
Livmorhalskreft i utviklingsland

KOMMENTAR OG DEBATT

MATHIAS ONSRUD

Email: mathiaso@frisurf.no

Ullevål sykehus

0407 Oslo

Gynekologisk avdeling



Vi – noen epidemiologer, cytopatologer og eksperter innen gynekologisk kreftbehandling fra Sveits, Finland og Norge – drog i mars 2000 til Lahore i Pakistan i et forsøk på å la øst og vest møtes. International Network for Gynecological Cancer Control (INGCC) er en gruppe på vel hundre fagfolk som er opptatt av cervixcancer. De fleste har sitt arbeid i utviklingsland eller har erfaring fra utviklingsland. INGCC

ble dannet etter et WHO-konsultasjonsmøte om cervixcancer i New Delhi i 1994. Hovedhensikten med dette internasjonale nettverket er å knytte sammen forskjellige forskningsmiljøer og organisasjoner som er opptatt med problemet, og stimulere til innsats i land der cervixcancer er et stort problem. INGCC arrangerte i 1999 en konsensuskonferanse i Tunisia. Rapporten derfra gir en oversikt over situasjonen slik den er i mange land (1). Den drøfter forskjellige typer screeningprogrammer og forutsetningene som må være til stede før man starter slike, og den gir anbefalinger om behandling. Konsensuskonferansen skulle senere følges opp med kurs og konferanser i de forskjellige WHO-regionene. Hensikten med disse skulle være å finne ut i om forutsetningene for oppstart av screeningprogrammer var til stede lokalt, og å gi grunnleggende opplæring og anbefalinger. I forkant av Lahore-konferansen ble det arrangert tredagers praktisk rettede kurs innen henholdsvis cytologi, kolposkopi, kirurgisk teknikk og stråleterapi. Undertegnede underviste i kirurgi, og ledet kurset i stråleterapi for cervixcancer. 27 leger fra Sudan i vest til Thailand i øst deltok på dette kurset.

Epidemiologi

På verdensbasis regner man med ca. 450 000 nye tilfeller av cervixcancer hvert år, og ca. 250 000 kvinner dør av sykdommen årlig. 80 % av tilfellene opptrer i utviklingsland, som kun disponerer 5 % av de ressurser som brukes mot cancer. I mange utviklingsland er cervixcancer den hyppigste kreftform hos kvinner. Problemet er noe mindre i muslimske land (som Pakistan) enn i ikke-muslimske land, som India og Thailand. Forskjeller i seksualmoral og familiestruktur kan forklare dette. Prognosen er meget dårlig, da gjerne 70 – 80 % av tilfellene påvises når sykdommen er langt kommet og uhelbredelig – om den i det hele tatt diagnostiseres. Ofte er det yngre kvinner med store barneflokker som dør. Sykdommen får derfor store sosiale konsekvenser. Dette er spesielt tragisk, da tilstanden kan forebygges ved at premaligne forandringer fjernes eller helbredes dersom kreftsykdommen oppdages på et tidlig stadium. I mange vestlige land har insidensen og dødeligheten av sykdommen sunket markant som følge av gode screeningprogrammer. Finland har utmerket seg i denne sammenheng.



Strålebehandling med koboltmaskin av kinesisk fabrikat. Maskinen er enkel og driftssikker, men strålekilden er nå over ti år gammel, og tiden for en behandlingsseanse er blitt fire ganger så lang som opprinnelig

Screening

Populasjonsbaserte screeningprogrammer eksisterer så å si ikke i høyinsidensområdene i Afrika, Sør-Amerika og Asia. Der screening ved hjelp av vaginalcytologisk prøve er forsøkt, viser prøven gjennomgående lav sensitivitet, ofte under 50 %. Dette skyldes svikt på forskjellig plan: teknikk for prøvetaking, utdanningen av cytolog og cytotekniker, prøvevolum, tilbakemeldingsrutiner osv. Hyppig forekommende genitale infeksjoner vanskeliggjør også avlesningen av prøven. De laboratorier og cytopatologer som finnes, utnyttes dårlig. I mange muslimske land kan det dessuten være et problem å skaffe alkohol til fiksering eller farging av prøvene.

