

Økt bruk av bilateral mastektomi ved brystkreft

■ I USA velger flere og flere kvinner å få fjernet også det friske brystet ved påvist brystkreft. Dette viser en studie som nylig er publisert i *Journal of Clinical Oncology* (1).

Blant nesten 153 000 kvinner med unilaterale brystkreft steg andelen kvinner som fikk utført kontralateral profylaktisk mastektomi fra 1,8 % i 1998 til 4,5 % i 2003. Blant dem som fikk utført mastektomi av det syke brystet, steg andelen fra 4,2 % til 11,0 %. Andelen var assosiert med alder (lav), hudfarge (hvit), lobulær histologi og tidligere kreftdiagnose. Andelen var også assosiert med tumors størrelse, unntatt hos dem som fikk utført mastektomi av det syke brystet.

Forfatterne etterlyser prospektive studier for å få kartlagt årsaker og begrunnelser for å velge en slik radikal behandling ved brystkreft. Yngre kvinner kan ha mer aggressive svulster og har flere år foran seg med fare for at residiv kan dukke opp. Andelen kvinner med genmutasjoner som disponerer for brystkreft, er høyest blant hvite, og flere kvinner blir gentestet nå enn tidligere. Likeså kan det tenkes at forbedringer i kirurgisk teknikk har gjort mastektomi og brystrekonstruksjon mindre skremmende for mange pasienter.

En representant for American Society of Clinical Oncology understreker i et oppslag i *The New York Times* at profylaktisk kontralateral mastektomi ikke vil bedre prognosen for de aller fleste pasienter med brystkreft, og at alle pasienter må få tilstrekkelig informasjon for å foreta et godt behandlingsvalg (2).

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Tuttle TM, Habermann EB, Grund EH et al. Increasing use of contralateral prophylactic mastectomy for breast cancer patients: a trend toward more aggressive surgical treatment. *J Clin Oncol* 2007. E-publisert 22.10.2007. <http://jco.ascopubs.org/cgi/content/abstract/JCO.2007.12.3141v1> [23.10.2007].
2. Rabin RC. Study finds rise in choice of double mastectomies. *The New York Times* 23.10.2007.

Ikke bare nirvana

Hvordan står det til med den mentale folkehelsen i fjelllandet Nepal? Det foreligger nesten ingen forskning om emnet, som ikke er prioritert av de store hjelpeorganisasjonene. Det betyr ikke at mentale helseproblemer ikke finnes.

Nepal ligger i fjellskråningen opp mot verdens tak, Himalaya. Vi forbinder gjerne landet med Mount Everest og spennende klatreekspedisjoner i flott natur. Andre vil trekke frem et vennlig folkeferd, muligheter til å fordype seg i hinduismens og buddhismens mysterier, eller vil kanskje minnes hippielivet og fri marihuana. Faktum er at Nepal er et av de fattigste landene i Asia, og de bratte fjellene og dalene gjør utbygging av infrastruktur, inkludert helsevesenet, veldig vanskelig. De siste 11 årene har den væpnede konflikten mellom maoistiske opprørere og regjeringshæren forverret situasjonen ytterligere. Mange mennesker har mistet livet, og enda flere er blitt internt fordrevet.

Situasjonen for psykisk syke

Som i andre utviklingsland har det meste av helsearbeidet i Nepal til nå vært rettet inn mot infeksjose og fødselsrelaterte lidelser. Mange har vært av den oppfatningen at fattige ikke kan unne seg den luksus å tenke på sin mentale helse. Kunnskapen om psykiske lidelser har vært mangelfull. Likevel har flere nyere undersøkelser vist at også i utviklingsland strever mange mennesker med psykiske sykdommer, og selvmord forekommer hyppig. Det er estimert at i løpet av de neste 10–15 årene vil depresjon være blant de tre største årsakene til sykdom og tapte leveår (1).

Det er lite kunnskap blant folk i Nepal om psykoser og psykisk utviklingshemning.

Nepal har ingen «Lov om psykisk helsevern», og de offentlige helsemyndighetene har ingen psykiatriske legemidler på listen over de medisiner som skal finnes ved primærhelsecentre eller helseposter. Folk er ofte ikke klar over at slike alvorlige lidelser kan behandles med medisiner. Samtidig kan ubehandlet psykose medføre at personen blir satt i fengsel om oppførselen er upassende eller truende. Andre ganger kan familien forsøke å gjemme bort et familiemedlem med psykose, fordi de mener symptomene er tegn på dårlig karma. Mange går til en tradisjonell helbreder for å få råd, men dette kan i lengden bli dyrt.

