

Viden om tegn på kræft med henblik på tidlig diagnostik

En kvalitativ interviewundersøgelse

Alment praktiserende læge Bjarne Lühr Hansen

Syddansk Universitet,
Forskningsenheden for Almen Medicin i Odense

Resumé

Introduktion: Formålet med studiet var at belyse strategisk udvalgte informanternes kendskab til tegn på kræft med henblik på tidlig diagnostik og at belyse årsager til lægekontakt ved tilstedeværelsen af tidlige tegn på kræft.

Materiale og metoder: I marts 2003 fik 200 personer, over 40 år og bosiddende i Fyns Amt, tilsendt et spørgeskema vedrørende mulige tegn på kræft samt en anmodning om at deltage i en interviewundersøgelse. Seks kvinder og fire mænd i alderen 47-82 år blev udvalgt til et kvalitativt dybdeinterview. Interviewets temaer var: Hvad vidste informanterne om tegn på kræft? Hvorfra stammede denne viden? Hvilke faktorer havde betydning for, om informanterne med tegn på kræft søgte læge?

Resultater: Informanterne i nærværende undersøgelse havde et godt kendskab til sygdomstegn ved sene stadier af kræft, men et ringe kendskab til tidlige tegn på kræft. Informanterne havde først og fremmest deres viden fra terminale kræftsygdomme hos familie eller omgangskreds, mens information fra medierne ikke var af betydning. Årsagen til informanternes ringe viden om tidlige tegn på kræft hang sammen med, at deres informationskilde vedrørte terminale og ikke tidlige stadier af kræftsygdomme. Blandt informanterne var der tre hovedårsager til lægekontakt, som var udløst af det registrerede tegn på kræft: 1) at tegnet ikke gik væk, 2) at informanten ikke havde en fornuftig forklaring på årsagen til tegnet og 3) at informanten fra sin egen erfaring vidste, at det kunne være kræft.

Konklusion: Der synes at være et behov for oplysning om tidlige tegn på kræft, idet øget viden vil kunne bevirke, at man søger læge, og dermed vil patientforsinkelsen eventuelt kunne reduceres.

I Danmark skyldes 20-25% af alle dødsfald kræftsygdomme, og incidensen af kræftsygdomme er stigende. Den relative femårsoverlevelse for kræftsygdomme i Danmark er 39% for mænd og 51% for kvinder. Femårsoverlevelsen er de sidste ti år blevet forbedret med 5-6% [1].

Prognosen for kræftsygdomme er afhængig af sygdommens stadie på diagnostetidspunktet, idet kræftsygdomme, der behandles i et tidligt stadie, har den bedste prognose. Screening er den mest udbredte metode med henblik på tidlig diag-

nostik af kræftsygdomme. Som eksempel kan nævnes cytologisk undersøgelse af cervixafkrab og mammografi. Reduktion af forsinkelsen i diagnostik og behandling af kræftsygdomme (tiden fra første registrering af symptom hos patienten og til opstart af behandling i sundhedsvæsenet) er en anden mindre udbredt metode til tidlig diagnostik.

Internationale sammenligninger har vist, at danske kræftpatienters femårsoverlevelse er lavere end i andre europæiske lande [2]. Der er blandt danske kræftpatienter en mindre andel, der har lokaliseret kræftsygdom på diagnostetidspunktet, end blandt patienter i de nordiske lande [3]. Det er således sandsynligt, at danske kræftpatienter bliver diagnosticeret og behandlet i et senere sygdomsstadie og dermed har en dårligere overlevelse.

Forsinkelsen i diagnostik og behandling af kræftsygdomme kan opdeles i en patientforsinkelse (tiden fra første registrering af symptom hos patienten til første kontakt med sundhedsvæsenet) og lægeforsinkelse (tiden fra første henvendelse til sundhedsvæsenet og til opstart af behandling). Studier har påvist, at patient- og lægeforsinkelsen er af samme størrelsesorden [4]. En gennemgang af tidligere undersøgelser viser, at patientforsinkelsen for 30-50% af alle kræftpatienter er over tre mdr. [5]. Patientforsinkelsen for lungekræft er gennemsnitlig tre mdr. [6], brystkræft to mdr. [7] og for malignt melanom seks mdr. [8].

