



Kreftbeskjed gir økt selvmordsrisiko

De som har fått en kreftdiagnose, har økt risiko for selvmord og for død av hjerte- og karsykdom, ifølge en studie fra Sverige.



Illustrasjonsfoto Istockphoto

Studien omfattet over seks millioner svensker som ble fulgt i perioden 1991–2006 (1). Av disse ble 534 000 rammet av kreft.

Selvmord blant kreftpasienter er sjeldent, men sammenliknet med mennesker uten kreftdiagnose var den relative risikoen 12,6 (95 % KI 8,6–17,8) den første uken etter kreftdiagnosen. Tilsvarende tall var 3,1 for det første året etter diagnosen. Den relative risikoen for å dø av hjerte- og karsykdom var henholdsvis 5,6 for den første uken og 3,3 for de første fire ukene etter diagnosen. Risikoen falt raskt i løpet av det første året. Risikoen var særlig økt når det gjaldt krefttyper med dårlig prognose.

Risikøkningen var størst rett etter at pasienten hadde fått diagnosen og sank med tiden. Forskerne tror derfor at sammenhengen ikke kan forklares med kreftbehandlingen eller et plagsomt sykdomsforløp. Resultatene tyder på at psykisk stress i forbindelse med en kreftdiagnose kan gi umiddelbar og alvorlig fysisk og psykisk helse- risiko. Dette kan være et gunstig tidspunkt

for intervensjon for å redusere risikoen for stressrelatert sykdom og død.

Også norske data bekrefter at selvmord blant kreftpasienter er sjeldent. Av en halv million personer med kreft i Norge var det i perioden 1960–99 registrert 589 selvmord (2). Vi viste at utviklingen har gått riktig vei i denne 40-årsperioden. Overhyppigheten av selvmord blant kreftpasienter var mindre i 1990-årene enn den var i 1960-årene.

Erlend Hem

erlend.hem@medisin.uio.no
 Tidsskriftet

Litteratur

1. Fang F, Fall K, Mittleman MA et al. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med* 2012; 366: 1310–8.
2. Hem E, Loge JH, Haldorsen T et al. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol* 2004; 22: 4209–16.

Lav forekomst av arteriell trombose ved p-pillebruk

Det er en liten økning i risiko for arteriell trombose forbundet med p-piller. Det viser registerbasert forskning fra Danmark.

Helt fra p-pillen kom på markedet i 1960-årene har sammenhengen mellom venøs og arteriell trombose og bruk av p-piller vært kjent. Arteriell trombose er i større grad enn venøs trombose blitt knyttet til østrogendose. Mens nyere forskning viser en forskjell i gestagens evne til å fremkalle venøs trombose, er dette lite utforsket når det gjelder arteriell trombose.

En kobling av flere danske helseregistre med data fra perioden 1995–2009 identifiserte mer enn 1 000 hjerneslagpasienter og nær 500 hjerteinfarktpasienter som brukte p-piller på diagnosetidspunktet (insidens 21,4 og 10,1 per 100 000 personår) (1). Tilsvarende tall i kontrollgruppen av ikke-brukere av hormonell konsepsjon var 2 200 slagpasienter og 1 200 hjerteinfarktpasienter (insidens 24,2 og 13,2 per personår).

Studien viser at risikoen for slag og hjerteinfarkt er 1,5–2 ganger høyere hos p-pillebrukere enn hos ikke-brukere. Risikoestimaterne er de samme for både hjerneslag og hjerteinfarkt, med små forskjeller mellom gestagentyper, men høyere med høydose østrogenpiller (50 µg) enn med lavdosepiller

(30–40/20 µg). Diabetes, høyt blodtrykk og røyking var uavhengige risikofaktorer for både hjerneslag og hjerteinfarkt i denne kohorten av unge kvinner.

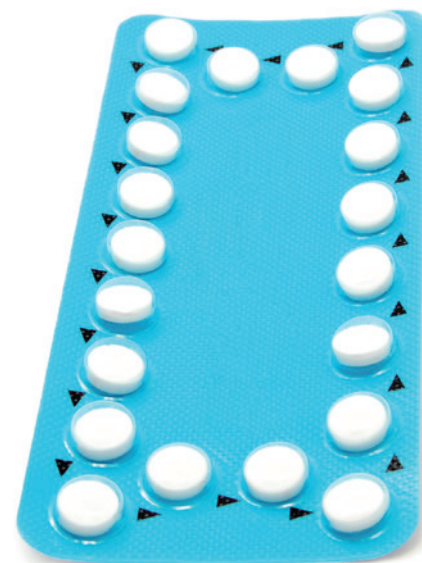
Venøs trombose er langt hyppigere enn arteriell trombose blant kvinner i reproduktiv alder. Selv om komplikasjonene til slag er langt mer alvorlige enn komplikasjonene til venøs trombose, er det den totale vurderingen av helse- og nytte knyttet til hormonell prevensjon som er avgjørende. Det er ikke påvist noen klinisk relevant forskjell mellom moderatdoserte/lavdose østrogenholdige p-piller med ulike gestagener, derfor er det betryggende for både kvinner, offentligheten og leger at risikoen for hjerneslag og hjerteinfarkt er lav ved bruk av hormonell prevensjon.

Finn Egil Skjeldestad

eskjelde@online.no
 Universitetet i Tromsø

Litteratur

1. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A et al. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *N Engl J Med* 2012; 366: 2257–66.



Illustrasjonsfoto Istockphoto