Helsearbeid på landsbygda

Jeg jobbet i Nepal i perioden 2000–03 som såkalt «community medical officer» i organisasjonen United Mission to Nepal (UMN). Mine arbeidsoppgaver var å ha tilsyn med og drive opplæring av personell ved helseposter på landsbygda. Disse helsearbeiderne har 1–2 års opplæring i symptomatisk behandling av vanlige sykdommer, vaksiner og svangerskaps- og fødselsomsorg og er ryggraden i helsearbeidet utenfor byene. De fungerer både som allmennleger, jordmødre og barneleger og behandler også kompliserte sykdommer og fødsler, fordi det kan være flere dagsreiser til fots til nærmeste lege eller sykehus.

Gjennom mitt arbeid på helsepostene så jeg at også pasienter med mildere psykiske lidelser trengte omsorg. Mange kom til helsepostene med residiverende, udefinerbare og multiple somatiske symptomer. Det var høy korrelasjon mellom slike plager og symptomer på angst, depresjon og andre nevroser. En studie fra 1989 viste at ca. en firedel av pasientene som søkte helsehjelp på helseposter eller sykehusenes åpne legekontorer, strevde med problemer av psykisk art (2). Fortsatt oppfatter mange nepalesere mentale lidelser som noe helsevesenet ikke kan hjelpe dem med. Men de fysiske virkningene av depresjon og angst merker de og kommer til legen med. På sykehusene finner man også unge mennesker som har forsøkt å begå selvmord, spesielt med inntak av plantevernmidler. En studie fra 1998 viste at selvmord var den nest hyp-



pigste dødsårsaken blant kvinner i reproduktiv alder, hyppigere en tuberkulose, hepatitt og andre infeksjøs sykdommer, og bare overgått av faktorer relatert til svangerskap og fødsel (3).

Styrking av psykiatrisk helsetilbud

United Mission to Nepal startet for en del år siden et prosjekt for å opplyse om og behandle mental lidelse gjennom de lokale helsepostene. Helsearbeiderne i førstelinjetjenesten kurses i å gjenkjenne og behandle de vanligste psykiatriske sykdommene. Legemidler mot alvorlige psykiske lidelser som psykose, depresjon eller epilepsi (epilepsi sorterer under mental helse i Nepal) har til nå ikke vært en del av medisinalvalget myndighetene distribuerer til helsepostene. Gjennom prosjektet blir slike legemidler gjort tilgjengelig til en overkommelig pris. Det er også viktig å spre kunnskap og få aksept i befolkningen. Organisasjonen har derfor egne kurs og oppfølgingsmøter for grunnskolelærere og tradisjonelle helbredere, som ofte har lang erfaring, nyter stor tillit i befolkningen. Derfor er det så viktig å få i stand allianser med dem, slik at vi kan jobbe sammen mot felles mål. At vi ikke overkjører deres erfaringer, gir dem dessuten en bekreftelse av status.

I 1998 var United Mission to Nepal med på å starte videreutdanning i psykiatri ved universitetssykehuset i Katmandu, og i løpet av de siste seks årene er det utdannet 12 psykiatere i Nepal. Likevel finnes det totalt bare 34 psykiatere i hele landet, med en befolkning på 26 millioner. Amitriptylin gis ved depresjon, mens klorpromazin eller flufenazin er de antipsykotiske legemidlene som er gjort tilgjengelig på helsepostene; de er de rimeligste. Nyere medisiner som paroksetin, risperidon og olanzapin er til salgs i hovedstaden, men er langt dyrere. Det er få muligheter for å bruke stemningsstabiliserende legemidler, da det ikke finnes laboratorier for kontroll av serumnivå, verken av litium eller karbamazepin. Når man i tillegg vet at diaré er svært utbredt, og at folk flest drikker lite vann, blir risikoen for toksiske bivirkninger for stor.

Depresjon etter fødselen

Mens jeg jobbet i Nepal, gjorde vi en prevalensstudie av depresjon blant kvinner seks uker etter fødselen, og resultatene er nylig publisert (4, 5). Våren 2007 dro jeg derfor tilbake til Nepal for å presentere resultatene og for å få lokale synspunkter. Studien viste at ca. 5 % av mødrene slet med moderate til alvorlige depressive plager (4). Videre fant vi at kvinner som rapporterte for høyt alkoholkonsum hos sin mann, eller som levde i polygami, hadde høyere risiko for å bli deprimert (5). Også de som hadde opplevd stressende livshendelser siste året hadde økt risiko. Kvinner som tidligere hadde hatt depresjon, enten i svangerskapet eller tidli-



Spedbarnskontroll ved helsesøster Muga Gurung. Alle foto Signe Dørheim Ho-Yen

gere, hadde større risiko for å få det igjen, det samme hadde de med fire eller flere barn. Røyking var assosiert med økt risiko for depresjon, noe det til nå har vært knyttet lite oppmerksomhet til.