Det er dokumenteret, at patientforsinkelse ved symptomatisk brystkræft fører til lavere overlevelse. Kvinder, der venter 3-6 mdr. med at søge læge på grund af en knude i brystet, har en signifikant dårligere prognose, end kvinder, der venter mindre end tre måneder [4]. Det er sandsynligt, at lignende sammenhænge er gældende for mange andre kræftformer.

Viden om, at et givet symptom kan være tegn på kræft, vil være første skridt i den sekvens, der fører til lægekontakt. Patienter med blod i afføringen, som mente, at dette kunne være tegn på kræft, søgte tidligere læge end de patienter, der opfattede blod i afføringen som tegn på hæmoroider, eller som ikke havde gjort sig nogen overvejelser. Blandt 625 patienter med lunge- og brystcancer og kolorektalcancer var den hyppigste årsag til patientforsinkelse, at de forventede, at symptomerne ville forsvinde igen.

En engelsk undersøgelse fandt, at mindre end 10% af et tilfældigt udtræk af den engelske befolkning kendte til syv oplagte tidlige tegn på kræft. Andre undersøgelser har ligeledes dokumenteret en ringe viden om tidlige tegn på kræft [9, 10].

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Ud over enkelte sociodemografiske forhold (alder, køn, uddannelse og socialklasse) har det ikke været muligt at påvise forhold, der har betydning for befolkningens kendskab til tegn på kræft.

Formålet med nærværende undersøgelse var ved hjælp af et kvalitativt interview at belyse strategisk udvalgte informanternes kendskab til tegn på kræft med henblik på tidlig diagnose, at afdække faktorer af betydning for kendskabet samt at belyse årsager til lægekontakt ved tilstedeværelsen af tidlige tegn på kræft.

I det følgende bruges betegnelsen »tegn på kræft« om et symptom, der øger sandsynligheden for kræftsygdom, men ikke nødvendigvis er ensbetydende med kræftsygdom.

Materiale og metoder

Den kvalitative undersøgelse blev baseret på ti dybdeinterview af seks kvinder og fire mænd i alderen 47-82 år. Informanterne blev udvalgt på baggrund af deres besvarelse af et spørgeskema, som blev udsendt i marts 2003 til 200 personer over 45 år udtrukket fra CPR og bosiddende i Fyns Amt. Udtræk fra CPR blev foretaget i henhold til registrets standardvedtægter.

Spørgeskemaet blev besvaret af 110 (55%). Af de 110, der returnerede spørgeskemaet, havde 69 tilkendegivet, at de var villige til at deltage i et efterfølgende interview. I spørgeskemaet blev der spurgt om tilstedeværelsen af forskellige tegn på kræft inden for de seneste tre måneder (**Figur 1**), og om pågældende havde talt med lægen om tegnet. På baggrund af besvarelserne i spørgeskemaerne udvalgte man interviewdeltagere strategisk, for at sikre kvalitativ reproducerbarhed [11]. Ved udvælgelsen blev der taget hensyn til alders- og kønsfordelingen og eventuel lægekontakt. I alt 32 havde oplevet et tegn på kræft inden for de seneste tre måneder, heraf havde 18 søgt læge. Af de ti informanter var der både informanter med og uden lægekontakt (**Tabel 1**).

Følt en knude i brystet
Opdaget ændring af brystvortens udseende
Opdaget, at det blødte eller væskede fra brystvorten
Opdaget rynket eller fortykket hud over brystet
Hostet blod op
Hostet i mere end seks uger og plejer ikke at hoste
Plejer godt nok at hoste, men ikke sådan som i de sidste seks uger
Været hæs i mere end fire uger
Opdaget blod i urinen
Følt en knude i pungen
Opdaget, at den ene testikel ændrede størrelse eller form
Opdaget et modermærke, der ændrede farve, størrelse eller form
Haft et sår på huden, som ikke ville hele
Haft ændring i afføring (antal og form), der varede mere end fire uger
Haft ondt i maven i mere end fire uger
Haft fornemmelsen af ikke at kunne komme helt af med afføringen
Haft smerter ved afføring
Set blod i afføringen

Figur 1. Tegn på kræft inden for de sidste tre måneder.

