
Kreftbehandling og covid-19

LEDER

ODD TERJE BRUSTUGUN

otr@vestreviken.no

Odd Terje Brustugun er dr.med., spesialist i onkologi og overlege ved Onkologisk seksjon, Vestre Viken, Drammen sykehus. Han er leder i Norsk lungekreftgruppe.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Også i pandemiåret 2020 vil over 34 000 personer i Norge få en kreftdiagnose. Hvordan skal vi sikre disse pasientene tilfredsstillende behandling og oppfølging?

Kreftleger er vant til å prioritere, og ordene *nytte*, *ressurs* og *alvorlighet* er en frekvent del av vårt vokabular. I løpet av noen få uker i mars har ordet *ressursknapphet* blitt mer påtrengende. Det er ikke lenger dyre kreftlegemidler vi diskuterer mest. Pandemien gjør at kvaliteten på tilbudet må senkes.

Det er sjelden «blålys-problematikk» innen onkologi, men det meste haster likevel. Utredning skal gå raskt, kurerende behandling må igangsettes, og lindrende behandling skal også tilbys. Hvordan skal dette håndteres i et helsesystem på bristepunktet?

Erfaringer fra kreftomsorgen i det covid-19-rammede Italia begynner å komme. Man er bekymret for forsinkelser som vil kunne ha vesentlig betydning for prognose (1). Også andre aspekter rundt kreftomsorgen vil påvirkes. Målet må være å balansere kapasitetsutfordringer med kvalitet for å sikre at pasientene får en likeverdig behandling, uavhengig av om diagnosen er covid-19 eller annen alvorlig sykdom, som for eksempel kreft (2).

Her hjemme er alle kreftscreeningprogram satt på vent. Dette er det eneste kreftspesifikke tiltaket som er nevnt i Helsedirektoratets notat om prioritering av helsehjelp under covid-19-pandemien (3). Formålet er å redusere kontaktpunkter inn mot helsevesenet og å spare ressurser.

«Målet må være å sikre at pasientene får likeverdig behandling, uavhengig av om diagnosen er covid-19 eller annen alvorlig sykdom»

Utredning ved mistanke om kreft bør ikke forsinkes unødig. Vi kan likevel måtte akseptere at terskelen heves. Ved lav mistanke, for eksempel et lite suspekt mammografifunn, kan utredningen trolig utsettes uten at det går vesentlig ut over prognosen. Generelt bør man fokusere på det som er nødvendig for å legge en initial behandlingsplan, og unngå overutredning. Overføring av pasienter mellom sykehus bør unngås om mulig.

Behandling med kurasjonsmål skal prioriteres høyt. De fleste kreftoperasjoner bør gjøres innen korte tidsfrister. Unntak kan være lavrisiko-prostatakreft, små brystsvulster og annet. Internasjonale organisasjoner som American College of Surgeons har foreslått triage av kreftkirurgi (4). Nytt av adjuvant cellegiftbehandling bør veies mot risikoen for innleggeskrevende komplikasjoner som nøytropen feber og eventuell intensivbehandling. I noen tilfeller kan adjuvant behandling utsettes eller sløyfes uten stor risiko for prognosetap.

Den store gruppen kreftpasienter som får livsforlengende behandling i form av cellegift og immunterapi, er en spesiell utfordring. Ved innleggelser er tverrfaglig diskusjon omkring prognose og forventet behandlingseffekt essensielt. Man bør ha i mente risikoen for underbehandling som kan påvirke utfall og gi redusert livskvalitet.

En tidlig artikkel fra Kina viste at av 32 covid-19-pasienter som hadde alvorlig underliggende sykdom og lå på respirator, overlevde kun én (5). Det kan derfor være grunn til å samtale med kreftpasienter og pårørende, også før påvist covid-19, om at respiratorbehandling kanskje ikke vil være hensiktsmessig.