Som alternativ til cytologisk prøve er det prøvd enklere metoder som inspeksjon av livmortalappen – eventuelt med lupe – etter eddiksyrepensling. Paramedisinsk personale kan læres opp til dette. Metoden har imidlertid vist seg for lite spesifikk. Risikoen for overbehandling er stor, særlig hvis man – av frykt for å miste pasienten for videre oppfølging – baserer seg på å behandle direkte ("see and treat"). Den mer enn 70 år gamle Papanicolaous vaginalcytologiske prøve – etterfulgt av kolposkopi og biopsi når prøven er positiv – vil derfor fortsatt være basismetoden i screeningsammenheng (1). På noen få steder (som i Teheran) foregår det en del opportunistisk prøvetaking. I India har man forsøkt å benytte mobile enheter (busser) ute i landsbyene. Her stiller man diagnose og gir behandling under samme besøk. Noen nedgang i insidens eller dødelighet som følge av slike kampanjer er ennå ikke påvist.

HPV-vaksine

Det er generell enighet om at visse onkogene typer av humant papillomavirus (HPV) er ansvarlig for utviklingen av de premaligne celleforandringene og cervixcancer. Andre genitale infeksjoner, røyking og tilstander som nedsetter immunforsvaret, kan virke som kofaktorer. HPV-typene varierer noe fra land til land. På sikt håper man at en vaksine skal kunne forhindre sykdommen. Men tidsperspektivet er ikke særlig oppmuntrende: Om man vaksinerte unge piker med en HPV-vaksine som var effektiv mot de aktuelle virustyper, ville det ta 10 – 15 år før man hadde sikre data på om premaligne forandringer på cervix ble forebyggt, og kanskje ytterligere ti år før man kunne vente å se nedgang i forekomst og dødelighet av cervixcancer. Det sier seg selv at i mellomtiden må noe gjøres.

Behandling

En forutsetning for å starte et screeningprogram er at adekvat behandling er tilgjengelig. Her skorter det stort, både på utstyrssiden og når det gjelder erfaring. Selv om cervixcancer er den hyppigste kreftformen, får legene liten erfaring i diagnostikk og behandling. Dette fordi nesten alle pasientene oppsøker lege først når de har fått symptomer på langt kommet sykdom: smerter, stinkende utflod, blødning, fistelsymptomer eller uremi. De premaligne tilstandene lar seg enkelt fjerne med diatermi (-slynge eller -nål). Det finnes steder der man har dette utstyret og den nødvendige kompetansen. Selv om inngrepet er enkelt å lære, er det viktig at det gjøres riktig, at livmorhalsen ikke skades unødig. Det er en potensiell fare for cervixinsuffisiens og senere prematur fødsel, noe som under u-landsforhold er alvorlig. Man kan komme i den situasjon at man mister flere liv enn man redder om det blir et stort antall for tidlig fødte barn. Fordi man ikke mestrer den enkle koniseringsteknikk, gjøres det i dag ofte unødig store inngrep (hysterektomi) for premaligne tilstander. Dette innebærer også risiko og er feil bruk av ressurser. Radikal kirurgi for cervixcancer er krevende, og få steder har den nødvendige kompetansen for dette. Gynekologene vi møtte på Lahore-møtet, uttrykte stort behov for praktisk opplæring og råd ved anskaffelse av utstyr.

Strålebehandling blir viktig når de fleste krefttilfellene oppdages sent. De sykehus som har strålemaskiner, bruker gjerne størstedelen av behandlingsskapasiteten på cervixcancer. I utviklingsland, hvor strømforsyningen og service på utstyr er ustabil, har man så langt satset på koboltmaskiner, som benytter stasjonære strålekilder. Disse kildene må imidlertid fornyes jevnlig om ikke den enkelte behandlingsseanse skal bli for lang, og effekten usikker. I Lahore så vi eksempler på at behandlingstiden var blitt 8 – 10 ganger så lang som opprinnelig fordi man ikke hadde råd til å fornye de radioaktive kildene. Utstyr for intrakavitær strålebehandling er også nødvendig om man skal ha et kurativt siktemål med behandlingen. Dette utstyret er dyrt, krever spesiell kompetanse, og er bare tilgjengelig få steder. Tilleggsbehandling med cellegift under strålebehandlingen, noe som nå er standard i Vesten, har man sjelden råd til.