Interviewene blev foretaget af forfatteren. De metodologiske forudsætninger for gennemførelsen var opnået gennem kurser, deltagelse i en kvalitativ studiegruppe samt erfaring fra tidligere kvalitative undersøgelser. Interviewene fandt sted i informanternes eget hjem og varede 30-45 minutter. Alle samtaler blev optaget på bånd og senere transskriberet. Interviewene var semistrukturerede og baserede på en emneinddelt interviewguide, der var afprøvet i et pilotstudie.

Ved starten af interviewet blev informanterne oplyst om formålet med undersøgelsen. Emnerne var informantens viden om tegn på kræft, hvorfra denne viden stammede samt overvejelser om og årsager til lægekontakt respektiv manglende lægekontakt ved registreret tegn på kræft inden for de sidste tre måneder.

Viden om tegn på kræft blev belyst dels ved at bede informanten frit fortælle, hvilke tegn på kræft vedkommende kendte til, og dels ved at konfrontere informanten med fire oplagte tidlige tegn på kræft (blod i afføringen, blod i urinen, opspyt af blod og langvarig hæshed). Endvidere blev informanterne bedt om at fortælle, hvor deres viden om tegn på kræft stammede fra.

Ved informantens overvejelser omkring og årsager til lægekontakt tog man udgangspunkt i det mulige tegn på kræft, informanten havde registreret i spørgeskemaet Tabel 1. Informanterne blev bedt om at fortælle, hvorfor de lige netop på dette tidspunkt havde valgt at tale med lægen om tegnet, eller hvorfor de ikke havde talt med lægen.

Under interviewene foregik der en løbende tolkning. Informantens opfattelse af temaerne blev søgt afklaret, og efter afslutning af hvert tema foretog forfatteren en konklusion, som informanten blev konfronteret med og skulle acceptere. Analyseprocessen bestod af gentagne gennemlytninger af bånd og læsning af udskrifter og var inspireret af metoden, der knytter sig til *grounded theory* [12]. Ved gennemlytning af båndene og læsning af udskrifterne blev svarene kategoriseret. Efterfølgende blev der ledt efter mønstre og sammenhænge. Ønsket var dels at beskrive informanternes viden om tegn på kræft og hvorfra de havde denne viden, samt at afdække faktorer af betydning for valg af lægekontakt ved tilstedeværelse af tegn på kræft.

Materialets indholdsvaliditet sikrede man ved, at interviewer under interviewet fulgte op på spørgsmål og afprøvede sine fortolkninger, således at informanten fik mulighed for at tydeliggøre sine synspunkter.

Resultater

I det følgende er der bragt kommenterede citater, der beskriver de valgte temaer. Kommentar i parentes refererer til informantens køn, alder og nummer i Tabel 1.

Kendskab til tegn på kræft

Informanterne blev bedt om at nævne nogle tegn, der kunne få dem til at tænke på kræft:

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Informanternes besvarelse af tidligere udsendt spørgeskema.

Interviewnr.	Køn	Alder (år)	Tegn på kræft	Søgt læge
1	Kvinde	82	Blod i urinen	Ja
2	Kvinde	68	Hoste >seks uger	Ja
3	Mand	47	Blod i afføringen	Nej
4	Kvinde	72	Modermærke der voksede	Nej
5	Mand	69	Blod i afføringen	Ja
6	Kvinde	51	Knude i brystet	Nej
7	Kvinde	67	Knude i brystet	Ja
8	Mand	76	Knude i pungen	Ja
9	Mand	59	Blod i urinen	Nej
10	Kvinde	73	Hoste >seks uger	Nej

»Nu tænker jeg som regel ikke på, om jeg skulle få kræft, så bliver man jo først rigtig bange ... men jeg kan da nævne ud-talt træthed ... man sover hele tiden ... ikke kan være med til ret meget eller være aktiv ... smerter i hele kroppen ... Men et modermærke, der vokser, vil da også kunne få mig til at tænke på kræft« (kvinde, 72 år, nummer 4).

