

Ei eldre kvinne med obstipasjonsplager

ARTIKKEL

EKERHOVD E

TJUGUM J

Ei åndsfrisk 84årig enkje vart innlagd på kirurgisk avdeling til nærare undersøkjing på grunn av mistanke om maligntarmsjukdom. Frå om lag fire veker før innlegginga hadde ho fått aukande problem med å tømme tarmen. Ho hadde lagtmerke til kaliberendring av avføringa, og ved eit tilfelle hadde ho merka blod ved defekasjonen. Ho følte at «nokotrykte i magen», utan at ho hadde spesielle smerter. Appetitten var god, men på grunn av defekasjonsproblema hadde ho ikkje våga å eta seg mett dei par siste vekene før innlegginga. Defekasjonsfrekvensen varierte, men alltid var det normal avføringskonsistens. Dei siste fire dagane før innleg ginga hadde ho ikkje hatt avføring.

Tilvisande kommunelege noterte at kvinna var øm ved palpasjon av nedre del av abdomen, men palpasjonen var vanskeleg på grunn av adipositas. Blodprøvane hemoglobin (Hb), leukocyttar (LPK), Creaktivt protein (CRP) og leverenzyma (ASATog ALAT), tekne på kommunelegekontoret, viste alle normalverdiar.

Som tenåring hadde kvinna vorte appendektomert. Ho var fempara og budde og stelte seg sjølv i eigen bustad i sammehus som ein son med familie. Ho hadde mangeårige «gikt» og leddplager og stod på venteliste til kneproteseoperasjon på grunn av gonartrose.

Ut ifrå anamnesen med avføringsproblem er obstipasjonsplager og malign tarmsjukdom utgreiingsdiagnosar. Vanskarmed tarmtømminga førekjem ofte hjå eldre pasientar samtidig som ulike maligne sjukdomar kan gje uspesifikke abdominalsymptom. Målretta anamnese og kliniske undersøkingar som buk og rektalpalpasjon i tillegg til gynekologisk undersøkjing må vere vegleiande for vidare medisinskteknisk og biokjemisk undersøking.

Også ved kirurgisk avdeling fann dei at abdominal palpasjon var vanskeleg på grunn av adipositas. Ved rektalpalpasjon vart det påvist rikeleg med avføring av normal konsistens, og rekto og koloskopi viste ikkje noko anna ennhemoroidar. Blodprøvane (Hb, LPK, elektrolyttar og kreatinin) var alle normale. Symptoma blei tolka som teikn påobstipasjon, og pasienten vart utskriven til heimen med kostråd og volumaukande laksantia.

Undersøkinga ved sjukehusopphaldet vart gjort målretta med tanke på tarmsjukdom. Abdominal palpasjon var nemntsom vanskeleg, og i eit slikt tilfelle burde kanskje gynekologisk undersøking ha vorte gjort i tillegg til sonografiav buk og bekken.

Etter heimkomst hadde pasienten framleis obstipasjonsplager. Kostendringar i tillegg til laksantia var utanvedvarande hjelp. Som regel hadde kvinna dagleg avføring i små mengder av småkalibra fingertunn form.

Om lag seks månader etter første sjukehusopphald vart kvinna innlagd etter venteliste til kneoperasjon. Vedinnkomsten opplyste ho om at abdominalplagene var hennar største problem no. Dette hadde medført reduksjon avnæringsinntak og vektta på 10-12 kilo siste halvåret. Journalskrivande lege fann oppblåst abdomen med generellperkusjonsdemping. Ved auskultasjon høyrdest normale tarmlydar og bukpalpasjonen var utan tumorfunn.

Pasienten vart no «etter eige ynskje» stroken frå kneoperasjonen og sendt heim med råd om å kontakte kommunelegenfor vidare undersøking og behandling av obstipasjonsplagene.

