

Palliativ kirurgi innen kreftomsorg

Palliativ kreftbehandling ved uhelbredelig sykdom har fått større oppmerksomhet og betydning. Lindrende behandling gis for å bedre livskvaliteten med hensyn til fysiske, psykososiale og åndelig-eksistensielle behov. Palliativ medisin forbindes gjerne først og fremst med medikamentell behandling av symptomer som smerter og kvalme, eller som omsorg i form av sykepleie, prestetjeneste, eller tilpasset støtte fra psykolog og sosionom. Noen ganger kan palliative tiltak kreve en kirurgisk tilnærming. I denne kronikken belyser vi kirurgiens rolle i behandling, forskning, og undervisning innen palliativ medisin.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen | Se også side 2217

Hartwig Kørner

hartwig.korner@kir.uib.no
Gastrokirurgisk seksjon
Stavanger universitetssjukehus
4068 Stavanger
og
Kompetansesenter for lindrende behandling
Helseregion Vest
og
Institutt for kirurgiske fag
Universitetet i Bergen

Jon Arne Søreide

Gastrokirurgisk seksjon
Stavanger universitetssjukehus
og
Institutt for kirurgiske fag
Universitetet i Bergen

Tom Glomsaker

Kjetil Søreide
Gastrokirurgisk seksjon
Stavanger universitetssjukehus

Lars Fjetland

Seksjon for intervensjonsradiologi
Stavanger universitetssjukehus

Det lindrende aspekt av medisinsk handling er dypt forankret i fagets tradisjon, og kan bl.a. føres tilbake til Hippokrates' lære om «å helbrede, lindre og trøste, men først å fremst ikke å skade». Kirurgisk behandling er i dag den viktigste modalitet for å oppnå helbredelse av solide svulster som ved tykktarmskreft og brystkreft. Likevel vil mange spørre seg om symptomlindring i perioder har fått for lite oppmerksomhet. Det ikke å kunne oppnå helbredelse blir gjerne oppfattet som et nederlag. En slik ensidig holdning hører forhåpentlig fortiden til.

Kirurgisk palliasjon

Det finnes mange palliative problemstillinger der kirurgisk behandling er viktig

for å oppnå best mulig symptomlindring (ramme 1). Med kirurgisk palliasjon menes alle former for intervensjon der siktemålet først og fremst er å bedre pasientens livskvalitet. Denne definisjonen innebærer at grenser mellom involverte spesialiteter forskyves eller bygges ned. Kirurgisk palliasjon kan *forebygge symptomer* (for eksempel ved å fjerne en tarmsvulst for å hindre lokal innvekst, blødning eller obstruksjon) eller *behandle symptomer*, selv om det aktuelle inngrepet ikke er helbredende på grunn av pasientens avanserte kreftsykdom (ramme 2). I noen tilfeller vil en slik behandling også kunne bedre overlevelsen, selv om livsforlengelse ikke er behandlingens primære siktemål.

Om lag 3 500 nye tilfeller av kolorektal kreft diagnostiseres årlig i Norge. En tredel av pasientene behandles med et palliativt siktemål, og hos 80–85 % av de årlig 600 nydiagnostiserte pasientene med pancreaskreft er palliative tiltak eneste behandlingsmulighet. Det mangler likevel gode data på det konkrete behov for kirurgisk palliasjon hos disse pasientene. I en studie fra 1993 ble det anslått at 5–42 % av pasienter med ovarialkreft, og 10–30 % av pasienter med kolorektal kreft vil utvikle malign tarmobstruksjon (1).

Moderne onkologisk behandling har økt levetiden for pasienter med uhelbredelig kreftsykdom (2). Derfor opplever mange kreftpasienter i dag sin kreftsykdom mer som en kronisk sykdom, og ikke utelukende som en dødelig sykdom som tidligere (3). Ved fremskrivning av demografiske data er det klare indikasjoner på at antallet pasienter med behov for palliativ behandling vil øke betydelig i de kommende årene (4). Samlet vil dermed et økende antall

pasienter med avansert kreftsykdom presentere kliniske symptomer og funn relatert til sin avanserte kreftsykdom. Dette skaper nye behandlingsmessige utfordringer – også for den kirurgiske palliative tenkning, tilnærming og håndtering i en presset og hektisk hverdag.