»Jeg tænker normalt ikke på kræft ... men smerter i låret og manglende kræfter ... i det hele taget smerter over det hele ... knuder rundt omkring på kroppen ... meget svær træthed« (mand, 69 år, nummer 5).

»Jeg vil helt klart nævne en knude i brystet, det kan virkelig gøre mig bange ... men andre tegn kunne da være smerter og træthed ... men ellers er kræft ikke noget, jeg tænker over« (kvinde, 51 år, nummer 6).

»Det første, jeg vil tænke på, er besvær med vandladningen og skøre knogler, der brækker ... men smerter og træthed vil vel nok også kunne være kræft« (mand, 59 år, nummer 9).

»Knuder på halsen og træthed, ved jeg, kan være tegn på kræft ... men ellers er kræft ikke noget, jeg sådan går og tænker på i det daglige« (mand, 76 år, nummer 8).

Informanternes viden om tegn på kræft kan opdeles i to grupper: 1) sene tegn på kræft, hvor kræftsygdommen er i et fremskredent stadie, eksempelvis træthed, smerter, brud på knogler, og 2) tidlige tegn på kræft, hvor kræftsygdommen er i et tidligt stadie, eksempelvis et modermærke, der vokser eller en knude i brystet. De fleste af informanterne gav spontant udtryk for, at kræft ikke var noget, de tænkte på i hverdagen.

Herefter blev informanterne bedt om at tage stilling til, hvilke sygdomme de først ville tænke på ved tilstedeværelsen af blod i afføringen, blod i urinen, opspyt af blod og langvarig hæshed:

»Blod i afføringen, ja da ville jeg nok først tænke på hæmmorroider eller et mavesår ... ja, det kan selvfølgelig godt være kræft, men det tror jeg ikke, det er« (mand, 47 år, nummer 3).

»Det ved jeg ikke rigtig, det kan jo være alt muligt ... jeg kender ikke nogen, der har haft det (blod i urinen) ... nej, jeg vil ikke tænke på kræft« (kvinde, 68 år, nummer 2).

»Sidste gang jeg var forkølet, var jeg hæs i lang tid ... hvis man ryger, kan man vel blive hæs, eller hvis man råber meget

... men sygdom, nej, det tror jeg ikke det er« (kvinde, 51 år, nummer 6).

»Hvis man hoster i flere uger, kan man vel få det (blod i opspyt), og hvis man ryger, kan det være kræft i lungerne ... og blod i afføringen, nej, det kan ikke være kræft ... og det andet (blod i urinen) kan jo komme af så meget ... ja det kan være betændelse eller blødninger« (kvinde, 82 år, nummer 1).

De fire symptomer blev kun sjældent tolket som tegn på kræft. På direkte forespørgsel om symptomet kunne være tegn på kræft, svarede nogle, at selv om de ikke havde tænkt på det, så kunne det være et tidligt tegn på kræft, mens andre ikke mente, det kunne være kræft.

Informationskilder

Alle informanterne havde deres egen »historie« omhandlende et tilfælde af kræft blandt familie eller venner. »Historien« var den vigtigste kilde til deres erhvervede viden om tegn på kræft. Hovedparten af personerne (familiemedlemmer eller venner) i de nævnte »historier« var døde af kræft.

»Ja, det gik jo ret hurtigt, fra den ene dag til den anden var vores søn rask og så død ... man kan jo ikke lade være med at spekulere på, om man selv eller lægen kunne havde gjort det bedre ... han havde smerter, og kræften bredte sig hurtigt til knoglerne ... til sidst lå han bare i sengen og sov ... det værste var, at ingen kunne gøre noget ... jeg mener ikke, at lægerne var for dårlige, men det er svært at forstå« (mand, 69 år, nummer 5).