For å redusere belastningen på poliklinikker kan intravenøs behandling erstattes med peroral medikasjon, eventuelt subkutane injeksjoner. Vedlikeholdsbehandling kan stoppes tidligere enn vanlig. Stråleterapi kan generelt gis med færre fraksjoner og høyere fraksjonsdose enn ellers. Alle disse tiltakene kan kreve økt årvåkenhet i oppfølgingen, blant annet for å sikre etterlevelse ved peroral behandling og for å fange opp symptomendringer.

«Strengte begrensninger på oppmøte for pårørende kan være spesielt utfordrende»

Ved kontroller kan fysisk oppmøte i stor grad erstattes med telefonkonsultasjon. Erfaringen etter få uker er at pasienter har stor aksept for dette. Anamneseopptaket må være fokusert på å sikre innhenting av informasjon som ellers ville kunne blitt kommunisert ikke-verbalt. Ofte skal det gis negativ informasjon som kan være krevende å forholde seg til via telefon. Strengte begrensninger på oppmøte for pårørende kan være spesielt utfordrende innen kreftområdet, der de fleste konsultasjoner gjøres med ektefelle eller andre til stede. Slike fellesmøter sikrer god overføring av informasjon og kan

være trøstende og angstdempende. Ved telefonkonsultasjoner kan bruk av høyttaler gjøre det mulig for pårørende å delta i samtalen. Digital hjemmeoppfølging kan være spesielt nyttig.

Også i 2020 vil over 10 000 pasienter dø av kreftsykdom. Omsorg mot livets slutt skal selvsagt ha høy prioritet. Dersom pandemien utvikler seg som man har sett i andre land, blir dødsårsaksregistreringen viktig. Vil kreftdødeligheten gå ned i 2020 på grunn av økt covid-19-dødelighet?

Ved fare for ekstrem ressursknapphet kreves rask omstilling og tydelige prioriteringer, men også redusert kvalitetsforventning (6). Pasienter må informeres grundig om grunnlaget for avvik fra standardbehandling. Kreftforeningen ga tidlig inngående informasjon om situasjonen (7). For personell på kreftavdelinger er samhold, hvile og egenpleie samt ledelsens omsorg for medarbeiderne viktigere enn noen gang – for å sikre at pasientene får best mulig behandling, tross alt.

LITTERATUR

1. Pellino G, Spinelli A. How COVID-19 outbreak is impacting colorectal cancer patients in Italy: A long shadow beyond infection. *Dis Colon Rectum* 2020; 63. doi: 10.1097/DCR.0000000000001685. [PubMed][CrossRef]
2. Francesco C, Pettke A, Michele B et al. Managing COVID-19 in the oncology clinic and avoiding the distraction effect. *Ann Oncol* 2020; 31. doi: 10.1016/j.annonc.2020.03.286. [CrossRef]
3. Prioritering av helsehjelp i Norge under covid-19 pandemien. Notat. Oslo: Helsedirektoratet, 2020. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/beredskap-og-krisehandtering/koronavirus/anbefalinger-og-beslutninger/Covid-19%20prioritering%20i%20helse-%20og%20omsorgstjenesten%20notat%20fra%20Helsedirektoratet%2025.%20mars%202020.pdf> Lest 26.3.2020.
4. COVID-19 Guidelines for Triage of Cancer Surgery Patients. Chicago, IL: American College of Surgeons, 2020. <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-case/cancer-surgery> Lest 26.3.2020.
5. Zhou F, Yu T, Du R et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; 395: 1054–62. [PubMed][CrossRef]
6. Ueda M, Martins R, Hendrie PC et al. Managing cancer care during the COVID-19 pandemic: agility and collaboration toward a common goal. *J Natl Compr Canc Netw* 2020; 18: 1–4. [PubMed]
7. Kreftforeningen. Korona og kreft. <https://kreftforeningen.no/korona-og-kreft/> Lest 26.3.2020.

Publisert: 3. april 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0280

