

Pasienter med og uten kreft

Hvem søker lege for kreftens syv faresignaler?

Almenpraktiker- og sykehusjournaler til 65 kreftpasienter og 65 kjønns- og aldersmessig like kontrollpasienter ble gjennomgått for å registrere forekomst av kreftens syv faresignaler. For kreftpasientene ble kun faresignaler som opptrådte før diagnose, registrert, og disse ble klassifisert som «tidlig» eller «sent» opptrædende etter nærmere definisjoner.

Hos 66 % av kreftpasientene forekom «tidlige» faresignaler. Forekomsten hos kontrollpasientene var 37 %. Forskjellen er signifikant ($P = 0,001$).

Alle kontrollpasientene og 16 av kreftpasientene var med i en større pasientgruppe hvor almenpraktikere registrerte faresignalforekomst (1). Kreftpasientene var blitt meldt til Krefregisteret i samme halvår som denne registreringen foregikk. Fire (25 %) av de 16 kreftpasientene og seks (9 %) av de 65 kontrollpasientene var i denne undersøkelsen, altså før noen kreftdiagnose var stilt, blitt registrert med faresignal. Denne forskjellen er ikke statistisk signifikant ($P = 0,086$), men tallene er små.

I tiden 1/10 1981–31/3 1982 ble 65 personer meldt til Krefregisteret fra Tromsø kommune. Jeg ønsket å sammenholde forekomst av kreftens syv faresignaler hos kreftpasientene med forekomst i et materiale av kontrollpasienter. Hos kreftpasientene ville jeg videre se hvilke faresignaler som opptrådte i tidlig fase av kreftsykdommen. Tidlig opptræden var på forhånd definert som: «symptom som har opptrådt tidlig nok til at man kan håpe på helbredelse eller relativt langvarig remisjon. Symptomet må kunne antas å skyldes primærtumor eller metastase som godt kan være solitær». Alle ikke-tidlige symptomer ble betraktet som sent opptrædende.

Faresignalenes sensitivitet bestemmes ut fra andelen kreftpasienter som opplever faresignal i tidlig fase. Helst skulle pasientenes egen opplevelse av om de hadde opplevd faresignal legges til grunn. Legers bokstavelige tolkning av faresignalene er for snever til å dekke folks opplevelse av dette (1). I mangel av intervjudata kan en grundig journalgjennomgang antas å gi minimumstall for forekomst av symptomer forenlig med faresignaler.

I tillegg planla jeg å bruke almen-

Knut Arne Holtedahl
Kvaløysletta helse- og sosialsenter
9100 Kvaløysletta

praktikerregistreringer (2) til en prospektiv undersøkelse. I denne omgang har jeg sett på hvilke faresignaler som ble registrert av almenpraktikere hos pasienter i det aktuelle materialet. Det er meningen senere å utvide denne delen av undersøkelsen til å omfatte alle pasienter fra almenpraktikerregistreringen som innen 31/3 1983 (ett år etter almenpraktikerregistreringens avslutning) blir registrert i Krefregisteret, samt disses kontrollpasienter.

Materiale og metode

65 kontrollpasienter ble tilfeldig plukket ut blant vel 11 000 konsultasjonsregistreringer av kreftfaresignaler foretatt av almenpraktikere (2) i samme tidsrom som kreftpasientene ble registrert av Krefregisteret. Som kontroll ble valgt den av samme kjønn som hadde fødselsdato nærmest pasienten. 51 kontrollpasienter var født i samme måned som den tilsvarende kreftpasient. For den eldste pasienten fantes en kontrollpasient som var 16 måneder eldre. Alle de øvrige hadde kontrollpasienter som var færre enn tre måneder yngre eller eldre enn dem selv. Diagnostisert eller sannsynlig kreftsykdom var eksklusjonsgrunn i kontrollgruppen. Ny kontrollpasient måtte finnes to ganger av denne grunn.

