale generelle retningslinjer. Spesifikke palliative kjemoterapiregimer ved de enkelte kreftdiagnoser finnes andre steder (3, 4). Forhold knyttet opp mot utprøving av nye medikamenter og medikamentkombinasjoner (fase 1- og fase 2-studier) blir heller ikke diskutert.

Intensjonen med palliativ kjemoterapi kan deles i tre grupper: palliativ livsforlen-

gende behandling, palliativ symptombyggende behandling og palliativ symptomlindrende behandling. Det er foreslått at man ved livsforlengende behandling bør kunne dokumentere minst 20 % eller tre måneders økning i median overlevelse, og at man ved symptomlindrende behandling bør kunne dokumentere effekt på det aktuelle symptom for minst 20 % av pasientene (5–7). Det er viktig at alle impliserte, dvs. pasienter, pårørende og helsepersonell, er klar over behandlingsintensjonen. Målet er å lindre pasientens symptomer så lenge som mulig og bedre pasientens livskvalitet, med eller uten forventning om forlengelse av livet.

Måling av effekt må være basert på hensikten med behandlingen. Til tross for at palliativ behandling gis for å lindre plagsomme symptomer, ser man ofte at effekten vurderes ut fra tumorrespons på for eksempel CT-bilder, og at det i palliative kliniske studier kun måles overlevelse eller tid til sykdomsprogrediering.

I enkelte studier er det påvist diskrepans mellom objektiv og subjektiv effekt av palliativ kjemoterapi. Pasienten kan rapportere bedring av allmenntilstand og symptomer selv om det ikke er objektive tegn på tumorrespons (8). Det kan være mange forklaringer på dette. Forskjellen kan være reell, ved at pasienten kan føle positive biologiske endringer før de kommer til syne som tumorrespons. Bedringen kan også skyldes at pasienten synes det er positivt at hun/han får behandling, økt omsorg eller liknende.

Pasienten kan oppleve og rapportere at cellegiften fortsatt har effekt, til tross for at det foreligger observert eller påvist objektiv progrediering. Den bedring pasienten ev. føler, skyldes i slike tilfeller ikke den tumorrettede behandlingen, og slik behandling bør derfor

### ! Hovedbudskap

- Ved bruk av palliativ kjemoterapi skal det være klart for pasient, pårørende og behandler hvorfor man gir behandlingen, og hvor lenge behandlingen skal pågå
- Palliativ kjemoterapi skal avsluttes ved progrediering eller uakseptable bivirkninger
- Palliativ kjemoterapi skal om mulig gis på det omsorgsnivået som er nærmest pasienten



Palliativ kjemoterapi. Foto Dnr-foto Thea Tønnessen

avbrytes. Dette gjelder også selv om enkelte kjemoterapiregimer har lite bivirkninger. Pasienten må få en klar forståelse for at de ikke går glipp av noe når medikamentene seponeres. Hvorvidt man ved progrediering ved ett regime skal skifte til et nytt, avhenger også av om effekt av dette er dokumentert.

Ikke-toksiske cytostatika må ikke gis i forsøk på å forhindre at pasienten oppsøker alternativmedisinere. Sterk behandlingsmotivasjon er heller ikke indikasjon for å gi kjemoterapi. Legens oppgave er å skape tillit og gi pasientene trygghet, slik at de kan avfinne seg med at ytterligere cellegiftbehandling eller annen medikamentell tumorrettet behandling er til mer skade enn nytte. Det er viktig at pasienten føler seg ivaretatt selv om palliativ kjemoterapi avsluttes. Legen må komme pasienten i møte når det gjelder spørsmål vedrørende ernæring, kosttilskudd, immunforsvar og liknende. Videre kontrollopplegg må tilrettelegges på best mulig måte for pasienten og hennes/hans pårørende.

### Praktiske konsekvenser

Hvis palliativ kjemoterapi kan være aktuelt, er det viktig at man har en samtale med pa-

sient og pårørende. Man går igjennom behandlingsopplegget, sannsynlighet for effekt, evalueringsrutiner osv. (9). Pasienten bør få skriftlig informasjon og klar beskjed om at behandlingen vil bli avsluttet hvis det observeres eller påvises progrediering eller uakseptable bivirkninger. Det må avklares hvordan kontrollopplegget blir, med eller uten kjemoterapi, og det er viktig at det å få kjemoterapi ikke blir inngangsbillett til annen omsorg. Det kan også være naturlig å ta opp spørsmålet om alternativ behandling.

