

Kreftdiagnostikk i almenpraksis – II

Hva kan almenpraktikeren forbedre?

Kasuistikker å lære av

I denne delen av undersøkelsen utdypes hvordan almenpraktikernes kreftdiagnostikk kan bedres. På basis av undersøkelsen fremlegges en liste med råd til legene.

108 pasienter ble i 1976 meldt til Kreftregisteret fra Tromsø kommune. Jeg har undersøkt hvordan disse pasientene fikk diagnostisert sin kreftsykdom. I den foregående artikkel (7) diskuteres pasientens reaksjon på tidlige kreftsymptomer, og det diskuteres generelt hvordan almenpraktikere kan bedre sin tidligdiagnostikk.

Sykehistoriene i denne artikkelen belyser de enkelte elementene i almenpraktikeren diagnostikk: anamnese, klinisk undersøkelse, laboratorieprøver, røntgenundersøkelser, henvisninger, kontrollør, samarbeid med annet helsepersonell og screening.

Jeg har til sist forsøkt å summere opp erfaringene fra undersøkelsen i en liste med råd til legene.

Anamnese

De fleste elementer i almenpraktikeren undersøkelse er enkle å utføre, lite tidkrevende og billige. Sammenfatningen og vurderingen kan være langt vanskeligere. Anamnesen er et eksempel på dette. Oppmerksomhet mot persondata er viktig for å vurdere kreftisiko: alder over 60 år er «kreftalder» (1). Høyde og vekt så vel som høy alder ved første fødsel er vist å ha positiv sammenheng med brystkreftisiko etter menopause (14). Opptaket av selve sykehistorien er mer av en kunst, men krever ingen hjelpemidler og er vel med en del øvelse mest et spørsmål om å ta seg tid. Tidligere kreftsykdom (8) eller nylig gjennomgått herpes zoster (6) bør skjerpe sansene. Røke- og alkoholvaner kan antyde noe om kreftisiko. Men dette kan suppleres: sykepleier Ulla Fasting har i en dansk undersøkelse om strupekreft (4) referert et kasus der legene hadde husket å spørre om alkohol- og røkevaner, men ikke fått frem at mannen i 20 år hadde blandet farver på et garveri og daglig vært i kontakt med både støv og kjemikalier.

En bra anamnese kan være en følge likeså vel som årsak til høy grad av kreftmistanke. I undersøkelsen er det sammenheng mellom sparsom anamnese og forsinkelser i diagnosen, og

Knut Arne Holtedahl
Distriktslege i Tromsø
9100 Kvaløysletta

man kan i en del tilfelle tenke seg at en bedre anamnese ville ha fremskyndet diagnosen.

Kasus 1. Kvinne, 55 år. Søker i august 1975 lege pga. smerter ved avføring. Anoskopi viser svære ytre og indre hemorroider. Hun er tilbake et par uker senere, treffer ny almenpraktiker, klager over treg avføring. Lege og pasient blir enige om at det er hemorroidene som plager henne. Frem til nyttår kommer hun ytterligere 2 ganger til samme almenpraktiker. Første gang klaget hun også over svært treg avføring. Intet i journalnotatene tyder på at det ved de første konsultasjonene ble tatt noen anamnese utover dette. Ved undersøkelse er hemorroidene gått noe tilbake, men er fortsatt store. Et sår blir funnet i rima ani. Pasienten får hemorroidestikkpiller, avføringsmiddel og sårsalve, og det blir avtalt kontroll om 1 måned.

Neste gang er avføringen i orden, men legen gjør klinisk undersøkelse og finner en langsgående oppfylning i høyre side av abdomen. Pasienten har da hatt et vekttap på 11 kg. Røntgen colon rekvireres. Dette viser sirkulær forsnævring på rectum/sigmoideum-overgangen, mest sannsynlig cancer. Hun blir operert i slutten av februar, tumor har da metastasert, og hun dør 14 måneder senere.

Denne pasienten illustrerer også at kreftpasienter selvsagt kan ha «banale» sykdommer i tillegg. Hemorroider utelukker ikke tykktarmkreft (13).

