

Upplevelser av cancer i **PRIMÄRVÅRDEN**

Efter att ha arbetat som kirurg i 43 år och då haft ett särskilt intresse för HPB-cancer är jag nu sedan tre år tillbaka huvudsakligen arbetande inom primärvården. Det är ett tämligen annorlunda arbete eftersom man som kirurg är mycket mera inriktad på att behandla en definierad sjukdom, medan man som läkare i primärvården har patienter som vanligen har flera symtom, flera diagnoser och flera läkemedel. Det finns visserligen en del unga och medelålders patienter, men tonvikten ligger tydligt på de äldsta patienterna och på patienter där det inte bara är symptom och diagnoser som är viktiga utan också deras funktion i samhället.

Helt klart är att utan primärvården skulle specialistsjukvården inte kunna fungera, men samtidigt som man utanför sjukhuset har ett distinkt utrednings- och behandlingsuppdrag har man också en grindvaktsfunktion gentemot specialisterna. Detta låter kanske inte så prestigefullt, men personligen är jag full av beundran för vilka svåra urval av patienter primärvårdsläkarna gör. Bland alla de med mer eller mindre diffusa symptom ska man kunna välja ut vilka som ska skickas till akutmottagningen under misstanke om appendicit, vilka som ska skickas till hjärtspecialisten och vilka som ska utredas för misstanke om malign sjukdom.

Efter tre års arbete inom primärvården med ett oselektat klientel av patienter tillåter jag mig att diskutera lite om vad som hänt inom cancerdiagnostik- och canceruppföljning inom min del av primärvården.

FÖLJS UPP PÅ ANNAT SÄTT

För det första är jag förvånad över hur få patienter med nyligen behandlade cancersjukdomar jag träffat på inom primärvården. Kanske beror det på att kirurger och onkologer följer upp sina patienter väl själva, kanske beror det på att jag inte sysslat med hemsjukvård och att det finns hospice i det område där jag arbetar.

Av något större intresse är att jag då på 36 månader diagnostiserat 25 fall av behandlingskrävande tumörer; det vill säga en ny tidigare odiagnostiserad cancer var sjätte vecka (se tabell) – detta kan ställas mot cirka 20 patienter per dag i 220 dagar per år i 3 år, det vill säga att 1,9 promille av patienterna haft tidigare inte känd malign sjukdom (en patient av 500). Några av cancerfallen kan klassificeras som diagnostiska framgångar medan andra var standardiserat (enkelt) handlagda och åter andra (retrospektivt) kunde ha utretts bättre.

Som exempel på detta kan tas de två fallen av pankreas-cancer. Den ena patienten kom med ikterus och viss vikt-nedgång och diagnosen fastställdes genom en CT inom några dagar och en Whipple-operation utfördes inom tre veckor. Den andra patienten hade under årtal tagit PPI och sökte nu eftersom hon inte tyckte att den verkade tillräckligt bra. Det ledde till åtskilliga mottagningsbesök, medicinänd-



TABELL ÖVER CANCRAR SOM UPPTÄCKTS AV EN CANCERINTRESSERAD PRIMÄRVÄRDSLÄKARE UNDER EN 36-MÅNADERS PERIOD

Ventrikelcancer	1	Trötthet på grund av grav anemi
Coloncancer	3	Två på grund av anemi, en med knöl i buken
Rektalcancer	1	Årskontroll: orkade inte spela golf i uppförsbackar
Analcancer	1	Sökte för hemorrojder
Pankreascancer	2	Ikterus respektive gradvis tilltagande buksmärta
Gallblåsecancer	2	Buksmärta med respektive utan påverkad lever
Lungcancer	1	Lungröntgen vid terapieresistent hosta
Hjärntumör	1	CT vid gradvis tilltagande huvudvärk
Bröstcancer	3	En sökte för knöl i bröstet, två vid rutinpalpation
Prostatacancer	3	Förhöjda PSA vid rutinkontroll
Urinblåsecancer	1	Makroskopisk hematur, avliden efter 7 månader
Avancerad basalcellscancer	1	Igenväxt hörselgång med hörselnedsättning
Skivepitalcancer	2	Sökte för hudförändringar
Malignt melanom	3	Sökte för hudförändringar eller visade vid årskontroll

ringar och blodprov som visade normala värden. Först efter ett halvt års resultatlösa åtgärder och några kilos viktning gjordes CT som visade en stor pankreascancer i corpus samt levermetastaser. Hon avled inom några månader.