### Når planlagt behandlingsserie er over

Det må avklares når og hvor videre kontroller skal foregå. Alle pasienter må ha en fast kontrollavtale, gjerne hos fastlegen. Det må avklares når og ev. hvorfor pasienten skal henvises tilbake til kreftpoliklinikk/sykehus. Hvis mulig bør det diskuteres om ytterligere palliativ kjemoterapi kan være aktuelt senere, og hvis ikke – hvorfor.

### Ved progrediering

Det er viktig å få pasienten til å forstå at ikke all behandling er av det gode, og at det ikke er noe tap å avslutte medikamentell behandling som ikke har effekt på sykdommen. En del pasienter vil kunne oppleve bedring når behandlingen seponeres fordi bivirkningene forsvinner. Mulighet for annen symptomlindring må diskuteres. Det er også viktig å ta opp pasientens eget ønske i forhold til videre oppfølging – i hjemmet, i sykehjem, i hospice eller i sykehus.

### Ved uakseptable bivirkninger

Behandlingen kan ha effekt, men bivirkningene være uakseptabelt store. Av og til er pasienten så redd for at behandlingen skal seponeres at bivirkninger ikke blir rapportert. Det er da viktig at man presiserer hensikten med behandlingen – at pasienten skal ha det best mulig lengst mulig, og at behandlingen må seponeres hvis den gir mer problemer enn sykdommen.

### Generell informasjon

Før start av palliativ kjemoterapi må pasienten og hennes/hans pårørende få en balansert og adekvat fremstilling av forventede bivirkninger, forventet effekt og stoppregler. Enkelte pasienter trekker frem at det ifølge opplysninger på Internett foreligger utallige

behandlingsmuligheter ved klinikker utenfor Norge. En måte å se på dette er at jo flere alternativer som finnes, desto mindre sannsynlig er det or noen av behandlingsoptionene er bedre enn andre. Ledende institusjoner vil raskt ta i bruk behandling som har klar effekt. Helsepersonell bør også i større grad enn nå gå ut i dagspresse og ukepresse med generelle opplysninger relatert til palliativ kjemoterapi. Det er sjelden man leser i pressen at pasienter blir overbehandlet – man er mer interessert i oppslag om pasienter som ikke får behandling de føler de har krav på (10). Helsepersonell som er involvert i klinisk forskning, har også et ansvar for å gi en nøktern fremstilling når tidlige resultater fra kliniske studier omtales i ikke-faglige fora.

### Litteratur

1. Slevin ML, Stubbs L, Plant HJ et al. Attitudes to chemotherapy: comparing of views of patients with those of doctors, nurses and general public. *BMJ* 1990; 300: 1458–60.
2. Bremnes RM, Wist EA, Andersen K. Holdninger til cellegiftbehandling. Er det forskjeller blant kreftpasienter, leger, sykepleiere og friske personer? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 116: 2583–7.
3. Dahl O, Christoffersen T, Kvaløy S et al. Cytostatika. Medikamentell kreftbehandling. 6. utg. Oslo: Institutt for farmakoterapi og Den Norske Kreftforening, 1999.
4. MacDonald N. Principles governing the use of cancer chemotherapy in palliative medicine. I: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, red. *Oxford textbook in palliative medicine*. Oxford: Oxford University Press 1993: 105–17.
5. Norges offentlige utredninger. Omsorg og kunnskap! Norsk kreftplan. NOU 1997: 20. Kap. 8.1.2 Generelt om effektmål i kreftbehandling. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997: 156–60.
6. Klepp O, Kaasa S, Kvaløy S. Dokumentasjon av behandlingseffekt. I: Dahl O, Christoffersen T, Kvaløy S et al, red: I. Cytostatika. Medikamentell kreftbehandling. 6. utg. Oslo: Institutt for farmakoterapi og Den Norske Kreftforening, 1999: 46.
7. Wist E. Palliativ kjemoterapi. I: Kaasa S, red. Palliativ behandling og pleie. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1998: 523–32.
8. Natvig K. Low dose methotrexate to patients with incurable recurrences of squamous cell carcinoma of head and neck. XIV annual meeting of the Scandinavian Society for Head and Neck Oncology, Iceland 2002. *Clin Otolaryngol* 2003; 28: 281.
9. Løvhaugen ABF, Mediå E. Omsorg for pasienter som får cytostatika behandling. Fagserie i kreftomsorg. Oslo: Den Norske Kreftforening, 1999: 13–20.
10. Hafstad A. Norge tar sent i bruk nye kreftmedisiner. Intervju med Erik Wist. *Aftenposten* (morgenutgave) 3.5.2004.