

Rehabilitering av kvinner med brystkreft

Sammendrag

Bakgrunn. Tidligere har vi rapportert om fysiske og psykososiale problemer blant 50 kvinner etter behandling for brystkreft stadium 1–2. De hadde deltatt i et rehabiliteringsopplegg med hovedvekt på tilpasset fysisk aktivitet og undervisning/gruppesamtaler. Vi gjorde en etterundersøkelse for å få kunnskap om situasjonen til kvinnene fem år etter avsluttet medisinsk behandling.

Materiale og metode. Ved etterundersøkelsen deltok 34 av de 50 kvinnene. 13 var døde, én hadde gjennomgått hjertekirurgi og to ønsket ikke å delta. De ble undersøkt med fysiske og psykiske tester.

Resultater. Kondisjonsnivået var redusert i perioden, til 74 % av predikert nivå. Aktivitetsnivået var også redusert, plager i arm og skulder var fortsatt betydelige, mens plager med depresjon og angst holdt seg på samme nivå som etter rehabiliteringen. Mange hadde problemer sosialt og i arbeidslivet, og bare 19 av 34 var fortsatt i full jobb.

Fortolkning. Resultatene viser betydelige helseproblemer fem år etter avsluttet behandling hos 34 kvinner med brystkreft stadium 1 og 2. Resultatene må fortolkes varsomt, ettersom studien omfattet relativt få kvinner og manglet kontrollgruppe.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Kari Fismen

kari@fismen.net
Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter
6968 Flekke

Johan Kvalvik Stanghelle

Sunnaas sykehus
og
Universitetet i Oslo
Divisjon Ullevål universitetssykehus

I perioden november 1998-februar 2000 ble det ved Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter gjennomført en studie som kartla den fysiske og psykiske tilstanden hos 50 brystkrefterte kvinner (1, 2). Resultatene viste at kvinnene i utgangspunktet var i dårlig fysisk form. De hadde betydelig redusert kondisjonsnivå, redusert lungefunksjon av restriktiv type, redusert skulderbevegelighet, 36 % hadde lymfødem og det var økt forekomst av angst og depresjon.

Andre studier har vist at kvinner som er behandlet for brystkreft (operasjon, cytostatikabehandling og ev. strålebehandling) opplever tretthet, konsentrasjonsproblemer og nedsatt skulderbevegelighet og/eller lymfødem (3, 4). Blant kreftpasienter er det også rapportert en høy forekomst av angst og depresjon. Dette kan være medvirkende til at mange har problemer med å komme tilbake i arbeid og fungere i sosiale sammenhenger (5, 6).

I vår studie gjennomførte 50 kvinner et spesielt tilpasset rehabiliteringsprogram i tiden rett etter adjuvant behandling. Dette besto av et tre ukers opphold med fysisk trening og profesjonelt ledede gruppesamtaler, og deretter tre måneders egentrening hjemme med føring av treningsdagbok samt nytt kontrollopphold med testing og utfylling av spørreskjema. Etter dette programmet var det betydelig økning i kondisjonsnivå og livskvalitet, reduksjon på variablene for angst og depresjon, og de fleste kvinnene kom tilbake til arbeid (1, 2).

I denne etterundersøkelsen ønsket vi å kartlegge situasjonen for de samme kvinnene fem år senere.

Materiale og metode

Deltakerne er beskrevet i tabell 1. Inklusionskriteriene var: kvinner (18–65 år) operativt behandlet for cancer mammae stadium 1 (begrenset til brystet alene) eller 2 (spredning til de aksillære lymfeknutene). Kvinnene skulle være cytostatikabehandlet etter

nasjonale retningslinjer og eventuelt ha fått strålebehandling. I tillegg måtte deltakerne kunne lese, skrive og forstå norsk. Kvinnene var rekruttert fortløpende blant aktuelle kandidater av onkologer ved sentral- og region-sykehus i daværende helseregion III (Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane).

I den opprinnelige studien deltok 50 brystkrefterte kvinner i yrkesfør alder (gjennomsnitt 49 år, spredning 31–66 år). Postoperativ strålebehandling var gjennomført hos 44 kvinner og samtlige hadde fått cytostatikabehandling (cyklofosamid/mettotreksat/5-fluorouracil (CMF-kur)) i henhold til daværende nasjonal protokoll.