Noe av den positive egenart ved almenpraksis er at almenpraktikere mer enn spesialister vil ta en almen anamnese. Man kan ikke vente at en øyespesialist skal forhøre seg om naturlige funksjoner. Gynekologen Sack (11) har analysert malignitetsdiagnosene som var stilt i løpet av 5 år blant hans vel 5 000 pasienter i egen solopraksis i USA. Ut fra regionale sykehusstatistikker konkluderer han med at han må ha oversett ganske mange ikke-gynekologiske kreftsykdommer. Dette kan kanskje tas til inntekt for at primærlegen bør være almenpraktiker.

Kasus 2. Kvinne, 72 år. Innlegges med ileussyptomer av legevaktele. Ved eksplorasjon hard, tumoraktig oppfylning som opptar det meste av det lille bekken. Pasienten dør av hjertervikt kort etter innkomsten. Obduksjon viser adenokarsinom med utgangspunkt i ovarium. Det viser seg at denne pasienten året forut har gått 5 ganger poliklinisk hos sykehusspesialist for en mindre betydningsfull hjertelidelse. De 2 siste konsultasjonene var i siste måned før innleggelsen. Det foreligger ingen notater om annet enn denne lidelsen, bortsett fra at pasienten ved nest siste konsultasjon fikk påvist og ble behandlet for arthritus urica.

Denne spesialistenes fallgrube eksisterer selvsagt også for almenpraktikeren, idet en allerede stilt diagnose eller hovedinteresse kan forblinde:

Kasus 3. Kvinne, 66 år. Før det aktuelle hatt lungebetennelse mange ganger. I flere år behandlet med Anadur-injeksjoner hver 6. uke for osteoporose. Mager, vanligvis ca. 42 kg. April 1976 søker hun almenpraktiker første gang for brystmerter. Legen mener hun har en temmelig klar angina pectoris, uten at de anamnesticke notatene virker helt overbevisende nå som man kan være etterpåklok. Hun er i ethvert fall fornøyd med å bruke en del nitroglycerin, får betablokker og fortsetter med Anadur-injeksjoner og kontroll for brystmerter. Utover høsten stadige episoder med hjertebank, kvalme og besvimelsestendens samt dårlig matlyst. Tilsammen har denne pasienten året før diagnosen 15 konsultasjoner hos 4 almenpraktikere i 2 forskjellige praksiser. Etter hvert magrer hun ytterligere av, blir sengeliggende og stadig slappere, innlegges tiltrengende øyeblikkelig hjelp desember 1976 med langt fremskreden ventrikkeltumor og dør 2 uker senere.

Klinisk undersøkelse

Vi perkutterer og auskulterer. Når pasienten først er avkledd, er inspeksjon og palpasjon vel så lett og raskt, men glemmes sikkert oftere. Disse undersøkelsene er blant de viktigste ved flere kreftformer, vi kan bare tenke på tumor colli (12) og hudkreft. Kanskje kunne mer bevisst inspeksjon og palpasjon gitt raskere diagnose også i følgende tilfelle:

Kasus 4. Mann, 79 år. November 1975 grundig undersøkelse ved medi-

sinsk poliklinikk for hypertoni. Meget grundig og detaljert epikrise som imidlertid ikke nevner noe om thoraxutseende eller mammae. På grunn av svelgevansker ble det tatt negativt røntgen Ø + V + D, og pasienten var 14 dager senere også til gastroskopi med ventrikkelbiopsi uten patologiske funn av betydning. Utenom disse undersøkelsene har pasienten i året før kreftdiagnosen ble stilt, konsultert samme almenpraktiker 5 ganger.

August 1976 søker han så sin almenpraktiker for en hevelse i høyre mamma, som han har hatt i 2-3 år, og som særlig har økt i vekst siste 4 måneder. Henvist og operert i løpet av 3 uker for cancer mammae med regionale metastaser, tumor beskrives som eggstor.

