
Nitter-kuren - fortsatt et stridens eple?

REDAKSJONELT

SAGER G

Nitter-kuren ble lansert for ca. 25 år siden av overlege Lorenz Nitter som da hadde arbeidet i en 20-årsperiode ved Det Norske Radiumhospital. Kuren ble opprinnelig definert som en støttebehandling til pasienter med langtkommet kreftsykdom, men Nitter-kuren har gjennomgått forandringer og brukes ulikt slik at det ikke lenger er et entydig begrep. Fra midten av 1950-årene hadde Nitter gitt B-vitaminer til en gruppe kreftpasienter for at de skulle tåle strålebehandlingen bedre. På begynnelsen av 1960-tallet ble det anabole steroidet Primobolan-Depot og næringskonsentratet Meritene introdusert. Ti år senere fikk behandlingsopplegget sitt navn, Nitter-kuren, og bestod av kosttilskudd (f.eks. Meritene eller AFI-Nutrin), B-vitaminer (både vitamin B₁₂ og B-vitamin kompleks), Primobolan-Depot og 5-fluorouracil (1). Nitter-kuren skapte en bred debatt hvor medisinsk- faglige, vitenskapelige, etiske, politiske, økonomiske, sosiale og kollegiale forhold var involvert. I dag ville vi nok ha fått en annerledes debatt fordi behandlingen av kreft og omsorgen for kreftpasienter har endret seg mye i løpet av de siste 20-årene. Tobøker fra 1974 tegner et bilde av situasjonen den gang (1, 2). I forordet til den ene boken skrev daværende distriktslege Harald Siem i Aukra, bl.a. "Kreftpasienter som er utskrevet fra sykehus uten noe behandlingstilbud, på grunn av svulstens art eller spredning, blir ofte kalt oppgitte kreftpasienter. Primærlegen har funnet omsorgen for denne pasientgruppe tung og fattig" (1). En kreftpasient hvor kurativ behandling var oppgitt og som hadde startet med Nitter-kuren, skriver i forordet til den andre boken: "At man ikke lenger befinner seg i et medisinsk tomrom, fullstendig overlatt til seg selv og den snikende sykdommen, at der er noen som tar seg av en og forsøker å hjelpe, allerede dette er en psykologisk støtte som uten tvil også har sin medisinske betydning" (2). Både lege og pasient uttrykte fra hvert sitt ståsted følelsen av fattigdom. Leiv Kreyberg sammenfattet dette på følgende måte: "Man kan nok måle en tumors vekst eller avtaket i størrelse, notere endringer i røntgen-bilder, man kan registrere vektøkning og avmagring, graden av anemi og en rekke andre størrelser, men ikke tårer i milliliter, smerter i dyn eller tunge stunder i ampere" (3). Det er et sunt tegn at fattigdomsfølelsen er til stede når man behandler pasienter med alvorlige og potensielt dødelige sykdommer. Kanskje er denne følelsen ikke så

hemmende som før fordi kreftbehandlingen i stor grad er blitt en næromsorg. Den er blitt regionalisert, og primærhelsetjenesten har fått flere ressurser til å ta seg av disse pasientene. Ved siden av de reformer som er gjort i det offentlige helsevesen, har Den Norske Kreftforening mye av æren for etablering av næromsorg innen kreftbehandlingen med tiltak som utfyller det offentlige tilbudet. Dette omfatter også behandling og omsorg for kreftpasienter i en terminal fase.