DIAGNOSTISKA FRAMGÅNGAR

Diagnostiken av rektalcancern rymmer mer positivt. Det var en 85-årig man som vid årskontroll för lätt hypertoni meddelade att han inte längre orkade spela golf mer än på banor som var helt platta. Hans hemoglobinvärde var katastrofalt lågt och rektoskopi visade en cancer som inte nåddes med fingret. Efter två år är han i utmärkt allmäntillstånd och spelar golf också på kuperade banor – och hävdar att han till och med sänkt sitt handikapp något.

Patienten som fick diagnostiserat en botbar analcancer var också en diagnostisk framgång. Hon sökte för något helt annat, men bad när konsultationen just var färdig och hon skulle gå om ett recept på hemorrojdstolpiller som hon fått tidigare. Jag insisterade på att få undersöka hemorrojderna, vilket hon ytterst motvilligt gick med på. Det räckte med inspektion och palpation för att fastställa att det förelåg en cirka fem centimeter stor analcancer. Utan min respekt för kolorektalkirurgernas varning för att förväxla rektal- och

analcancer med hemorrojder hade säker cancerdiagnostiken i detta fall dröjt betydligt längre.

Gallblåsecancererna diagnostiserades båda i obotbart stadium vilket till stor del kan tillskrivas "patient's delay." De levde båda förvånansvärt länge, men livskvaliteten var nedsatt på grund av den ständigt pågående cytostatikabehandlingen.

Det mest spektakulära fallet är patienten som behandlades för avancerad basalcancers. Det rör sig om en 83-årig, lång person som ser ut som en karikatyr av en polis i en hundra år gammal film. Han är trots ett tidigare "enkelt" arbete högtintellektuell och ordnar poesiافتنار där han också läser upp egna dikter. Han sökte för dålig hörsel på ena örat och distriktssköterskan kunde inte få in otoskopet i hörselgången. Efter vaxborttagning gick det att nå en bit in, men uppenbarligen var hela hörselgången tilltryckt från alla sidor. Vid journalgenomgång visade det sig att han opererats för ett basaliom i hörselnäcken några år tidigare, men att operationen inte var radikal. Efter biopsi verifierades recidivet och han blev sedermera opererad på universitetssjukhuset. Efter ytterörat opererades bort tillsammans med hörselgången så att det nu finns en krater in till trumhinnan där örat suttit. Trots stora benresektioner är resektionen inte radikal. Jag beundrar hans stoiska inställning och hans glädje över poesin som visar att det finns mänskliga aktiviteter som kan höja oss över det kroppsliga.

OMVÄRDERAT ÅRSKONTROLLER

På vårdcentraler har man vanligen "årskontroller" för patienter med regelbunden medicinering, vilket i princip gäller alla äldre människor. Kontrollerna innebär sällan någon större medicinsk utmaning – men de 20 minuterna är ofta för patienten en stor händelse – dock visar det sig i efterhand att 8 av de 25 cancererna har blivit diagnostiserade denna väg. Kanske är årskontrollerna en möjlighet för patienten att ta upp "oroande småsymptom" med doktorn och kanske kan doktors standardiserade undersökande också vara av värde. Jag har omvärderat årskontrollernas betydelse, även om det "bara" blev 8 uppfångade cancer på cirka 1 200 årskontroller – men det är kanske vad man kan förvänta sig?