»Min mand havde været syg i lang tid, inden det blev opdaget, ja flere år ... der var slet ikke problemer med vandladningen, selv om det var kræft i prostata ... det begyndte med træthed og senere kom smerterne ... men det var for sent, de kunne ikke gøre noget« (kvinde, 72 år, nummer 4).

»Hun var aldrig syg, selv om hun røg ... det begyndte med, at hun fik ondt i ryggen ... senere kom der jo knuder på halsen ... så vidste jeg godt, hvad der var galt« (mand, 76 år, nummer 8).

»Pludselig var han (arbejdskollega) der ikke mere ... han havde godt nok set træet ud i lang tid og haft en kedelig farve i hovedet, helt rød ... jeg tror ikke, han havde ondt ... det var kræft i testiklen« (mand, 59 år, nummer 9).

Informanterne blev spurgt, om de havde læst eller hørt om kræft i medierne (fjernsyn, bøger, blade og lignende). Alle (undtagen informant nummer 4) angav, at de aldrig læste om kræftsygdomme, og at de ikke havde hentet viden om kræft fra medierne. Informationskilden var således først og fremmest informanternes erfaring med terminale kræftsygdomme hos familie eller omgangskreds, mens information fra forskellige medier om kræftsygdomme ikke var af betydning.

Årsager til lægekontakt

Informanterne blev, med udgangspunkt i det tegn på kræft, de havde registreret i spørgeskemaet, bedt om at forklare, hvorfor de havde kontaktet, respektivt ikke havde kontaktet lægen.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

»Jeg havde jo mærket den her knude i pungen i nogen tid ... men den gjorde ikke ondt og generede ikke ... til sidst sagde min kone, at nu måtte jeg altså gå til læge, så det gjorde jeg ... jeg tænkte jo også på, at hun godt vidste, hvad knuder kunne være for noget ... ja det var kræft, jeg tænkte på ... det var heldigvis ikke noget alvorligt« (mand, 76 år, nummer 8).

»Jeg ved ikke, hvor længe jeg havde haft det (blod i afføringen) ... men en dag var der blod overalt i toiletet, og det gjorde ondt ... jeg blev ikke bange, men det gjorde altså ondt, så gik jeg til læge ... det var fordi, jeg alligevel skulle til kontrol ... ja det er mit blodtryk, som han måler en gang i mellem« (mand, 69 år, nummer 5).

»Jeg har tit haft blod i vandet, og så er jeg gået op til lægen og har fået noget penicillin, og så er det gået væk ... det regner jeg ikke for noget ... nogle gange kommer det og går væk igen af sig selv ... men sidste gang varede det flere dage ... jeg vidste ikke, hvad det var, og så gik jeg til læge«. (kvinde, 82 år, nummer 1).

»Det her modermærke voksede lidt, men generede mig egentlig ikke ... en dag var det væk ... jeg tror nok, det var fordi, jeg havde kradsset i det ... men væk er det ... jeg går ikke sådan lige til læge med alt muligt ... men havde jeg været der (hos lægen) for noget andet, så ville jeg nok have nævnt det« (kvinde, 72 år, nummer 4).

»Jeg var ikke helt sikker på, at der var en knude, og min mand kunne ikke føle noget ... jeg lurede lidt på den, men så en dag var den væk« (kvinde, 51 år, nummer 6).

»Det var en rigtig slem gang influenza, og den hoste ville bare ikke gå væk ... jeg tænkte på at gå til lægen og få noget mod hosten ... men nogle af mine bekendte havde den samme hoste, så jeg vidste godt, hvad det var ... og så forsvandt hosten ... var den ikke gået væk, var jeg gået til læge« (kvinde, 73 år, nummer 10).