Ved denne sjukehusinnlegginga gav anamnese og funn haldepunkt for alvorleg abdominalsjukdom. Sjukehuset burdedirekte ha gått vidare med målretta buk og bekkenundersøkingar, men valde istaden å overlate dette til kommunelegen. Kanskje var pasienten sin høge alder medverkande til denne avgjerda? Eller vart pasienten negativt råka avlegespesialiseringa, «her behandlast kne, abdomen høyrer til kommunelegen»? Den verkelege årsaka til at pasienten vartstroken frå kneoperasjonen var neppe «eige ynskje», men alarmerande og svært plagsomme abdominalsymptom.

Etter heimkomsten følte kvinna seg hjelpelaus. Det verka som om ingen ville tru på det ho fortalde, difor følte hoat ho sjølv ikkje kunne gjere meir. Dette fortalde ho til son og svigerdotter, og med deira hjelp bar det i veg tilsjukehuset for tredje gong. Innlegginga var no akutt ni dagar etter det siste sjukehusopphaldet og medinnleggingsdiagnosen subileus/obstipasjon. Abdominal sonografi og gynekologisk undersøking med transvaginal sonografiviste ascites og trulegvis primer ovarialtumor. Eksplorativ laparotomi med biopsitaking stadfestaovarialkreftdiagnosen. Ved laparotomien vart det funne store, fikserte tumormassar i det vesle bekkenet og generellabdominal karsinomatose med fleire liter ascites. Radikaloperasjon vart vurdert som umogeleg. Den histologiskediagnosen viste lite differensiert serøst papillært ovarialkarsinom.

Nesten 85 år gammal fekk kvinna vita at ho hadde alvorleg malign sjukdom. Pasienten ville vite og fekk viteprognosen for sjukdommen. Ho gav tydeleg uttrykk for at ho hadde lyst til å leve lenger dersom det fanst terapi somkunne

hjelpa på plagene hennar. Kvinna fekk informasjon om cytostatikaterapi og råd om å søke plass ved alderdomsheim/sjukeheim. Pasienten gav uttrykk for at ho heile tida hadde sagt og følt at det det fanst ein «klump» i abdomen, men hadde ikkje vorte trudd. Dette var vondt for henne å vite no då diagnosen var stilt nesten eit år ettersymptomdebut. Samtidig sa ho klart ifrå at ho ikkje skulda nokon for sein diagnosesetjing, men ho var oppteken av terapien framover. Sjukeheims plass var av pasienten til no tolka som «ei siste reise», men var det vårt råd godtok ho det.

Kvinna vart drøfta med regional onkologisk avdeling. Ho fekk tilbod om intensiv cytostatikabehandling, og dette vart gitt månadleg i seks månader framover. Terapien hadde biverknader som kravde symptomatisk behandling, mellom anna blodtransfusjonar. Samtidig gav behandlinga klare objektive teikn på minskta tumorvekst. Dei objektive kvalitetane som vart nytta var kontrollmålingar av tumormarkøren cancer antigen 125 (CA125) i blod og transvaginale sonografimålingar av tumor. Etter tre månader med behandling hadde pasienten god matlyst og var utan abdominalplager. Ho følte det trygt å vere ved aldersheimen/sjukeheimen, og etter eige ynskje fekk ho fast plass der.

Etter tre månader med behandling følte kvinna at ho igjen hadde eit fullverdig liv. Behandling vart gitt i tremånader til. Ved kontroll åtte månader seinare var kvinna livsglad og symptomfri, men undersøkinga viste igjen teikn til tumorvekst. Ny intensiv kjemoterapi vart påbyrja, men etter kort tid endra til anna cytostatikabehandling på grunn av biverknader. Ved siste kontroll 26 månader etter ho fekk kreftdiagnosen var allmenntilstanden god, og subjektivt hadde ho det godt. Ho var fullt klar over at kreftsjukdommen kunne komme tilbake, men var svært takksam for dei to åra ho hadde «fått».