Polygami er egentlig forbudt i Nepal, men loven gir mange unntak, og nærmere 5 % av kvinnene lever i polygami. Noen kvinner går åpent inn i et polygamt forhold, andre blir overrasket når de oppdager at mannen er gift fra før. Vi fant at det var mer vold og alkoholisme i disse ekteskapene enn i de monogame. Det foreligger lite forskningsdata om de psykososiale konsekvensene av polygami, trolig fordi dette er et lite utbredt fenomen i industrialiserte land. Dette understreker igjen nødvendig-

heten av å drive forskning i utviklingsland slik at denne type sammenhenger kan dokumenteres.

Forekomsten av depresjon var lavere enn det gjennomsnittlige anslag på 10–15 % fra andre studier (6). Kunne det skyldes beskyttende faktorer i Nepal? Mange av kvinnene hadde fulgt tradisjonen og dratt hjem til sitt barndomshjem noen måneder etter fødselen. Det var en ikke-signifikant tendens til at disse kvinnene hadde lavere risiko for depresjon, dvs. at denne skikken kunne tenkes å beskytte mot depresjon. Også andre faktorer i den endelige statistiske modellen kunne tyde på at nettverksstøtte gjennom storfamilien var en beskyttende faktor. I Nepal har man mye mer sosial kon-



Chapagaun helsepost utenfor Katmandu



Svangerskapskontroll med Muga Gurung og studenter

takt enn i Norge, enten man vil det eller ikke, fordi man bor så tett sammen. Kan det tenkes at den manglende muligheten til å isolere seg sosialt kan forhindre utvikling av dypere depresjon? Det er jo god medisin å anbefale personer med depresjon aktivitet og råde dem til å treffe andre selv om de ikke føler seg på topp.

Mange jeg snakket med mente at depresjon var uvanlig i Nepal. Noen uttrykte det slik at nepalesiske kvinner ikke har tid til å bli deprimert. Dersom en kvinne skulle gi seg over til slike følelser, ville hun bli sett på som lat, noe som ikke tolereres. Det er imidlertid legitimt å være fysisk syk og søke lege for dette og få fritak fra huslige plikter. Kanskje kan dette være med-

virkende til en somatisering av mentale plager? I vår studie fant vi at kvinner med depresjon hadde mer gynekologiske plager etter fødselen sammenlignet med dem som ikke var deprimerte. Erfaringen til leger og psykiatere i Nepal var at de fleste pasienter som presenterte slike multiple somatiske plager, var åpne for legens forklaring om stress og depresjon som årsak til dette. Dersom legen spurte om følelser og symptomer på depresjon, ville de gjenkjenne dette og svare bekræftende.

Det er ikke noen god oversettelse for ordet depresjon i Nepal, og ord som «mental sykdom» assosieres gjerne med stigma forbundet med alvorlige psykoser. Derimot er ord som «stress» og «spen-

ninger» (tensions) lettere å forstå, og brukes ofte av helsepersonell for å forklare psykosomatiske plager og depressive plager som tretthet og søvnvansker.

Relevans for norsk virkelighet

Studiene gir utfyllende informasjon om risikofaktorer for depresjon etter fødselen både i Nepal og i Norge. For Nepal blir det en utfordring å ta fatt i tradisjoner som er skadelige for den mentale helsen (polygami), samtidig som det er ønskelig å bevare kulturelle faktorer i storfamilien som kan beskytte mot depresjon. Kanskje man også i Norge bør trekke storfamilien mer inn i barseltiden for å forebygge depresjon hos nybakte mødre? Forskning på tvers av landegrenser kan være nyttig for begge kulturer, både ved at en får mer kunnskap om hva som faktisk er gode tradisjoner og at man får se sitt eget lands kultur og praksis utenfra.

Signe Dørheim Ho-Yen

sdhy@sus.no
 Psykiatrisk klinikk
 Stavanger universitetssjukehus
 4068 Stavanger
 og
 Seksjon for allmenntilleggsmedisin
 Universitetet i Bergen

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006; 3: e442.
- Wright C, Nepal MK, Bruce-Jones WD. Mental health patients in primary health care services in Nepal. *Asia Pac J Public Health* 1989; 3: 224–30.
- Family Health Division, Department of Health Services 1998. Maternal mortality and morbidity study. HMG Nepal. *J Nep Med Assoc* 1999; 38: 109–13.
- Ho-Yen SD, Bondevik GT, Eberhard-Gran M et al. The prevalence of depressive symptoms in the postnatal period in Lalitpur district, Nepal. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 1186–9.
- Ho-Yen SD, Bondevik GT, Eberhard-Gran M et al. Factors associated with depressive symptoms among postnatal women in Nepal. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86: 291–7.
- Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K et al. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 243–9.

Manuskriptet ble mottatt 26.6. 2007 og godkjent 14.8. 2007. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.