For alle kontrollpasientene fantes almenpraktikerjournaler med data i hvert fall fra registreringsperioden. 24 kontrollpasienter hadde sykehusjournaler med data fra opphold senere enn 1/4 1981, altså et halvt år før registreringsperioden startet. Tidligere data ble ikke registrert for noen av pasientene i materialet.

For 33 av kreftpasientene fantes almenpraktikerjournaler. Sykehusjournaler fantes for alle kreftpasientene, unntatt fire med basalcellekarsinom fjernet poliklinisk, to eldre pasienter med obduksjonsdiagnostisert cancer thyreoidea som begge døde plutselig av kardiale grunner, og én kvinne som døde i sykehjem av cancer abdominis.

Symptomer som passet med faresignalene, ble registrert ved journalgjennomgang. For kreftpasientene ble kun

symptomer som kunne tenkes å ha forbindelse med den aktuelle kreftsykdommen, registrert, og kun der hvor symptomet opptrådte før diagnosen ble stilt. Tidlig eller sen opptræden ble bestemt ut fra definisjonen. Det ble ikke tatt hensyn til når i sykdomsforløpet pasienten søkte lege.

En SDS datamaskin ble brukt til å gjenfinne de av kreftpasientene som var med blant de 11 000 konsultasjonsregistreringene. Almenpraktikernes registrering av faresignaler fra tiden før diagnose ble notert. Også for de 65 kontrollpasientene ble almenpraktikernes registreringer notert.

Chi kvadrat test er benyttet.

Resultater

Journalbasert registrering

Tabell 1 viser journalbasert registrering av faresignalforekomst i de to gruppene. Tidlige faresignal opptrådte hos 65 % av de kvinnelige og 68 % av de mannlige kreftpasientene. Symptomer svarende til faresignalsymptomene forekom hos 41 % av kvinnene og 32 % av mennene i kontrollgruppen. Forskjellen mellom kreftpasienter og kontrollpasienter er statistisk signifikant ($P = 0,001$). Tendensen er klarere for menn ($P = 0,008$) enn for kvinner ($P = 0,036$).

Tabell 2 viser fordelingen av de enkelte faresignalene. Av de 15 tidlige kreftkulene var fire lokalisert til mamma, én i thyreoidea og én i leppe. De øvrige var hudcancer, herav syv basalcellekarsinomer. Vekttap synes å forsvare sin plass som et tidlig faresignal, særlig ved kreft i fordøyelsesorganene.

Almenpraktikerregistreringene

Almenpraktikernes registreringer ble gjenfunnet for 16 av de 65 kreftpasientene. Forskjellen mellom kreftpasienter og kontrollpasienter (tab 3) er her ikke signifikant ($P = 0,086$), men tallene er små.

Faresignalene registrert hos kreftpasientene var (stikkord, se (2)): kul + hes/hoste hos kvinne, 48 år, med oat-cell karsinom i lunge samt lymfeknutemetastaser; kul hos kvinne, 58 år, med ovarialcancer og metastase i lysken; fordøyelse hos mann, 58 år, med ventrikelcancer; og føflekk hos mann, 64 år, med basalcellekarsinom. Den eneste som kan antas kanskje å ha hatt

Tabell 1 Forekomst av faresignaler hos 65 kreftpasienter og hos 65 kontrollpasienter uten kjent kreftsykdom, men med samme kjønn og alder. Forfatterens registreringer basert på journalgjennomgang

| | 37 kvinner | 28 menn | 65 kvinner + menn |
|----------------|---|---|---|
| Pasientgruppe | 39 faresignaler hos 33 kvinner Herav 29 tidlige faresignaler hos 24 kvinner (65 %) | 24 faresignaler hos 20 menn Herav 20 tidlige faresignaler hos 19 menn (68 %) | 63 faresignaler hos 53 kvinner og menn Herav 49 tidlige faresignaler hos 43 kvinner og menn (66 %) |
| Kontrollgruppe | 18 faresignaler hos 15 kvinner (41 %) | 11 faresignaler hos 9 menn (32 %) | 29 faresignaler hos 24 kvinner og menn (37 %) |