Det er ikke alltid så opplagt hva som bør undersøkes klinisk. Hematuri kan ha mange årsaker. Blant de ting almenpraktikere vil tenke på, er kreft i urinveiene. Men funn av røde blodlegemer i urinen hos en eldre kvinne bør invitere til enda videre refleksjoner:

Kasus 5. Kvinne, 71 år. 20 måneder før kreftdiagnose leverer hun en urinprøve der det mikroskopisk blir påvist røde blodlegemer, oppfattet som urinveisinfeksjon. Frem til diagnosen konsulterer hun 6 forskjellige leger i 4 forskjellige legepraksiser tilsammen 17 ganger, herav flere ganger for subjektive urinveislager og mikro- og iblant også makroskopisk blodig urin.

Først 1½ år etter den første konsultasjonen gjøres rektovaginal eksplorasjon, og almenpraktikeren finner da en appelsinstor tumor til høyre for og sammenhengende med uterus. Mars 1976 innlegges hun i kvinneklinikken, opereres i mai for cancer ovarii, stadium III, og dør i oktober.

Hos denne pasienten kan man bare gjette hvor blodet kom fra. Blod i urinen kan komme fra kjønnsorganer likeså vel som fra urinveier, kanskje også fra rectum. Ved hematuri bør man spørre pasienten om hun er sikker på hvor blodet kommer fra. Hvis prøven er levert av andre, bør pasienten innkalles. Ved tvil bør gynekologisk undersøkelse utføres.

Utover egne hender og sanseorganer er stetoskopet og reflekshammeren blant almenpraktikerens gode hjelpere. Moderne teknikk har gjort en del tekniske apparater til like stor selvfølge, oftalmoskop og blodtrykkapparat har alle almenpraktikere. Spørsmålet er hvor langt man som almenpraktiker skal gå i å ta i bruk mer avanserte hjelpemidler som rektoskopi, EKG-apparat, ultralyd-detektor, kolposkop. I dette materialet er det mye som taler for at almenpraktikernes kreftdiagnostikk kan bedres betydelig hvis rekto-

skopi på nokså vid indikasjon blir vanlig. Flere av coloncancerne i denne undersøkelsen lå innen rekkevidde av et rektoskopi, f.eks. i kasus 1 og 9. Denne gevinstmulighet, kombinert med metodens relative enkelhet, gjør at jeg mener almenpraktikere bør lære å utføre rektoskopi. Ikke-forberedt tarmtømming kan oppnås tilfredsstillende med et miniklyster (13). Med engangsutstyr og rimelig fiberlyshåndtak tilkoblet lysnett synes jeg ikke undersøkelsen er vanskeligere eller mer tidkrevende enn en gynekologisk undersøkelse, som kan være vanskelig nok. Anoskopi utføres bare ubetydelig hurtigere, og de centimetrene man kommer høyere opp, kan bety mye.

I gynekologisk kreftdiagnostikk er Jet-Washer for endometriediagnostikk (2) introdusert som en enkel metode med god diagnostisk sikkerhet hos almenpraktikere med litt øvelse. En del almenpraktikere benytter også kolposkop.

Laboratorieprøver

En pasient fikk tilfeldig påvist lav hemoglobin, en annen like tilfeldig målt høy senkningsreaksjon. Disse 2 tilfeldige funnene, som ga nøkkel til hver sin kreftdiagnose, kan tale for en liberal praksis med disse prøvene. Uansett indikasjon for prøvetagning må man følge opp de pasientene som har patologiske laboratierverdier. Oppfølgingsrutinene inntil verdien er forklart eller normalisert, kan sikkert forbedres i de fleste praksiser. Undersøkelsen illustrerer at dette er særlig viktig ved forhøyet senkningsreaksjon. Alle almenpraktikere må definere en øvre grense for senkningsreaksjonen for forskjellige aldersgrupper og følge opp de pasientene hvor forhøyede verdier ikke kan forklares. I kasus 6 ville kombinasjonen *bedre anamnese/bedre klinisk undersøkelse/oppfølging av høy senkningsreaksjon/kontroll* sannsynligvis ha ført til raskere diagnose:

Kasus 6. Mann, 64 år. Sommeren 1975 oppsøker pasienten på kort tid 2 leger i forskjellige praksiser og klager over smerter prekordialt og i ryggen i høyde med nyreløsjene, særlig når han løfter noe tungt. Brystsmertene mener han stammer fra et slag i brystet for 3 år siden. Begge almenpraktikere mener smertene er myalgiske, den ene måler en senkningsreaksjon på 26 mm/time, uten at dette blir fulgt opp. Pasienten henvises til fysikalsk behandling, og fysioterapeuten skriver i epikrisen at ved behandlingens slutt var smertene i thorax nærmest borte, ryggsmertene var ikke lenger konstante, og pasienten var ledigere i ryggen.

Pasienten kommer tilbake til den ene almenpraktikeren november 1975 for å få attest til fornyelse av førerkort. Han angir da at han er bedre i ryggen og blir ikke nærmere undersøkt. Måneden etter går han likevel til kirurgpraktor, og da dette ikke hjelper på ryggsmertene, søker han ny almenpraktiker. Diagnose: lumbago. Tiltak: sengeleie, analgetika. Til kontroll 2 uker senere, treffer ny lege som rekvirerer urografi med mistanke om nyresten og henviser til kirurgisk poliklinikk. Han innlegges derfra direkte i medisinsk avdeling, reagerer ved innleggelsen med voldsomme smerter på Lasègue's prøve. Røntgenbilder viser nå destruktive, sannsynligvis maligne prosesser i vertebra Th-IX og i et ribben. Sternalpunksjon er diagnostisk for myelomatose.

Det er også viktig å huske på at negative prøver, enten det er normale senkningsreaksjoner eller negative undersøkelser på blod i avføringen (5), like lite utelukker kreft som en negativ klinisk undersøkelse eller røntgenundersøkelse. Kasus 7 er ett av flere eksempler på dette i materialet.

I undersøkelsen forekom et tilfelle av choriokarsinom som kan minne oss om at blødning 3-4 uker post partum i første omgang bør føre til at HCG-test gjøres. Det forekommer altfor sjelden, vil noen si, men i samme praksis har det senere vært enda 1 tilfelle.

Røntgenundersøkelser

Den røntgenundersøkelsen som lettest kunne gitt raskere kreftdiagnoser i dette materialet, var røntgen thorax ved persisterende lungefysikalia etter bronkitt. Kasus 10 er et eksempel.

Henvisninger

En undersøkelse som ikke kan foretas i almenpraksis, men som kan bidra mye til tidlig diagnostisering av mavekreft, er gastroskopi. Norske almenpraktikere er vant til å henvise til røntgen V + D ved kreftmistanke. Ressurssmessige overveielser kommer inn her (3). Men mavekreft sprer seg tidlig, og gastroskopi kan påvise adskillig mindre svulster enn røntgenundersøkelsen (10). Jeg mener at kapasiteten for gastroskopiundersøkelser ved de litt større sykehusene må være slik at almenpraktikere kan drive en liberal henvisningspraksis. I mange tilfelle bør undersøkelsen kunne gjøres før røntgen V + D. I det hele tatt bør indikasjonen for endoskopi i øvre gastrointestinaltractus være vid (9).

Kasus 7. Mann, 51 år. Dyspepsi i flere år. Det finnes notater om dette fra 1973. Han søker lege igjen i juni 1975 og klager særlig over smerter i epigast-

riet/nedre del av thorax. Ved klinisk undersøkelse påvises levergrense 2 fingerbredder nedenfor ribbebuen, ellers normal abdominalundersøkelse. Almenpraktikeren rekvirerer røntgen thorax og Ø+V+D. Disse er negative når de blir utført 2 måneder senere. Pasienten kommer tilbake og treffer annen almenpraktiker i samme praksis i november, har fortsatt smerter i epigastriet, nå daglig et par timer etter måltid og etter avføring. Blant undersøkelsene legen utfører, er en benzidinprøve som gir negativt resultat. Samme plager 1 måned senere fører ikke til ytterligere tiltak. Først i februar 1976 blir pasienten henvist til gastroenterolog. Gastroskopi viser svær cancer ventriculi. Mors 4 måneder senere.