Overlevelse etter fem år ble undersøkt gjennom Dødsårsaksregisteret. Alle overlevende ble tilskrevet med spørsmål om de ville delta i en etterundersøkelse og invitert til å komme til Hauglandsenteret for ny testing og utfylling av spørreskjema.

Blant de 34 deltakerne var 22 fra Hordaland, seks fra Rogaland og seks fra Sogn og Fjordane. Gjennomsnittsalder var 55 år (spredning 39–62). Åtte kvinner svarte kun på selvrapporteringsskjema og skjema om sosial- og arbeidsstatus, mens 26 kvinner deltok på både retesting og undersøkelse. Kvinnene ble tatt inn gruppevis, de samme gruppene som ved første opphold. Små grupper ble slått sammen. De samme spørreskjemaene og undersøkelsene som ble brukt ved forrige studie (1), ble brukt i oppfølgingsstudien. Følgende bakgrunnsdata ble kartlagt: alder, gjennomgått behandling siste fem år (rekonstruksjon eller annet), sosial status, arbeidskartlegging, medikamentforbruk, mosjonsvaner.

Høyde og vekt ble målt, og kroppsmasseindeks ble beregnet. Lungefunksjonen ble målt med tørrspirometri, og vi registrerte vitalkapasitet (VC), forsert ekspiratorisk volum i ett sekund (FEV₁) og maksimal voluntær ventilasjon (MVV) (7). Kondisjon ble målt med submaksimal ergometersykeltest, og maksimalt oksygenopptak (VO₂) ble beregnet etter Åstrand-Rhymings metode (8). Thoraxekskursjon ble målt som forskjellen i omkrets i cm ved maksimal ekspirasjon versus inspirasjon, med målebåndet på høyde med sternumpissen og deltakeren i stående stilling. Lymfødem ble kartlagt ved omkretsmål i cm på fem nivåer på begge armer med kalkulering av totalvolum. Helsen ble vurdert som lymfødem dersom økningen på operert sides arm var 150 ml eller mer, eller mer enn 10 %. Skulderbevegelighet (range of motion, ROM) ble målt i

Tabell 1 Beskrivelse av deltakerne i studien

	Opprinnelig studie N = 50	Oppfølgingsdeltakere N = 34	Oppfølgingsstudie fem år etter N = 34
Alder (gjennomsnitt) (år)	49	55	55
Gift/samboende	40	28	27
Enslige/aleneboende	10	6	7
Antall som har barn (gjennomsnitt 2,3 barn)	47	32	32
Operert med brystbevarende teknikk	10	7	7
Ablatio mammae	40	27	27
Rekonstruksjon av bryst	0	0	14
Strålebehandling	44	29	29
Røykere	12	7	3
Bruker analgetika	7	4	3
Bruker sovemedisin	3	2	2
Bruker antidepressiver	1	1	4

fleksjon, ekstensjon, abduksjon, innad- og utadrotasjon og sammenliknet med et normalmateriale (9).

Deltakernes psykiske tilstand ble kartlagt ved hjelp av spørreskjemaer. Livskvalitet ble målt med World Health Organisation Quality of Life Scale 100 (WHOQOL) (10). Symptomnivå ble kartlagt ved Beck's Depression Inventory (BDI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) og Profile of Mood States (POMS) (11–13). Dimensjonen håp ble kartlagt ved Nowotnys håpsskala (14). Smerte ble kartlagt ved bruk av visuell analog skala (VAS), hvor 0 = ingen smerte og 10 = uutholdelig smerte.

Resultatene ble bearbeidet i SPSS versjon 12. Det ble brukt deskriptiv statistikk og parret t-test. Signifikansnivået ble satt til $p < 0,05$. Protokoll for oppfølgingsundersøkelsen ble tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Vest-Norge.