DISKUSJON

Delen av eldre menneske i samfunnet aukar, og i dag «leier» kvinnene ved å leve nokre år lenger enn mennene. Dette må sjåast på som ei stor utfordring for helsevesenet (1). Året 1999 er av SN deklart som internasjonalt eldreår, og i SN sine prinsipp for eldre står det mellom anna: «Eldre skal ha tilgang til helsetenester som: hjelp til vedlikehald av eller få tilbake, fysisk, psykisk og sjeleleg velvære og førebyggje eller utsetja sjukdom. Dei eldre skal også givast full respekt til å ta avgjerd om eiga omsorg og kvalitet av eige liv» (2). Dette er viktige prinsipp som ikkje alltid lett kan verkeleggjerast.

Mangel på sjukeheims plassar og negativ omtale av sjukeheimar i media er ikkje uvanleg. Dette styrkjer mange eldre ideer om at sjukeheims plass er ein «siste lagringsplass». God informasjon om aktuell sjukeheim og samtale om kvifor sjukeheims plass vert tilrådd må vere obligatorisk ved alle sjukehus.

Nye medisinar og medisinske tekniske nyvinningar i tillegg til allment betre helse hjå eldre har redusert operasjonsrisikoen hos gamle pasientar (3). Dei medisinske nyvinningane har ført til auka spesialisering innan helsevesenet. Totalt sett bør dette vere til nytte for alle pasientane våre. Økonomi og ressursbruk er andre viktige element i helsetenesta i dag. Yngre og arbeidsaktive menneske har «høgre verdi» enn pensjonerte kvinner og menn. Eislik bedriftsøkonomisk vidareutvikling i helsevesenet utan etisk samkøyring vil gjere dei eldre til taparar.

Grunnlaget for pasientundersøkingar tuftar framleis på anamnese og enkle kliniske undersøkingar. Pasienten som menneske må vere i sentrum, ikkje pasienten sin tarm eller sine kne. Eldre pasientar treng ofte meir tid til samtale og til undersøking enn yngre personar. Dette må sjukehus ta omsyn til, og ressursmangel må ikkje føre til at pasientar vert heimsende utan nødvendig utgreiing. Ved uklare abdominalsymptom/funn skal det alltid gjerast underlivsundersøking.

Den auka spesialiseringa må ikkje resultere i at kunnskap om sjukdommar utanfor spesialiteten sitt område vert gløymde. Tvert imot skal spesialiseringa komme pasienten til nytte. For å oppnå dette krevst kontinuerleg dialog mellom dei ulike spesialitetane. Kvalitetssikra tilvisingsrutinar mellom ulike sjukehusavdelingar stettar eit slikt krav.

Kanskje er det slik at gamle lettare vert avfeia når dei kjem med problema sine, ikkje berre av dei gamle, men også av dei ofte er mindre kravstore enn yngre menneske. Dessutan viser eldre menneske stor lojalitet til uttale og råd gitt av fagpersonar. Påtrykk frå pårørande er ofte nødvendig for at eldre pasientar skal nå fram med sine synspunkti helsevesenet. Dette må takast på alvor av helsepersonal, som i samråd med den eldre pasienten oftare bør be om tilleggssopplysningar frå pårørande. Risikoen for dei fleste maligne sjukdomar aukar med alderen, slik er det òg for ovarialcancer (4). Tidleg diagnose av sjukdommen er viktig for prognosen. Han vert oppgjeven til å vere 75 % femårig overlevnad for tidleg stadium, medan avansert stadium har 9-28 % treårig overlevnad (5). Gynekologisk undersøking med transvaginal sonografi bør utførast på alle kvinner med nedre abdominalsymptom i tidleg fase av utgreiinga. Denne undersøkinga er rask, enkel og pasientvenleg, i tillegg til å vere kostnadseffektiv (5, 6). I dag skal transvaginalsonografi vere ein naturleg del av gynekologen si spesialistundersøking. Gynekologisk undersøking hos spesialist er ikkje komplett utan transvaginal sonografi. Transvaginal undersøking kan utførast poliklinisk utan særskild førebuing. Ved vurdering av adnexoppfyllingar hos postmenopausale kvinner med omsyn til malignitet har transvaginal sonografi ein spesifisitet på om lag 80 % og ein sensitivitet på oppimot 100 % (7). Undersøking av tumormarkøren CA125 i blod er også av verdi ved mistenkt ovarialcancer, særskilt hos postmenopausale kvinner (5).