Kuler i brystet må alltid tas alvorlig og skal være «halvøyeblikkelig hjelp» for legesekretærer, almenpraktikere og sykehusleger. Følgende tilfelle burde ikke forekomme:

Kasus 8. Kvinne, 58 år, oppdager november 1975 kul i brystet. Kommer først til almenpraktiker i januar 1976, måtte angivelig vente på time. Legen mener kulen er normalt brystvev, avtaler kontroll om 1½ måned. Ved kontroll hos annen lege i samme praksis finnes samme tumor, og pasienten henvises. Hun må vente enda 3 uker før undersøkelse i kirurgisk poliklinikk med direkte innleggelse pga. sterk mistanke om kreft, senere bekreftet. Mors 1 år senere.

Når almenpraktikeren har henvist til spesialist, må sykehuslegen avtale videre kontroller med pasienten hos seg selv eller almenpraktikeren, eller sende notat til almenpraktikeren om at behandlingen ansees avsluttet. Hvis positive funn som almenpraktikeren har beskrevet ikke kan verifiseres, må almenpraktikeren underrettes:

Kasus 9. Mann, 38 år, søker lege i november 1975 etter en del uker å ha vært plaget av smerter, kløe og svie omkring anus. Avføringen har vært treg, og han har observert slim og enkelte ganger blod utenpå avføringen. Vekt-tap 7 kg siste år til tross for god appetitt. Ved rektal eksplorasjon palperer almenpraktikeren en liten oppfylning med ujevn overflate på venstre side, observerer friskt blod på hansken. Pasienten får hemorroidesalve og henvises til kirurgisk poliklinikk. Der finner legen en analfissur som gir pasienten betydelig sfinkterspasme så anoskopi bare så vidt kan utføres. Spesialisten kommenterer ikke almenpraktikerens funn av en oppfylning i rectum, og det gjøres bare et poliklinisk notat uten epikrise til almenpraktikeren. Deretter går det 3 måneder før pasienten igjen søker almenpraktikeren, klager mest

over smerter i abdomen og fortsatt vekt-tap. Fortsatt blod i avføringen enkelte ganger. Røntgen colon rekvireres, blir tatt etter 1 måneds ventetid og gir mistanke om cancer i sigmoideum.

Ved rektal eksplorasjon kan det nå kjennes en hard, fast cancer, ca. 8-10 cm inne. Mors 5 måneder senere.

Kontroll

Kontroll er et nøkkelord for de pasientene almenpraktikeren *ikke* henviser (7):

Kasus 10. Mann, 60 år, søker lege i juni 1976 og klager over ubehagelig følelse av hjertebank periodevis siste år. Benekter smerter i brystet, men blir ført andpusten. Almenpraktikeren finner normale forhold ved hjerte og blodtrykk. Over lungene spredte pipelyder, konklusjon: kronisk bronkitt. Pasienten henvises til arbeids-EKG, som er negativt. Almenpraktikeren måler hemoglobin 16,4 g/100 ml, SR 31 mm/time. Fire måneder senere blir det ved Lungeavdelingen tatt et røntgenbilde av thorax, som gir mistanke om tumor pulmonis. Det er uklart hvordan pasienten er blitt henvist til røntgen thorax. Diagnosen bekreftet ved operasjon. Mors mars 1978.

Samarbeid

I undersøkelsen er det eksempler på at både fysioterapeuter og kiropraktorer kan overse kreftsykdommer i columna, kiropraktoren til tross for at han hadde tatt røntgenbilde. Kanskje røntgenleger og kiropraktorer kunne samordne en del av sine diagnostiske begreper?