Resultater

Antall deltakere var redusert fra 50 til 34. 13 var døde pga. kreft, én deltok ikke pga. hjerteoperasjon, mens to ikke ønsket å delta. De 13 som døde, var i alderen 32–67 år (gjennomsnitt 51 år). To deltakere hadde fått påvist metastaser, men ønsket å delta i studien.

38 av 48 kom tilbake i arbeid etter rehabiliteringen i 2000, seks var fortsatt sykmeldt og en var uføretrygdet av annen årsak enn brystkreft. Ved femårsoppfølgingen var 19 av 34 fortsatt i arbeid, mens 12 kvinner var blitt uføretrygdet helt eller delvis pga. ettervirkninger av brystkreft. To kvinner med metastaser var sykmeldt og uføretrygdet. 11 kvinner hadde endrede arbeidsoppgaver og redusert stillingsprosent i kortere eller lengre tid etter sykdommen. Av disse gikk seks kvinner tilbake til samme stillingsstørrelse, mens fem ble uføretrygdet (100% eller gradert).

Arbeidstilfredsheten ble angitt som god hos de fleste, men 20 kvinner følte at de var mer utkjørt/tappet etter jobb nå enn før sykdomsdebut. Tre kvinner anga arbeidstilfredsheten som mindre god i dag. 15 kvinner hadde plager i affisert sides skulder og arm i forbindelse med jobben.

Gjennomsnittlig kroppsmasseindeks er vist i e-tabell 2. Denne var uendret mellom de to målingene. Spirometri- og kondisjonsverdiene etter rehabilitering og ved fem års oppfølging er også vist i samme tabell. 25 av kvinnene som ble testet, hadde fått strålebehandling. Gjennomsnittsverdiene for vitalkapasitet, forsert ekspiratorisk volum i ett sekund og maksimal voluntær ventilasjon var i nedre referanseområde. Maksimalt oksygenopptak indikerte et gjennomsnittlig lavt kondisjonsnivå (74%), og to deltakere hadde svært lavt nivå, dvs. verdier for maksimalt oksygenopptak lavere enn 50% av forventet verdi.

Fysisk aktivitet hos deltakerne etter rehabilitering og ved fem års oppfølging viste at de fleste hadde gode mosjonsvaner etter rehabiliteringsperioden. Ved oppfølging fem år senere var ni kvinner blitt mindre aktive (falt tilbake til gammelt mønster), mens åtte var blitt mer aktive enn tidligere (trente mer enn tre ganger per uke). 23 av 34 trente jevnlig nå, mot 32 av 34 etter rehabiliteringsoppholdet.

Ti kvinner gikk fortsatt jevnlig til fysioterapi for nedsatt skulderbevegelighet og/eller lymfødembehandling, sammenliknet med 21 kvinner fem år tidligere.

Ved fem års oppfølging hadde 19 kvinner thoraxekskursjon på 2,5–6 cm, sju hadde > 6 cm, mens ingen hadde < 2,5 cm. Dette var en viss bedring i thoraxbevegelighet.

Bevegeligheten (range of motion) i skulderleddet var normal hos åtte deltakere, 12 hadde lett til moderat nedsatt bevegelighet, mens seks hadde betydelig nedsatt bevegelighet i skulderleddet på affisert side. Når bevegeligheten for alle målte retninger ble summert for alle kvinnene, registrerte vi gjennomsnittlig bevegelighet i grader på 469 (± 106) mot 544 (± 46) som referanseverdi. Disse verdiene var så å si de samme som for fem år siden.

Tre kvinner hadde lymfødem etter de gitte kriteriene. Største volumøkning var 28,9% (616 ml) mer på operert sides arm. Tre kvinner hadde en omkretsfor forskjell på 5–10%. Alle som hadde antydning til lymfødem,

fikk såkalt komplett fysikalsk lymfødembehandling og oppfølging av denne ved behov.

Tre kvinner brukte analgetika fast mot smerte, mot fire for fem år siden (tab 1). 15 kvinner anga smerter/plager i affisert sides arm/skulder hele tiden (i varierende grad), 15 anga smerter av og til og fire ingen plager. Smertene var relatert til primærbehandlingen.