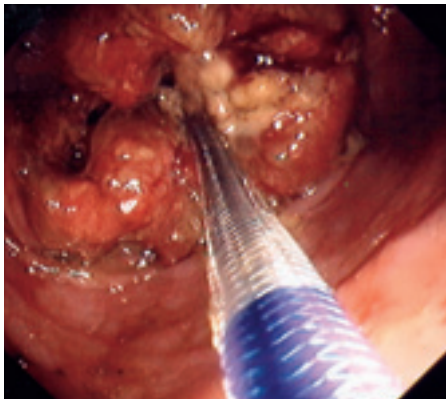
Resultatmål for kirurgisk kreftbehandling

Ensidig vektlegging av helbredelse innen kirurgisk onkologi, og gjerne innen onkologien generelt, gjenspeiles i de mest brukte resultatmål (outcome measure) for behandlingen: kurasjonsfrekvens, median overlevelse, samlet overlevelse (femårsoverlevelse) og sykdomsfri overlevelse. Slike resultatmål er lite hensiktsmessige innen kirurgisk palliasjon, der lindring eller forebygging av symptomer er målet for behandlingen. For å vurdere om de ønskede resultater av palliative tiltak blir oppnådd, har det vært behov for endepunkter og vurderinger som er relevante for behandlingens egentlige hensikt. Derfor har individuelle mål for resultat av behandling av en plagsom tilstand, og med livskvalitet generelt som utgangspunkt, fått en viktig plass (3). Et slik eksempel er Gastrointestinal

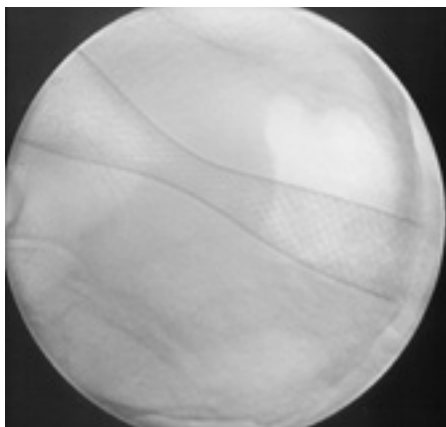
Ramme 1

Eksempler på kliniske problemstillinger som krever palliativ kirurgisk behandling

- Stenosierende svulster i mage-tarmkanal
 - Oesofagus
 - Pylorus/duodenum
 - Colon og rectum
- Icterus
- Obstruksjon av urinveier
- Væskeansamlinger
 - Pleuravæske
 - Ascitesvæske
 - Abscesser
- Blødninger fra mage-tarmkanalen, urinveiene, indre genitalia samt tarm- og innvekst i kar
 - Venøs stase (f.eks. vena cava superior-syndrom)
 - Patologiske brudd
 - Tverrsnittlesjon med intraspinalt voksende tumorer



Figur 1 a) Stenoserende kreftsvulst i colon sigmoideum med stent på applikator plassert gjennom koloskop og før utfolding. Foto Stavanger universitetssjukehus



Figur 1 b) Kontrollbilde ved hjelp av gjenomlysning etter utfolding av stent. Foto Stavanger universitetssjukehus

Quality of Life Index for pasienter med symptomer fra mage-tarm-kanalen (5, 6). Dette har det amerikanske kirurgiske fag-

Ramme 2

De vanligste behandlingsmodaliteter innen kirurgisk palliasjon

- Åpen kirurgi
- Minimalt invasiv kirurgi (f.eks. laparoskopil)
- Endoskopisk kirurgi
 - Stenting i oesophagus/duodenum/colon/rectum
 - Stenting av galleveier
 - Endoskopisk reseksjon, hemostase
- Intervensjonsradiologi
 - Stenting av galleveier og urinveier
 - Perkutan drenerasje
 - Embolisering/stentgraftbehandling av blødende kar og tumor
 - Stenting av sentrale vener
- Stabilisering av patologiske brudd
 - Nevrokirurgiske prosedyrer (f.eks. dekompresjon)

miljø tatt konsekvensen av. I 2000 opprettet American College of Surgeons en dedikert arbeidsgruppe for palliativ kirurgi (Surgical Palliative Care Task Force). Det har kommet en rekke nyttige og verdifulle publikasjoner fra denne arbeidsgruppen (7).

Kirurgisk behandling skiller seg prinsipielt fra andre terapeutiske alternativer i medisin. Effekten av kirurgisk behandling er basert på fysiske endringer i organismen, og er på denne måten som regel irreversibel. Dette aspektet er viktig når indikasjonen for palliative inngrep vurderes. En alvorlig prosedyrekomplikasjon knyttet til en behandling som har forbedring av livskvalitet som mål, kan i denne sammenheng oppleves som katastrofal. Det må tas alle forhåndsregler for å unngå at komplikasjoner reduserer livskvaliteten for en alvorlig syk kreftpasient i den siste levetiden.

