

Kommentar

Trombosepasienter med kreft er ikke som andre trombosepasienter

Denne sykehistorien illustrerer ikke bare sammenhengen mellom kreft og trombose, men også at tromboemboliens dramatiske sykdomsbilde fullstendig kan overskygge den bakenforliggende kreftsykdommen. Også ved et mindre dramatisk sykdomsbilde vil dette ofte være tilfellet. Dette forhold, kombinert med at pasienter med trombose ofte skrives ut raskt, krever gode rutiner for å unngå at mer uklare symptomer og tegn på til grunnliggende alvorlig sykdom får passere uoppdaget.

For de fleste pasienter i en stabil klinisk situasjon og behov for antikoagulasjonsbehandling er warfarin å foretrekke. Legemidlet tas som tabletter, det er rimelig, og det krever INR-kontroll med ukers intervall.

Kreftpasienter med tromboembolisme er i en annen situasjon. De har høyere risiko enn trombosepasienter uten kreft for både ny trombose og for blødning (1). Det som preger kreftpasienter under tumorrettet behandling eller med uheldelig sykdom, er mangel på stabilitet – medikasjonen er varierende og uforutsigbar pga. tumorrettet behandling, komplikasjoner og behov for lindring av plagsomme symptomer. Næringsinntak og fysisk aktivitet vil ofte variere mye. Både sykdom og behandling kan ha effekter på leverens proteinsyntese. Alle disse forhold påvirker effekten av warfarin, slik at det blir vanskelig å holde INR-verdien innenfor ønsket intervall. Selv i en randomisert studie med INR-måling gjennomsnittlig 2,4 ganger per uke, var kun 41 % av målingene innenfor det ønskede intervallet på 2,0–3,0 (2). Hyppige INR-målinger og dosejusteringer også når pasienten er hjemme er dessuten belastende både for den syke og for helsetjenesten.

Lavmolekylært heparin i faste doser gitt i hele behandlingsforløpet gir kreftpasienter færre blødninger og færre nye tromboser enn behandling med warfarin (2–4). Selv om lavmolekylært heparin er kostbart og krever daglige subkutane injeksjoner, er det på ingen måte gitt at de samlede kostnader er høyere og kostnad-nytte-forholdet dårligere enn ved behandling med warfarin. Gitt at pasientene får en god begrunnelse og skikkelig opplæring er det ytterst sjelden noe problem å få dem som motorisk og intellektuelt kan sette subkutane injeksjoner til å gjennomføre behandlingen. Samlet er det derfor ingen grunn til å protestere mot forfatterens anbefaling av lavmolekylært heparin som standardmedikament ved venøs tromboembolisme hos kreftpasienter.

Et annet interessant og lite påaktet forhold er de klare indikasjoner på at lavmolekylært heparin virker livsforlengende for mange kreftpasienter (4, 5). Igjen kan høy pris være et aktuelt moment ved indikasjonsstilling. Imidlertid ser vi økende bruk, særlig internasjonalt, av langt dyrere kreftmedikamenter med veldokumentert, men tross alt begrenset effekt på levetiden. Når fastere indikasjonsgrenser for disse tallrike nye medikamentene etter hvert vil tvinge seg frem, må det være rimelig å gjennomføre en tilsvarende prosess for lavmolekylært heparin der man trekker inn effektene i forhold til trombose og medikamentets rolle i tumorrettet behandling.

Baard-Christian Schem
baard-christian.schem@helse-bergen.no
Kreftavdelingen
Haukeland Universitetssjukehus

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Prandoni P, Lensing AW, Piccioli A et al. Recurrent venous thromboembolism and bleeding complications during anticoagulant treatment in patients with cancer and venous thrombosis. *Blood* 2002; 100: 3484–8. <http://bloodjournal.hematologylibrary.org/cgi/content/full/100/10/3484> (1.12.2007).
2. Meyer G, Marjanovic Z, Valcke J et al. Comparison of low-molecular-weight heparin and warfarin for the secondary prevention of venous thromboembolism in patients with cancer: a randomized controlled study. *Arch Intern Med* 2002; 162: 1729–35. <http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/162/15/1729> (1.12.2007).
3. Ferretti G, Bria E, Giannarelli D et al. Is recurrent venous thromboembolism after therapy reduced by low-molecular-weight heparin compared with oral anticoagulants? *Chest* 2006; 130: 1808–16. www.chestjournal.org/cgi/content/full/130/6/1808 (1.12.2007).
4. Kuderer N, Khorana A, Lyman G et al. A meta-analysis and systematic review of the efficacy and safety of anticoagulants as cancer treatment: impact on survival and bleeding complications. *Cancer* 2007; 110: 1149–61. <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/114293259/HTMLSTART> (1.12.2007).
5. Akl EA, van Doornaal FF, Barba M et al. Parenteral anticoagulation for prolonging survival in patients with cancer who have no other indication for anticoagulation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (3): CD006652. <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD006652/frame.html> (1.12.2007).

Manuskriptet ble mottatt 12.11. 2007 og godkjent 2.12. 2007. Medisinsk redaktør Erlend Hem.