Skalaene for psykisk helse, livskvalitet og håp vises i e-tabell 3. Ved fem års oppfølging var det ikke signifikant økning på depresjonsskår. Antall kvinner med skår over ni på Becks Depression Inventory (mild depresjon) var etter rehabilitering 20% og ved fem års oppfølging 29%. For fem år siden brukte én kvinne et antidepressivt legemiddel, mens tallet nå var fire. Gjennomsnittsskår for HAD-angst var uendret. Det var ingen signifikante forskjeller i gjennomsnittsskår på humørprofil (POMS) etter rehabiliteringsoppholdet og ved fem års oppfølging.

Livskvaliteten var i utgangspunktet overveiende bra ved inntak til rehabilitering og økte signifikant i løpet av rehabiliteringsoppholdet. Livskvalitet, tilfredshet med helse og de forskjellige domene under livskvalitet var uendret ved fem års etterundersøkelse, bortsett fra sosialt domene som hadde en signifikant forverring (e-tab 3). Denne nedgangen bunnet i spørsmål 21 i spørreskjemaet WHOQOL-BREF, som gikk på tilfredshet med seksuallivet, hvor svarene hadde en gjennomgående svært lav skår. Det ble ikke registrert samlivsbrudd hos noen kvinner i denne perioden. Gjennomsnittsskår for håp var uendret ved etterundersøkelsen.

De som hadde gjennomgått rekonstruksjonsoperasjon, var stort sett fornøyd med resultatet. I dette materialet hadde kvinnene som var blitt operert med DIEP-metoden, det kosmetisk peneste resultatet. Tre uttrykte at de ikke hadde valgt rekonstruksjon dersom de hadde visst hvor omfattende dette var, også med reduksjon av gjenværende bryst. Resultatene kosmetisk sett var svært varierende. Alle syntes imidlertid at rekonstruksjonen var hensiktsmessig, spesielt med tanke på praktiske forhold f.eks. i fysisk aktivitet og ved valg av klær.

Diskusjon

De viktigste funnene i denne studien var en høy andel kroniske plager etter brystkreftbehandlingen og at antall arbeidsføre kvinner var redusert i femårsperioden. Skulder- og armpager var den hyppigste årsaken til uføretrygd. Senfølger etter operasjon i kombinasjon med strålebehandling besto i nedsatt bevegelighet i affisert sides skulder (til dels betydelig), stråleskadet vev i skulder/brystregionen, diffuse smerter i skulder og arm, parestesier i fingrene og irreversibelt lymfødem. Ti kvinner måtte fortsatt ha fysikalsk behandling jevnlig for sine plager. Dette samsvarer med tidligere studier om at mange

får varige plager etter brystkreftbehandling (4). Det foreligger ikke sammenliknbare oversikter når det gjelder kartlegging av hvor mange som kommer tilbake i varig arbeid etter avsluttet brystkreftbehandling.

I utgangspunktet var kvinnene i studien i generelt dårlig fysisk form før rehabiliteringsoppstart. Kondisjonsnivået økte i rehabiliteringsperioden. Undersøkelsen fem år etter viste en liten og ikke-signifikant reduksjon av kondisjon.

Skårene for depresjon, angst, håp, livskvalitet og tilfredshet med helse holdt seg relativt stabile i femårsperioden, bortsett fra sosialt domene i livskvalitetsmålet, som hadde en signifikant forverring.

Dette utvalget viste en høy dødelighet, 26 %, ved brystkreft stadium 1–2. Oppdatert statistikk fra Kreftregisteret viser en fem års relativ overlevelse på vel 90 % i stadium 1 og ca. 85 % i stadium 2.

Fysisk aktivitet kan ha gunstig effekt på levetiden (15), og fysisk aktivitet kan ha profylaktisk betydning for utvikling av brystkreft (16). Tilpasset fysisk aktivitet kan være et viktig virkemiddel under kreftbehandling og rehabilitering (17–19). Det bør derfor legges opp strategiske planer som omfatter de ulike pasientgruppene med kreft, slik at man kan tilby mer spesifikk rehabilitering for dem som har behov for det.