Definisjoner og kunnskapsgrunnlag

Palliativ kirurgi må, som all annen medisinsk behandling, baseres på et best mulig kunnskapsgrunnlag. I en norsk rapport fra 2003 (8) konkluderte man med at det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget for de fleste palliative kirurgiske behandlingstradisjoner er svakt. Dette kan ha flere årsaker. Palliativ kirurgi defineres ulikt i litteraturen. I mange publiserte arbeider brukes begrepet «palliativ» for all behandling som ikke er kurativ. Slike studier har for det første liten verdi i forhold til det symptomrettede aspektet av kirurgisk palliasjon, og man bør i slike sammenhenger heller bruke begrepet «ikke-kurativ» (9, 10). For det andre er det oftest kun de tradisjonelle resultatmål (kurasjonsrate, overlevelse, sykdomsfri overlevelse) som er benyttet i slike studier. Et tredje problem er at de fleste artikler innen palliativ kirurgi er basert på retrospektive studier med et lite antall pasienter inkludert. I tillegg er ofte pasientmaterialene heterogene og til dels dårlig definert. Det blir vanskelig, for ikke å si umulig, å trekke konklusjoner med overføringsverdi til vår egen hverdag (11, 12). En konsekvens av dette er at de fleste avgjørelser innen kirurgisk palliasjon bygger på empirisk viten og en mer eller mindre gjennomtenkt behandlingstradisjon.

Forskning innen kirurgisk palliasjon

Forskning innen palliativ kirurgi møter en rekke problemer som i mye mindre grad gjelder de ikke-invasive disipliner. Ideelt sett burde mange problemstillinger bli vitenskapelig undersøkt gjennom randomiserte, kontrollerte studier. Men det ligger i sakens natur at mange palliative indikasjoner for kirurgi er knyttet til svært forskjellige pasienter og problemstillinger, og at det er særdeles vanskelig å inkludere et tilstrekkelig antall pasienter for å oppnå statistisk styrke (13). Ofte mangler likeverdige behandlingsalternativer (equipoise), og forventet behandlingseffekt er såpass

åpenbar at randomisering enten vil oppfattes som praktisk umulig eller etisk betenkelig. Forskning med hensyn til invasive prosedyrer på svært vulnerable pasienter kan av mange oppleves som ekstra problematisk, og relevant forskning kan vanskelig gjennomføres (6, 14). Imidlertid er det generell enighet om at de samme etiske regler som gjelder i medisinsk forskning for øvrig, også gjelder for forskning innen palliativ medisin (15). Ny teknologi som intervensjonsradiologi, minimalinvasive og endoskopiske prosedyrer stiller oss over for spesielle utfordringer hva gjelder å ha best mulig kunnskap for å oppnå best mulig helsegevinst til en akseptabel pris for den enkelte pasient, både med hensyn til komplikasjoner og økonomiske kostnader (16). Når randomiserte studier vanskelig lar seg gjennomføre, må vi basere oss på andre alternativer for å skape et adekvat kunnskapsgrunnlag. Gode observasjonsstudier med klart definerte kliniske problemstillinger og tilstrekkelig antall pasienter kan være et godt alternativ. Slike studier lykkes sannsynligvis best om de har forankring i tverrfaglige fagmiljøer. Vårt helsevesen har tradisjonelt en høy beredskap med hensyn til konsensus innen fagmiljøene, og er organisert slik at forholdene ligger godt til rette for skape bedre kunnskap innen palliativ kirurgi. Slike studier må legge vekt på problemstillinger som er klinisk relevant og forekommer med en viss hyppighet.

I fagmiljøer som driver med kreftbehandling er det behov for oppdatert kunnskap om palliativ medisin generelt, og palliativ kirurgi spesielt. Slik kunnskap er ikke bare nyttig for leger, men er trolig minst like relevant for andre yrkesgrupper ved de kirurgiske avdelingene. Kirurgiske avdelinger, som er de største kreftavdelinger ved våre sykehus, tar hånd om kreftpasienter i ulike sykdomsstadier, og i ulike livs- og sykdomsfaser (17). En prevalensundersøkelse i 2004 ved vårt sykehus viste at det til enhver tid lå sju pasienter på kirurgisk og ortopedisk avdeling (totalt 123 senger) med behov for kirurgisk palliativ behandling (upubliserte data). For å kunne møte de faglige og menneskelige utfordringer denne pasientgruppen representerer, burde palliativ behandling få en tydeligere plass både i kursprogrammet og i lister for «ferdigheter og prosedyrer» som skal dokumenteres innen spesialistutdanningen i kirurgiske fag. Det er også grunn til å se på pleiefaktoren og vurdere infrastruktur og tilretteleggelse generelt ved de kirurgiske sengepostene som i så stor grad ivaretar kreftpasienter – også de som er i en palliativ eller terminal fase av sykdomforløpet.