Der var blandt informanterne tre hovedårsager til lægekontakt udløst af det registrerede tegn på kræft: 1) at tegnet ikke gik væk, 2) at informanten ikke havde en fornuftig forklaring på årsagen til tegnet og 3) at informanten fra sin egen »historie« vidste, at det kunne være kræft. De, der ikke søgte læge, havde enten en god forklaring på tegnet, eller også forsvandt tegnet af sig selv. For enkelte informanter var det pres fra familie eller venner, der førte dem til læge.

Diskussion

Patientens viden om, at et givet symptom kan være tegn på kræft, vil være det første trin i den proces, der fører til lægekontakt. Nærværende undersøgelse fandt, at informanterne havde et vist kendskab til tegn på kræft, samt at deres viden var størst omkring tegn på kræft i fremskredne stadier og mindst omkring tidlige tegn på kræft. Udenlandske undersøgelser har i overensstemmelse hermed dokumenteret et ringe kendskab til advarselssymptomer [9, 13, 14].

Informanternes informationskilde var først og fremmest egen erfaring med terminale kræftsygdomme hos familie eller

omgangskreds, mens information fra forskellige medier om kræftsygdomme ikke var af betydning. Årsagen til informanternes ringe viden om tidlige tegn på kræft var således, at deres informationskilde vedrørte terminale og ikke tidlige stadier af kræftsygdomme. Andre undersøgelser har i overensstemmelse hermed vist, at viden om tegn på kræft er højest blandt personer, hvis familiemedlemmer har haft kræft [15].

Kendskab til advarselssymptomer fører ikke nødvendigvis til lægekontakt [16]. Nærværende undersøgelse fandt, at der blandt informanterne var tre hovedårsager til lægekontakt udløst af det registrerede tegn på kræft: 1) at tegnet ikke gik væk, 2) at informanten ikke havde en fornuftig forklaring på årsagen til tegnet og 3) at informanten fra sin egen »historie« vidste, at det kunne være kræft.

Undersøgelsen er baseret på 30-45 minutters dybdeinterview af ti personer. Denne metode blev valgt, fordi den eksisterende viden om årsager til patientforsinkelse, ved forekomsten af tidlige tegn på kræft, ikke var tilstrækkelig til at teste en bestemt hypotese. Der var behov for at indsamle ny viden med henblik på senere at generere en hypotese om årsager til patientforsinkelse ved tilstedeværelsen af tidlige tegn på kræft. Få udvalgte informanter i undersøgelsen sikrede en begrebsmæssig styrke og repræsentativitet i forhold til overførbare, idet der var mulighed for dybdegående indsigt i hvert enkelt fænomen. Undersøgelsen har derfor høj indholdsvaliditet med stor detaljerighed i datamaterialet, men ukendt numerisk repræsentativitet [17]. Resultaterne fra nærværende undersøgelse kan ikke generaliseres til baggrundspopulationen, hvad angår fordelingen af de iagttagede fænomener, men derimod hvad angår forekomsten.

Konklusion

Informanternes kendskab til tidlige tegn på kræft har i nærværende undersøgelse vist sig at være ringe. En sådan manglende viden er u hensigtsmæssig med henblik på tidlig diagnostik af kræftsygdomme. Endvidere havde informanternes viden om tidlige tegn på kræft betydning for om, de tog kontakt til lægen eller ej, idet informanterne valgte at tage kontakt til læge, hvis de ikke havde en god forklaring på symptomet, eller hvis de mente, symptomet kunne være kræft. På baggrund af interviewundersøgelsen kan det konkluderes, at der er behov for oplysning om tidlige tegn på kræft, idet øget viden i befolkningen vil kunne påvirke, at man søger læge ved tilstedeværelse af et advarselssymptom.