Kirurgi er som regel førstevalsterapi ved ovarialcancer. Høg alder aleine er ikkje kontraindikasjon for kurative gynekologiske operasjonar (3). Eldre kvinner synest også å tolerere cytostatikabehandling nesten like bra som yngre kvinner (8). Ingen veit i dag på førehand kven som får nytte av kjemoterapien, samtidig som det er uråd å seie kor alvorlege biverknader som kan råke den einskilde pasienten. Monitorering av CA125 i blod under behandling og ved kontrollar kan vere til stor nytte (5). Høg CA125-verdi tyder på tumoraktivitet/progrediering, medan reduksjon/normalisering av CA125-verdien talar for terapieffekt.

Alle desse opplysningane må også dei gamle verta fortalde. Dei må som alle andre pasientar få sannferdige opplysningar. Ingen lege har utan vidare rett til å avslå terapi på grunn av høg alder aleine. Samtidig må behandlinga overvakast like nøye som hos yngre pasientar og avsluttast dersom plagene er større enn

nytt. Eit par års lengre livhos eldre menneske med livslyst har stor verdi for den einskilde pasienten. Helsevesenet har ingen rett til å sette aldersgrenser for utgreiingar og behandlingar.

KONKLUSJON

Ovarialkreft har ofte diffuse abdominalplager som primærsymptom. Sjukdommen har i tidleg stadium relativ godprognose. I tillegg til god anamnese og vanleg klinisk undersøkjing er gynekologisk undersøkjing med transvaginalsonografi viktig for tidlegdiagnosen. CA125målingar er relevant både for diagnose og terapi. Førekomsten av ovarialkreft aukar med alderen, og delen av eldre kvinner aukar i samfunnet. Helsevesenet må bu seg på å ta hand om fleire eldre kvinner med ovarialkreft enn tidlegare. Desse treng anna og kanskje meir omsorg enn yngre kvinner. Høgaldre åleine er ikkje kontraindikasjon til avansert kreftterapi.

Erling Ekerhovd

Jostein Tjugum

Kunnskapssprøve på

<http://dnlfquiz.tangen.no>

LITTERATUR

1. Gissy P. Pensjonistbomben - smeller den? Therapia Medica 1999; 1: 3-5.
2. FN's prinsipper for eldre. Geronius 1999; 1: 2-3.
3. Schaffer M, Winter R. Gerontochirurgie an der Grazer Frauenklinik. Geburtshilfe Frauenheilkunde 1997; 57: 182-6.
4. Yancik R. Ovarian cancer. Age contrasts in incidence, histology, disease stage at diagnosis and mortality. Cancer 1993; 71 (suppl 2): 517-23.
5. Goldstein SR. Postmenopausal adnexal cysts: how clinical management has evolved. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 1498-501.
6. Granberg S, Wikland M. Ultrasound in the diagnosis and treatment of ovarian cystic tumours. Hum Reprod 1991; 6: 177-85.
7. Sassone AM, TimorTritsch IE, Artner A, Westhoff C, Warren WB. Transvaginal sonographic characterization of ovarian disease: evaluation of a new scoring system to predict ovarian malignancy. Obstet Gynecol 1991; 78: 70-6.
8. Edmonson JH, Su J, Krook JE. Treatment of ovarian cancer in elderly women. Mayo Clinic - North Central Cancer Treatment Group studies. Cancer 1993; 71 (suppl 2): 615-7.

Publisert: 20. november 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 22. mars 2026.