Tabell 1 Tidlig kreftdiagnostikk - råd til almenpraktikere

Generelt

- 1) Husk kreftmuligheten
- 2) Avtal kontroll

Undersøkelsen

- 3) Bedre anamnese
- 4) Høy alder, herpes zoster, tidligere kreft: skjerp oppmerksomheten
- 5) Undersøk pasienten bedre
- 6) Rektoskopér oftere
- 7) Følg opp patologiske laboratorieprøver
- 8) Husk røntgen thorax
- 9) Henvis oftere til gastroskopi og annen endoskopi

Vurderingen

- 10) Negative undersøkelser utelukker ikke kreft
- 11) Banale lidelser utelukker ikke samtidig kreft

Screening

Undersøkelsen gir neppè grunn til å anbefale bestemte screening-undersøkelser. Kreft vil i en del tilfelle bli tidlig oppdaget ved rutineundersøkelser, men selv en akseptert screeningprosedyre som cytologisk prøve fra cervix uteri har ikke gitt diagnoser raskere i denne undersøkelsen. Og skal man anbefale årlig underlivskontroll for kvinner, viser kasus 5 og andre pasienter i materialet at man ikke bør glemme de eldre.

Konklusjon

Erfaringene fra undersøkelsen er forsøkt oppsummert i 11 råd til almenpraktikere (tab 1).

Litteratur

1. Ageing and Cancer. Lancet 1976 (1), 131-132.
2. Bjørge, A. et al: Erfaringer med Jet-washer for endometriediagnostikk. Tidsskr Nor Lægeforen 1978, 98, 394-395.
3. Dybdahl, J. H. & Daae, L.: Cancer i gastrointestinaltractus. Tidsskr Nor Lægeforen 1978, 98, 467-468.
4. Fasting, U.: Ikke bare en diagnose. Munksgaard, København 1978.
5. Høltedahl, K. A.: Cancer i gastrointestinaltractus. Tidsskr Nor Lægeforen 1978, 98, 165.
6. Høltedahl, K. A.: Herpes zoster - betydning for tidligdiagnostikk av kreft. Tidsskr Nor Lægeforen 1978, 98, 1777.
7. Høltedahl, K. A.: Kreftdiagnostikk i almenpraksis - I. Kan diagnosen stilles tidligere? Tidsskr Nor Lægeforen 1980, 100, 1219-1223.
8. Kristoffersen, A. O. & Stalsberg, H.: Multiple maligne tumores. Tidsskr Nor Lægeforen 1977, 97, 557-558.
9. Ruud, T. E.: Endoskopisk diagnostikk av primære duodenale tumores. Tidsskr Nor Lægeforen 1977, 97, 1735-1736.
10. Rösch, W. & Thoma, R.: Anamnese beim Frühkarzinom des Magens. Med Klin 1974, 50, 2063-2066.
11. Sack, R. A.: The primary-care physician and cancer detection. Am J Obstet Gynecol 1978, 131 (2), 208-213.
12. Schröder, K. E. et al: Tumor colli. Tidsskr Nor Lægeforen 1977, 97, 1434-1437.
13. Solheim, K.: Hemorroider. Tidsskr Nor Lægeforen 1978, 98, 1421-1422.
14. de Waard, F. & Baanders-van Halewijn, E. A.: A prospective study in general practice on breast-cancer risk in postmenopausal women. Int J Cancer 1974, 14, 153-160.

**Diagnosis of cancer in
general practice I + II**

*Can the diagnosis be made earlier?
What can the general practitioner
improve?*

Knut Arne Holtedahl, MD

In 1976, 108 patients from Tromsø county were registered by the Cancer Registry of Norway. General practitioners' records and hospital case notes concerning these patients have been examined in order to evaluate how efficiently their cancers were diagnosed.

Three quarters of the patients could have had their diagnosis made earlier. Half of the patients saw their general practitioner rather late in the course of the disease. In half of the cases the general practitioner or hospital doctor could have improved the diagnostic work-up. Long waiting lists in hospitals or with general practitioners also played a part.

A list of danger signals has been produced for the public, and in addition a list of advice for doctors. Early diagnosis of cancer is a challenge to general practice.