Tabell 2 Fordeling av 49 tidlige faresignaler hos 43 kreftpasienter sammenlignet med 29 faresignaler hos 24 kontrollpasienter

| | Antall faresignaler | | | | | |
|------------|---------------------|------|----------------|-------------------|------|----------------|
| | Kreftpasienter | | | Kontrollpasienter | | |
| | Kvinner | Menn | Kvinner + menn | Kvinner | Menn | Kvinner + menn |
| Sår | 2 | 3 | 5 | - | - | - |
| Kul | 12 | 3 | 15 | 1 | 3 | 4 |
| Blødning | 7 | 5 | 12 | 5 | 1 | 6 |
| Føflekk | - | - | - | - | 1 | 1 |
| Fordøyelse | 4 | 5 | 9 | 9 | 5 | 14 |
| Hes/hoste | 2 | - | 2 | 1 | - | 1 |
| Vekttap | 2 | 4 | 6 | 2 | 1 | 3 |
| Sum | 29 | 20 | 49 | 18 | 11 | 29 |

Tabell 3 Almenpraktiker - registrerte kreftfaresignalsymptomer hos 16 kreftpasienter og 65 kontrollpasienter. Prospektiv undersøkelse, Tromsø 1981-1982

| | Antall pasienter | | |
|-------------------|---------------------------------|----------------------------|-----|
| | Faresignal registrert (prosent) | Faresignal ikke registrert | Sum |
| Kreftpasienter | 4 (25) | 12 | 16 |
| Kontrollpasienter | 6 (9) | 59 | 65 |

vesentlig nytte av sitt faresignal, er mannen med ventrikkcancer. Fordøyelse var registrert også fra hans journaler, og da som tidlig symptom. De to kvinnene hadde begge ved journalgjennomgangen fått kul registrert som sent symptom. Basalcellekarsinomet metastaserer som kjent praktisk talt aldri.

De seks kontrollpasientene (tab 3) fikk registrert: kul (to pasienter), sår, fordøyelse, hes/hoste + vekttap, blødning + fordøyelse.

Faresignalforekomst i tabellene 1 og 3 er ikke sammenlignbare. Almenpraktikerregistreringen gjaldt symptomer presentert ved den aktuelle konsultasjon. Ved journalregistreringen brukte jeg opplysninger fra inntil et halvt år før registreringen startet.

Diskusjon

Det kan tenkes at kreftpasientene er grundigere eksaminert med tanke på eventuelle faresignaler enn pasientene i kontrollgruppen. Flere av kreftpasientene enn kontrollpasientene hadde minst to journaler. Sykehusjournaler er i alminnelighet mer fullstendige enn almenpraktikerjournaler. Disse forholdene trekker i retning av at særlig kontrollgruppen kan ha en viss underregistrering av faresignal. De to gruppene kan derfor ikke sies å være helt sammenlignbare. Det vil alltid hefte usikkerhet ved undersøkelser basert på journalgjennomgang. Da jeg gjennomgikk almenpraktikerjournalene, prøvde jeg å vurdere fullstendigheten av opplysningene ved å sammenholde med hva jeg selv og nære kolleger note-

rer og ikke noterer. Ut fra en slik skjønnsmessig vurdering tror jeg ikke en eventuell underregistrering er stor selv i kontrollgruppen. Er det likevel en skjevhet her, vil de skuffende små forskjellene i tabell 1 bli enda mindre. Med tallene fra tabell 1 fant vi riktignok signifikant større faresignalforekomst hos kreftpasienter i tidlig stadium enn hos pasienter uten kreft, men dette er vel bare minimumkravet til bruk av faresignaler i opplysningsarbeid.