I India, hvor man har en rimelig pålitelig kreftregistrering, anslås det at to tredeler av pasientene med cervixcancer ikke får noe tilbud om behandling. Og de fleste av dem som behandles, får inadekvat behandling (K. Syrjänen, personlig meddelelse). Den lindrende behandling, som det under slike forhold er spesielt stort behov for, er også gjennomgående dårlig. I mange land kan det på grunn av streng narkotikalovgivning være nesten umulig å få tak i morfin.

Sviktende oppfølging

Det fremkaller unektelig respekt og en viss underlegenhetsfølelse når man møter kolleger som behandler 700 nye tilfeller av livmorhalskreft i året, mens man selv bare ser rundt 50. Likevel – det viser seg at deres erfaring ofte blir mangelfull: Pasientene henvises, strålebehandles og utskrives. Behandleren ser dem så aldri igjen. Det er lite oppfølgingsdata å oppdrive. Resultatene av behandlingen og forekomsten av senkomplikasjoner er oftest ukjent. ”Legeshopping” er, merkelig nok, et stort problem i mange utviklingsland. Kreftregistre mangler stort sett overalt. Man mangler også lokale, hospitalsbaserte registre. Mye verdifull erfaring kunne høstes om man hadde egnede oppfølgings- og tilbakemeldingsrutiner. Det ble sterkt understreket på Lahore-møtet at en velfungerende registrering og tilbakemelding er en viktig forutsetning for å starte en masseundersøkelse. Hjelp til dette er noe av det viktigste vi fra vestlig hold kan bidra med.



Sammen med kolleger fra en onkologisk avdeling som årlig gir strålebehandling til mer enn 700 pasienter med cervixcancer – nesten alle med langt kommet sykdom. Begge foto privat

Tiltak

Sykdommen er i dag i stor grad et usynlig problem. Tidlige symptomer neglisjeres. Når den vonde lukten og inkontinensen kommer, isolerer kvinnen seg, eller hun blir isolert. For folk flest og helsemyndighetene er det andre og mer iøynefallende helseproblemer som prioriteres. Kvinnehelse er generelt lavt prioritert. Men noen må være disse ulykkelige kvinners talerør.

Et viktig strakstiltak er helseopplysning og bevisstgjøring av lokalbefolkningen, helsepersonell og helsemyndigheter om sykdommens årsak, utvikling og symptomer. Etablering av lokale kreftorganisasjoner er viktig. Den Norske Kreftforening og den internasjonale kreftunion UICC har bidratt i visse land. Den internasjonale gynekologorganisasjon FIGO har begynt å engasjere seg i spørsmålet. Etter befolkningskonferansen i Kairo er cervixcancer blitt en del av begrepet ”reproduktiv helse”, og det forebyggende aspektet står sentralt. Sykdommen har epidemiologisk mange fellestrekk med HIV/AIDS-problemet. Det er å håpe at den innsatsen som i dag gjøres på dette feltet, også vil bidra til at risikoen for cervixcancer går ned. (Man er imidlertid ikke enig om det er regningsvarende å lete etter og behandle premaligne cervixforandringer hos HIV-positive.)

Cervixcancer er, i likhet med HIV/AIDS, nær knyttet til samfunnsstrukturen og kvinners generelle situasjon. Det er lite sannsynlig at screeningprogrammer isolert kan løse problemet – like lite som kondomkampanjer kan løse AIDS-problemet. Det er også få steder hvor forholdene i dag ligger til rette for oppstart av befolkningsbaserte screeningprogrammer. Men noe kan oppnås ved opportunistisk screening og tiltak rettet mot spesielle høyrisikogrupper.