Rent statistiskt kommer en allmänläkare att träffa på 1–2 tidigare odiagnostiserade pankreas-cancer under en 40-årig karriär. Jag har redan träffat på två sådana patienter, vilket kan vara en slump eller beroende på min tidigare arbetserfarenhet. Ikteruspatienten ska ju alltid utredas och diagnostiken är då vanligen lätt, medan magbesvärspatienten tillhör en svårare grupp. På primärvårdsmottagningen ser man vanligen 1–3 magbesvärspatienter per dag, och även om de flesta inte har någon diagnostiserbar sjukdom (eller någon "sjukdom" alls utan endast är oroliga) återstår många hundra med symptom som potentiellt kunde härröra från en malign sjukdom i bukens övre del. Alla kan inte undersökas med datortomografi och laborietester har begränsat värde. Då återstår *bedside medicine* vilken antagligen praktiseras mer av de äldre läkarna än av de yngre (mindre erfarna och med mindre självförtroende). Kanske skulle man här kunna förstärka undervisningen respektive ge enk-

la instruktionsalgoritmer för vilka tecken och undersökningsfynd som är differentialdiagnostiska.

Har jag då gjort någon nytta inom cancerdiagnostiken, det vill säga har mina insatser gjort att cancer diagnostiserats tidigare – i botbart skede – genom just mina insatser? De obotbara cancererna kan man i den diskussionen lämna därhän eftersom de ju i princip alltid ger sig till känna förr eller senare och patienterna vinner knappast på diagnostik förrän palliation behövs (man kan definitionsmässigt bara palliera den patient som har symptom!). Frågan kan därför reduceras till om mina insatser lett till väsentlig tidigdiagnostik för de botbara cancererna? Min egen bedömning är att av buktumörerna har jag tillfört något avseende de sex ventrikel- och tarmcancererna, men inget avseende pankreas- och gallblåsecancererna. Avseende bröst-, prostata- och hudcancererna tror jag också att min diagnostik har tidigrelagt behandlingsstart i flertalet fall. Nästa fråga är då om min speciella bakgrund som tidigare cancerkirurg gjort att jag handlat annorlunda än vad en annan primärvårdsläkare hade gjort om patienten hade kommit till honom eller henne? Här är jag tveksam avseende svaret, men ibland upplever jag att primärvårdskollegerna är alltför avvaktande med palpation av exempelvis bröst och prostata – men det är mycket "mjuka" synpunkter. Att en primärvårdsläkare ska träffa 500 patienter för att diagnostisera en ny malignitet visar emellertid vilka svårigheter – kvantitativt och kvalitativt – som primärvården har i dessa avseenden. En helt oblagd gissning är att minst 100 patienter söker sin vårdcentral för symptom som de misstänker kan vara cancer för varje patient som verkligen har en sådan sjukdom.

FÖR LÅNGA LEDTIDER

Har jag då missat några behandlingsbara cancer under mina tre år i primärvården? Det är en svår fråga och kan naturligtvis inte besvaras med säkerhet. Eftersom de närmsta sjukhusen alltid skickar epikriser efter att patienter från vårdcentralerna legat inne på sjukhus – oavsett om de remitterats dit eller inte från vårdcentralen – kan jag säkerställa att det inte är många missbedömningar, men om patienterna behandlats i öppen vård av specialisterna är det möjligt. Jag vet emellertid – efter att också ha undersökt samma sak bland IVOs fall – att det förkommer alltför långa ledtider av och till, men detta tycks vara ett ungefär lika stort problem inom specialistsjukvården som i primärvården (väntetider på röntgen respektive dålig läkar-patientkontinuitet är då de största problemen).

Slutligen, SVF – standardiserade vårdförlopp – har gjort sjukvården bättre ur patienternas och primärvårdens synvinkel, men det går nog att slipa programmen ytterligare något. Vad gäller det fåtal patienter som behandlats palliativt av onkologer med cytostatika har det – i det stadium jag träffat patienterna – varit uppenbart att de fått cytostatika under alldeles för lång tid till ingen nytta och mycket skada. Jag hoppas att jag bara sett fel patienter!

ÅKE ANDRÉN-SANDBERG, PROFESSOR EMERITUS I KIRURGI,
AKE.ANDRENSANDBERG@GMAIL.COM