I den prospektive registreringen må vi vente på at flere pasienter kommer med i denne delen av undersøkelsen for å si noe om nytten av kreftfaresignaler hos den enkelte pasient. Det vil alltid gå en viss tid fra kreft mistenkes til Kreftregisteret mottar registrerings-skjema. At såpass få av kreftpasientene var registrert i almenpraktikermaterialet, forklares dels av at registreringsperioden for de 65 kreftpasientene falt sammen med konsultasjonshalvåret hvor almenpraktikerne registrerte, dels av at ikke alle konsultasjoner hos almenpraktikere i perioden var registrert, og til sist av at enkelte kreftpasienter aldri kommer innom almenpraktiker.

At 9 % av kontrollpasientene fikk registrert faresignaler sammenlignet med 5,4 % i den generelle pasientregistreringen (2), forklares ved at kreftpasientene gjennomgående er eldre enn det generelle pasientklientelet.

Faresignaler ved ikke-maligne tilstander forekommer hyppigere hos kvinner enn hos menn. Dette bekrefter tidligere funn (1, 2) og kan nok en gang forklares med at flere spesifikt kvinnelige enn spesifikt mannlige sykdommer gir symptomer som passer med kreftfaresignaler.

Andre forfattere både vil og ikke vil når de skal ta stilling til om helseopplysning bør oppfordre til konsultasjon på bakgrunn av enkeltsymptomer: «å oppmuntre eller ikke oppmuntre til konsultasjon vil sannsynligvis gjøre det hele verre, unntatt når det er lett gjen-

kjennelige symptomer på alvorlig sykdom som i seg selv ikke er særlig alarmerende, slik som tidligere ukjente knuter eller klumper» (3) (min oversettelse).

Konklusjonen fra undersøkelsen må bli like tvetydig som utsagnet foran: Publisering av kreftfaresignaler er en lite tilfredstillende måte å informere publikum på, men likevel er det i dag den beste måten vi har for å få mennesker som har kreft, til å søke lege tidligst mulig i sykdomsforsløpet. Om infor-

masjonen kan legges noe om, med mer vekt på enkelte faresignaler for bestemte målgrupper, er en annen sak. Vi bør vel også tenke over om dagens liste kan forbedres.

Forfatterens nåværende arbeidssted:
c/o Mission Norvégienne
B. P. 6
Ngaundéré
Cameroun
Vest-Afrika

Litteratur

1. Høltedahl KA. Kreftdiagnostikk i almenpraksis. IV. Intervjuregistrering av kreftfaresignaler. Pasienter i almenpraksis og i befolkningen. Tidsskr Nor Lægeforen 1984;104:800-3.
2. Høltedahl KA. Kreftdiagnostikk i almenpraksis III. Almenpraktikerens registrering av kreftfaresignaler hos pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104:799-800.
3. Ingham JG, Miller PMcC. Consulting with mild symptoms in general practice. Soc Psychiatry 1982;17: 77-88.

Kreftdiagnostikk i almenpraksis VI

Innholdet i kreftfaresignalene

Er «varige smerter» aktuelt som faresignal?

Antallet og innholdet i kreftfaresignalene er blitt endret flere ganger siden de ble introdusert i USA under første verdenskrig. Faresignalene er forsøkt utformet slik at de hjelper mennesker med kreft til raskest mulig å søke lege, uten å skape unødig angst i befolkningen og øke «trivialitets»-belastningen i helsevesenet.

Her diskuteres denne målsetningen, og jeg undersøker nærmere et tidligere forslag (6) om å ta «smerter som ikke flytter seg eller går over» med som et åttende faresignal. Forslaget frafaller fordi symptomet i enda høyere grad enn de syv faresignalene viser seg å være uspesifikt som kreftsymptom, og fordi sensitiviteten av dette faresignalforslaget hos kreftsyke i tidlig stadium heller ikke er spesielt høyt.