I påvente av masseundersøkelser er det spesielt viktig at sykepleiere som bestyrer helsesentre, jordmødre og leger blir kjent med symptomene og lærer seg å inspisere cervix skikkelig. På den måten kan sykdommen oppdages tidlig, mens den ennå er på et kurabelt stadium. Når en større andel av tilfellene oppdages i tidlig stadium (”down-staging”), vil sjansene for å overleve bli bedre. Men dette forutsetter mulighet til behandling. Her må vi fra vestlig hold hjelpe til med overføring av kompetanse.

Inntrykk fra Lahore

Lahore med sine seks millioner innbyggere har flere universiteter og sykehus av til dels høy kvalitet. Her finner man også Fatima Jinnah Medical College, et utdanningssted som er reservert for kvinner. Studentene kommer fra forskjellige muslimske land. Lærerne er også nesten utelukkende kvinner. Fødeavdelingen, som både har sitt lokale opptaksområde og får henvist fødende fra andre sykehus, har over 11 000 fødsler i året, og en keisersnittfrekvens på 24 %. Her arbeider det vel 30 leger, alle kvinner, og et eget gynekologteam er kontinuerlig opptatt med keisersnitt. Bare leger tar imot barn, jordmødre har man ikke. Få av legene hadde sett cervixcancer i premalignt eller tidlig stadium. Av stråleterapeutene anklages gynekologene for bare å være opptatt med fødsler og ikke være i stand til å bedømme en ikke-gravid cervix. Samarbeidet mellom gynekolog og stråleterapeut kunne vært bedre, og det ville opplagt vært en fordel om man hadde egne ”gyn-onkologer” til å ta seg av disse pasientene. Visse prioriteringer kunne man undres over: Taxol ble brukt rutinemessig mot ovarialcancer, mens man ikke hadde råd til å kjøpe moderne suturtråd. Catgut og kromcatgut var fortsatt standard. Den preoperative antibiotikaproylaks (en uke) var etter vår bedømmelse overdrevet.

Pakistans kvinner er vakre i kropp og klær. Som vestlig reagerer man nok på likestillingssituasjonen. Men det skjer en del positivt. Underlig nok har det nye militærstyret vært mer lydhørt for kvinners rettigheter enn det tidligere demokratisk valgte styret. Familieministeren – som for øvrig åpnet vår konferanse – la på

kvinnedagen frem et tipunktsforslag til bedring av kvinnes situasjon. Hun foreslo bl.a. at æresdrap blir kriminalisert på lik linje med andre drap. Forslagene ble godt mottatt av militærsjefen.

Islam er ikke bare en religion – det er en livsstil og en samfunnsform. Islam gjennomsyrrer alt. Møter og konferanser starter med resitasjon fra Koranen. Man tar pause i forhandlingene under fredagsbønnen. Om bord i Pakistan International Airlines resiteres det over høyttaleren fra Koranen før flyet tar av. Og før landing lyder det: ”Please, fasten seat belts. God willing, we will land . . .” Holdningen ”om Allah vil” kommer frem i alle situasjoner. Det gir trygghet og utholdenhet i en ellers tung hverdag, men inspirerer ikke alltid til reform.

Det er lite kriminalitet. Gjestfriheten og vennligheten er stor. Mange viser en nesten underdanig respekt for vestlig kompetanse, noe som til tider kan virke plagsomt. Mange er ute etter fasitsvar, og er lite opptatt av å finne sine egne løsninger på problemene. De som tror at løsningen på de ulike helseproblemene ligger i økt pengebistand fra Vesten, blir skuffet etter hvert som man innser at de er nær knyttet til lokal samfunnsstruktur. Som vestlig ”spesialist” får man ofte en ubehagelig følelse av å være til liten hjelp for våre kolleger fra den tredje verden. En lege fra Sri Lanka sa rett ut ved konferansens slutt: ”Jeg kunne like gjerne latt være å komme hit. Ingenting av det dere snakker om, lar seg gjennomføre hos oss. Der mangler vi alt. Ingen ting ligger til rette.”

Jeg takker Den Norske Kreftforening for reisebidrag.

LITTERATUR

1. Miller AB, Nazeer S, Fonn S, Brandrup-Lukanow A, Rehman R, Cronje H et al. Report on consensus conference on cervical cancer screening and management. Int J Cancer 2000; 86: 440 – 7.

Publisert: 20. februar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 9. september 2026.