Styrker og svakheter

Denne undersøkelsen inkluderte ikke kontrollgruppe, og resultatene er således primært pilotmessige og hypotesegenererende. Imidlertid viser resultatene at det er behov for å rette oppmerksomheten mot denne pasientgruppen, også over lang tid. Rehabilitering i institusjon er kanskje nødvendig for et mindretall av kreftpasientene. Deltakerne i

denne studien ble rekruttert fra ulike onkologiske avdelinger, og vi kjenner ikke til hvor representative de var i forhold til hele populasjonen, men bl.a. den store overdødeligheten kan indikere at utvalget var selektert.

Avslutning

Årlig rammes ca. 2 800 kvinner av brystkreft i Norge, og dette tallet vil trolig øke noe de nærmeste årene. Mange kreftpasienter lever lenge med sin kreftsykdom og bivirkninger av behandlingen. Det er viktig å kartlegge hvilket rehabiliteringstilbud som er hensiktsmessig og nyttig for denne gruppen, både når det gjelder funksjon, arbeidsevne og livskvalitet. Fortsatt er rehabiliteringstilbud for disse kvinnene manglende eller tilfeldig, og bør systematiseres.

Vi takker Kreftforeningen og Sosial- og helsedepartementet for økonomisk støtte, kvinnene som deltok i undersøkelsen, og ansatte ved Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter.

e-tab 2 og e-tab 3 finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Litteratur

1. Fismen K, Osland IJ, Fismen E et al. Rehabilitering av kvinner med brystkreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2749–54.
2. Borge L, Martinsen EW, Fismen K et al. Brystopererte har nytte av rehabilitering. Sykepleien 2002; 3: 52–5.
3. Bower JE, Ganz PA, Desmond KA et al. Fatigue in long-term breast carcinoma survivors: a longitudinal investigation. Cancer 2006; 106: 751–8.
4. Johansson K, Ingvar C, Albertsson M et al. Arm lymphoedema, shoulder mobility and muscle strength after breast cancer treatment: a prospective 2-year study. Adv Physiother 2001; 3: 55–66.
5. Kåresen R, Langmark F. Kreftopererte kvinners psykiske, sosiale og økonomiske forhold. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2741–8.

6. Norges offentlige utredninger. Kvinners helse i Norge. NOU 1999: 13. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykking, 1999. www.dep.no/nod/norsk/dok/andre_dok/nou/030005-020023/dok-bn.html (8.11.2006).
7. Gulsvik A. Obstruktive lung disease in an urban population. Doktoravhandling. Oslo: Lungeavdelingen, Rikshospitalet, 1979.
8. Åstrand PO, Rodahl K. Textbook of work physiology. New York: McGraw Hill, 1986.
9. Norkin CC, White DJ. Measurement of joint motion: a guide to goniometry. Philadelphia, PA: F.A. Davis Company, 1985.
10. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. Psychol Med 1998; 28: 551–8.
11. Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry 1961; 4: 561–71.
12. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983; 67: 361–70.
13. McNair DM, Lorr M, Dropplemann LF. Profile of mood states manual. San Diego, CA: Educational and Testing Service, 1971.
14. Nowotny M. Assessment of hope in patients with cancer. Development of an instrument. Oncol Nurs Forum 1989; 16: 57–61.
15. Holmes MD, Chen WY, Feskarić D et al. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. JAMA 2005; 293: 2479–86.
16. Thune I, Smeland S. Kan fysisk aktivitet forebygge kreft? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3296–301.
17. Mock V, Frangakis C, Davidson NE et al. Exercise manages fatigue during breast cancer treatment: a randomized controlled trial. Psychooncology 2005; 14: 464–77.
18. Segal R, Evans W, Johnson D et al. Structured exercise improves physical functioning in woman with stage I and II breast cancer: results of a randomized controlled trial. J Clin Oncol 2001; 19: 657–65.
19. Courneya KS, Mackey JR, Bell GJ et al. Randomized controlled trial of exercise training in postmenopausal breast cancer survivors: cardiopulmonary and quality of life outcomes. J Clin Oncol 2003; 21: 1660–8.

Manuskriptet ble mottatt 4.4. 2006 og godkjent 11.2. 2007. Medisinsk redaktør Åslaug Helland.