Fra reflekterende til industrialisert medisin

Den reflekterende medisin har de siste årene vært på vikende front i forhold til den industrialiserte medisin. Den industrialiserte medisin kjennetegnes av effektivitets- og produksjonsjag hvor forskjellige pasientbehandlinger får hver sin prislapp. Ingen kan imidlertid sette noen prislapp på det å lindre åndelig nød og sterke smerter. Teknologimedisinen er også et element i den industrialiserte medisin, hvor stadig mer avanserte teknikker og teknisk hjelpemidler skaper avstand til enkeltmennesket. Blåkopier av kvalitetssikringstankegangen fra teknologiske bedrifter til helsevesenet har ført til mindre tid for refleksjon. Helsearbeidere bruker en stor del av sin tid til å sette seg inn i retningslinjer og dokumentere at disse er fulgt. Den generelle samfunnsutvikling har også ført til holdninger hos pasienter og pårørende om at behandling av sykdom eller skader er en vare man kjøper og som har garanti og bytterett. Anmeldelser og erstatningskrav har økt tendensen til å følge retningslinjer fremfor å reflektere over hva som er til pasientens beste. Når tiden man har til rådighet for den enkelte pasient er blitt en salderingspost, blir den personlige omsorgen skadelidende, og det kan skape grobunn, både hos leger og pasienter, for alternative behandlingsopplegg innen skolemedisinen og alternativ medisin. Er det slik at leger føler de må gi medikamenter (f.eks. Nitter-kur) som et alternativ eller supplement til omsorg ved langt kommet kreftsykdom? Er det for tungt å si nei til et ønske om bruk av medikamenter fra nettopp denne pasientgruppen? I en slik situasjon blir refleksjon om virkninger og bivirkninger av de komponenter som inngår i alternative behandlingsopplegg viktig.

Hva med Nitter-kuren i dag?

Nitter-kuren har i løpet av de siste 25 årene gjennomgått en betydelig forvandringsprosess. Etter hvert ble 5-fluorouracil utelatt, mens immunglobulin og tranexamsyre (Cyclokapron) ble lagt til. I mange tilfeller er ernæringsvæskene Medasond blitt brukt i stedet for AFI-Nutrin. I en moderne utgave av Nitter-kuren er AFI B-total utelatt, man vurderer tranexamsyre individuelt og hos pasienter med cancer mammae og skjelettmetastaser gis Primobol depot (Andersen F, personlig meddelelse, Årsmøte i Norsk forening for klinisk farmakologi, Tromsø, 1994).

Noen farmakologiske betraktninger

Det er ennå ikke dokumentert at komponentene i dagens Nitter- kur kan helbrede eller stoppe utvikling av kreftsykdommer. Alminnelig klinisk skjønn tilsier allikevel at immunglobuliner kan beskytte mot enkelte infeksjoner og at nivået av vitamin B₁₂ kan være for lavt hos alvorlig syke pasienter. I Nitter-kuren har doseringen av immunglobulin og vitamin B₁₂ vært langt høyere enn det som er angitt i Felleskatalogen. Farmakologisk tankegang skulle tilsi at legen spesielt må vurdere faren for bivirkninger hos den enkelte pasient ved avvik fra anbefalt dosering. Vi vet at legen vil stå svakt ved et rettslig søksmål hvor avvik fra prosedyrer har forekommet. Introduksjonen av tranexamsyre i Nitter-kuren kom som følge av studier på eggstokkreft hvor det ble funnet en betydelig økning av fibrin degradasjonsprodukter i serum og ascites (4). Senere ble det i to kasuistikker rapportert at tranexamsyre førte til en innleiring av tumor (eggstokkreft) i en fibrinkappe (5, 6). I en klinisk studie på 11 pasienter med eggstokkreft og store mengder ascites, fant man hos fire pasienter en betydelig reduksjon i mengden ascites med tranexamsyre som adjuvant behandling (7). Den samme forskningsgruppen etablerte en eksperimentell modell med celler fra en pasient med serøst cystadenokarsinom og fant at tranexamsyre hemmet celleproliferasjonen doseavhengig (8). Det er derfor forbausende at det ikke er gjort flere kliniske studier for å se på effekten av tranexamsyre på ascitesproduserende kreftsvulster i eggstokkene. Siden vi vet at en rekke kreftformer øker risikoen for tromboser og at tranexamsyre kan forsterke denne tendensen, krever bruken av dette medikamentet hos kreftpasienter spesiell oppmerksomhet.