Klinisk vurdering og kirurgisk palliasjon

Palliativ kirurgi i en klinisk sammenheng setter store krav til kirurgens faglige innsikt

og vurderingsevne. Kirurgisk behandling, både med hensyn til indikasjonsstilling og evaluering av behandlingseffekt, bør i størst mulig grad baseres på en strukturert kartlegging av relevante symptomer, slik som for eksempel Edmonton Symptom Assessment Score (ESAS) og andre validerte symptominstrumenter (6). Betydningen av god kommunikasjon med pasienten selv og de pårørende kan neppe overvurderes (18). Kirurgiske palliative problemstillinger bør drøftes i tverrfaglige fora, da kombinasjoner med andre behandlingsmodaliteter gjerne kan bidra til en ytterligere gevinst for pasienten. Etter vår mening bør kirurgen være en naturlig del av et palliativt team. Gode rollemodeller og et åpent og trygt arbeidsmiljø vil i tillegg kunne bidra til at yngre kolleger kan hente nyttig lærdom og erfaring underveis i spesialistutdanningen. Den stereotype oppfatningen av kirurgi som faget for «kjapp og effektiv operativ behandling av vel definerte *enkle* problemstillinger» er trolig fortsatt en del av virkelighetsoppfatningen hos noen. En virkelighetsoppfatning vi også kan ane konturen av gjennom uttalelser fra og holdninger hos enkelte sykehusledere, helseadministratører og -politikere, publikum og pårørende – men dessverre også hos enkelte kolleger.

Palliativ kirurgi er et av flere eksempler på den variasjon og kompleksitet moderne kirurgi representerer. Med kompetanse og kunnskap, engasjement og omsorg kan vi bidra til å gi «liv til dagene» – også for dem som har få dager igjen av livet. På den måten kan vi være i livets tjeneste, selv om leveutsiktene er begrenset.

Litteratur

- Ripamonti C, De Conno F, Ventafridda V et al. Management of bowel obstruction in advanced and terminal cancer patients. *Ann Oncol* 1993; 4: 15–21.
- Moehler M, Teufel A, Galle PR. New chemotherapeutic strategies in colorectal cancer. *Recent Results Cancer Res* 2005; 165: 250–9.
- Krouse RS, Jonasson O, Milch RA et al. An evolving strategy for surgical care. *J Am Coll Surg* 2004; 198: 149–55.
- Engeland A, Haldorsen T, Tretli S et al. Prediction of cancer incidence in the Nordic countries up to the years 2000 and 2010. A collaborative study of the five Nordic Cancer Registries. *APMIS Suppl* 1993; 38: 1–124.
- Eypasch E, Williams JL, Wood-Dauphinee S et al. Gastrointestinal Quality of Life Index: development, validation and application of a new instrument. *Br J Surg* 1995; 82: 216–22.
- Easson AM, Lee KF, Brasel K et al. Clinical research for surgeons in palliative care: challenges and opportunities. *J Am Coll Surg* 2003; 196: 141–51.
- Surgical Palliative Care Task Force. www.facs.org/palliativecare (31.12.2006).
- Giersksky K-E, Grønbech JE, Hammelbo T et al. Bruk av palliativ kirurgi i behandling av kreftpasienter. SMM-rapport nr. 8/2003. Oslo: SINTEF Unimed, 2003.
- Hofmann B, Haheim LL, Soreide JA. Ethics of palliative surgery in patients with cancer. *Br J Surg* 2005; 92: 802–9.
- van Kleffens T, Van Baarsen B, Hoekman K et al. Clarifying the term «palliative» in clinical oncology. *Eur J Cancer Care* 2004; 13: 263–71.
- Borgsteede SD, Deliens L, Francke AL et al. Defining the patient population: one of the problems for palliative care research. *Palliat Med* 2006; 20: 63–8.
- Feuer DJ, Broadley KE, Shepherd JH et al. Surgery for the resolution of symptoms in malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2000: CD002764.
- Solomon MJ, Laxamana A, Devore L et al. Randomized controlled trials in surgery. *Surgery* 1994; 115: 707–12.
- Krouse RS, Easson AM, Angelos P. Ethical considerations and barriers to research in surgical palliative care. *J Am Coll Surg* 2003; 196: 469–74.
- Kaasa S, Haugen DF, Rosland JH. Palliativ medisin – forskning og undervisning i et nytt fagfelt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 333–6.
- Kørner H. Nye helseteknologier – fra utvikling til innføring. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 340–3.
- Pomianowska E, Wexels JC, Lundby IH et al. Senger for pasienter i palliativ fase på en kirurgisk post. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 337–8.
- Loge JH, Bjordal K, Paulsen Ø. Tilnærming til pasienter som trenger palliativ behandling. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 462–6.

Manuskriptet ble mottatt 12.3. 2007 og godkjent 22.5. 2007. Medisinsk redaktør Jan C. Frich.