I (1) og (2) diskuterte jeg berettigelsen av å bruke kreftfaresignaler i helseopplysning, og ga et betinget ja som svar. I neste omgang er det viktig å se nærmere på innholdet i kreftfaresignalene. Opplysningsvirksomheten omkring kreftfaresignalene bør ha en klar målsetning i forhold til publikum: Å få de menneskene som har kreft, til å gå raskest mulig til lege når symptomer melder seg, uten å skape unødig angst i befolkningen og øke «trivialitets»-belastningen i helsevesenet.

I dag er dette siste problemet kanskje ikke fullt så stort som mange tenker seg. Hannay (3) fant at omfanget av «sykdomsisfjellet», definert som personer som ikke søkte lege for symptomer de selv mente var alvorlige eller betydelige, var over dobbelt så stort som «trivialitetsgruppen», folk som anga å ha gått til lege med symptomer de selv

Knut Arne Høltedahl
Kvaløysletta helse- og sosialsenter
9100 Kvaløysletta

trodde var bagatellmessige. Utfordringen for helseopplysningen må derfor være å oppmuntre personer i sykdomsisfjellet til å søke lege, samtidig som man ikke oppmuntrer til øket unødig legesøkning. Det kan være interessant å merke seg at Hannay ved å gi hver enkelt av sine pasienter poeng etter en «nevrotikerscore», fant at høy nevrotikerscore var en viktig prediktor for tilhørighet i isfjellgruppen, men ikke i trivialitetsgruppen.

Dagens syv kreftfaresignaler (tab 1) må tilpasses målsetningen og er ikke hellige kuer. Ideen om faresignaler oppsto i USA under første verdenskrig, som ledd i en politikk for å unngå unødvendige utgifter til helsevesen. Utviklingen av faresignalene i USA siden da, er vist i tabell 2. Rekkefølgen i den siste amerikanske versjonen skyldes ønske om at forbokstavene skal danne

ordet CAUTION – sikkert ikke noe dumt utgangspunkt for å få folk til å tenke etter om et symptom som oppstår, har noe med kreftfaresignaler å gjøre. Kjennskapet til kreftfaresignalene i USA er undersøkt i 1966 (4) og igjen i 1978 (5) gjennom intervjuundersøkelser. Med en del variasjoner for de enkelte faresignaler kunne omtrent to tredjedeler av de intervjuede gjenkjenne faresignalsymptomer fra en liste, mens ca. en femtedel utpekte feilaktige faresignaler. Kjennskapet til faresignalene var best hos kvinner, yngre og høyt utdannede.

Faresignalene publiseres nå i svært mange land. De forelå allerede i 1929 på 22 forskjellige sprog. Vi ser at Landsforeningen mot Krefts liste (tab 1) adskiller seg fra dagens amerikanske i formuleringene, men særlig ved å ha med et punkt om vekttap og ved å presisere at kreftknuter/-klumper kan være smertefrie. Den andre norske foreningen som arbeider for kreftsaken, Norsk Forening til Kreftens Bekjempelse, publiserer en liste som er en mer direkte oversettelse av den ameri-

Tabell 1 Kreftsykdommens vanligste faresignaler ifølge Landsforeningen mot Kreft

| | Stikkord |
|---|------------|
| Ethvert sår som ikke vil gro | Sår |
| Knuter eller klumper hvor som helst i legemet, spesielt i brystene, og selv om de er smertefrie | Kul |
| Unormale blødninger fra naturlige legemsåpninger | Blødning |
| Forandringer i farge eller størrelse på vorter og føflekker | Føflekk |
| Dårlig fordøyelse eller uregelmessigheter med avføringen, hvis det ikke går fort over | Fordøyelse |
| Heshet eller hoste uten tydelig årsak | Hes/hoste |
| Vekttap uten tydelig årsak | Vekttap |