Legemiddeløkonomi

Et annet diskusjonsmoment ved Nitter-kuren gjelder legemiddeløkonomi. Pasienter som bruker Nitter-kuren har i en årrekke fått refundert 2/3 av utgiftene via blåreseptsystemet. Kunne man ha brukt disse pengene bedre på andre områder innen kreftomsorg og kreftbehandling? Er beløpet så stort at det er grunnlag for en diskusjon? Det er gjort et overslag for 1994 (Wist E, foredrag, Årsmøte i Norsk forening for klinisk farmakologi, Tromsø, 1994). Dersom 10% av alle kreftpasienter brukte kuren gjennomsnittlig i 12 måneder, og det var 20000 nye kreftpasienter per år, var kostnaden til en full Nitter-kur (vitamin B₁₂, gammaglobulin, tranexamsyre og vanlig kosttilskudd) ca. 36 millioner kroner i 1994. Til sammenlikning ble det solgt cytostatika for i underkant av 60 millioner kroner samme år. Dersom man i tillegg bruker ernæringsvæske av type Medasond, dosert som kosttilskudd (én flaske per dag), vil dette i 1996 alene utgjøre ca. 23 millioner kroner. Selv om estimatet av kostnadene ved bruk av Nitter-kuren er usikre, er det allikevel betydelige beløp det er snakk om. Problemstillingen er relevant for å belyse konsekvenser av tilfeldige politiske vedtak som følge av press fra enkeltpasienter og pasientgrupper.

Nitter-kuren som universalkur

Diskusjonen om Nitter-kuren ble vanskeliggjort da denne behandlingen ble utvidet til en universalkur definert som "en behandlingsform mot kreft og andre sykdommer som har gitt mange pasienter et nytt liv, tatt bort smerte og bedretlivskvaliteten" (9). Som eksempel på andre sykdommer nevnes reumatoid artritt, psoriasis, migrene, allergier, mononukleose og AIDS. På denne måten har Nitter-kuren fjernet seg fra det opprinnelige idégrunnlaget: omsorg for den enkelte terminale kreftpasient.

Kliniske utprøvnings og etikk

Kliniske utprøvnings hos terminale kreftpasienter er et kontroversielt tema. Det hevdes av tilhengerne av Nitter-kuren at det er uetisk å gjennomføre kontrollerte kliniske utprøvnings på terminale kreftpasienter. Det er ikke vanskelig å ha forståelse for dette argumentet, men samtidig må terapivalg så langt det er mulig, være basert på dokumentasjon av ønskede og uønskede virkninger for å sikre enkeltindividet og gitte pasientgrupper best mulig behandling. Med tanke på dem som vil bli kreftsyke i årene som kommer, er det også mulig å hevde at det er uetisk å frata disse pasientene en best mulig behandling basert på kliniske studier blant dagens kreftsyke. Diskusjonen rundt ikke-dokumentert behandling av alvorlig syke pasienter må være individorientert så vel når det gjelder statistisk sikring av effekter som sikring av behov for omsorg i denne livssituasjonen. I den reflekterende medisin ligger det en erkjennelse av at vi en gang kommer til et veiskille hvor den høyteknologiske medisin må vike plass for håp og tro på veien mot det ukjente.

Georg Sager

LITTERATUR

1. Nitter L, Nitter L jr. Hva er Nitter-kuren? Oslo: Eget forlag, 1974.
2. Bech-Karlsen J. Nitterkuren og medisinsk informasjon i Norge. Oslo: Gyldendal, 1974.
3. Kreyberg L. Den ultimate kreftbehandling. Tidsskr Nor Lægeforen 1974; 94: 791-3.
4. Åstedt B, Svanberg L, Nilsson IM. Fibrin degradation products and ovarian tumours. BMJ 1971; 4: 458-9.
5. Åstedt B, Glifberg I, Mattsson W, Tropé C. Arrest of growth of ovarian tumor by tranexamic acid. JAMA 1977; 238: 154-5.
6. Soma H, Sashida T, Yoshida M, Miyashita T, Nakamaru A. Treatment of advanced ovarian cancer with fibrinolytic inhibitor (tranexamic acid). Acta Obstet Gynecol Scand 1980; 59: 285-7.
7. Kikuchi Y, Kizawa I, Oomori K, Matsuda M, Kato K. Adjuvant effects of tranexamic acid to chemotherapy in ovarian cancer patients with large amount of ascites. Acta Obstet Gynecol Scand 1986; 65: 453-6.
8. Kikuchi Y, Kizawa I, Oomori K, Miyauchi M, Kita T, Sugita M et al. Establishment of a human ovarian cancer cell line capable of forming ascites in nude mice and effects of tranexamic acid on cell proliferation and ascites formation. Cancer Res 1987; 47: 592-6.
9. Uleberg T. Nitter. Mannen og kuren som gir kreftpasienter nytt liv. Oslo: Ex Libris, 1992.

Publisert: 30. oktober 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 13. februar 2026.