Korrespondance: *Bjarne Lühr Hansen*, Forskningsenheden for Almen Medicin, Syddansk Universitet, DK-5000 Odense C.
E-mail: bhansen@health.sdu.dk

Antaget: 18. august 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Storm H, Engholm G. Relativ overlevelse for danske kræftpatienter diagnosticeret 1981 til 1997 og fulgt til år 2001. *Ugeskr Læger* 2002;164:2855-64.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

- Berrino F, Capocaccia R, Esteve J et al, eds. Survival of cancer patients in Europe: the EUROCARE-2study. Lyon: IARC Sci Publ 1999;151:1-569.
- Engeland A, Haldorsen T, Tretli S et al. Prediction of cancer mortality in the Nordic countries up to the year 2000 and 2010. APMIS Suppl 1995;49:1-161.
- Richards MA, Westcombe AM, Love SB et al. The influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. Lancet 1999; 353:1119-26.
- Antonovsky A, Hartman H. Delay in the detection of cancer: a review of the literature. Health Educ Monogr 1974;2:98-128.
- Christensen ED, Harvald TB, Jendresen M et al. Sammenhæng mellem forsinket diagnose af lungecancer og stadium på operationstidspunktet. Ugeskr Læger 1999;161:1762-5.
- Caplan LS. Patient delay in seeking help for potential breast cancer. Public Health Reviews 1995;23:263-74.
- Krige JEJ. Delay in the diagnosis of cutaneous malignant melanoma. Cancer 1991;68:2074-86.
- Brunswick N, Wardle J, Jarvis MJ. Public awareness of warning signs for cancer in Britain. Cancer Causes Control 2001;2:33-7.
- Østerlind A, Stender IM. What do Danes know about naevi, skin cancer and melanoma? Experience from a dermatological out-patient clinic. Melanoma Res 1997;7:69-73.
- Maunsbach M, Lunde IM. Udvælgelse i kvalitativ forskning. I: Lunde IM, Ramhøj P, eds. Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab. København: Akademisk Forlag, 1995:142-53.
- Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Newbury Park: SAGE Publications, 1990.
- Breslow RA, Sorkin JD, Frey CM. Americans knowledge of cancer risk and survival. Prev Med 1997;26:170-7.
- Yardley C, Glover C, Allen-Mersh TG. Demographic factors associated with knowledge of colorectal cancer symptoms in a UK population-based survey. Ann R Coll Surg Engl 2000;82:205-9.
- Camilleri-Brennan J, Steele RJ. A comparative study of knowledge and awareness of colorectal and breast cancer. Eur J Surg Oncol 1999;25:580-3.
- Mor V. Pre-diagnostic symptom recognition and help seeking among cancer patient. J Community Health 1990;15:253-66.
- Maunsbach M, Dehlholm-Lambertsen B. Kvalitative metoder i empirisk sundhedsforskning II: Gyldighedskriterier. Nord Med 1997;112:63-5.

Ropinirol i behandling af rastløse ben

Læge Einar Kinge, læge Morten Ingvar Lossius & cand.scient. Petter Mowinckel

Sandvika Nevrologpraksis og
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Oslo

Resumé

Introduktion: I den farmakologiske behandling af rastløse ben giver dopaminerge medikamenter de bedste resultater. Resultaterne af nyere studier kan tyde på, at dopaminagonister frem for levodopa kan blive førstevalg i behandlingen. Vi præsenterer kliniske erfaringer med dopaminagonisten ropinirol.

Materiale og metoder: Atten patienter med rastløse ben blev fulgt i gennemsnitlig 8,2 måneder i en åben prospektiv undersøgelse. Gennemsnitsdosis af ropinirol var 1,9 mg.

Resultater: I gennemsnit havde patienterne 47,7% forbedring af *restless legs syndrome* (RLS)-score baseret på et spørgeskema udviklet af International Restless Legs Study Group. Seks patienter (33,3%) opgav bivirkninger (kvalme og træthed). Hos fire patienter (22,2%) blev ropinirol seponeret på grund af bivirkninger, manglende effekt og for høj pris.

Diskussion: Vores undersøgelse viser, at patienterne angav at have opnået forbedring af symptomerne under behandling med ropinirol, men at bivirkninger, især kvalme, var et problem.

Syndromet rastløse ben er en hyppigt forekommende tilstand, der kendetegnes af et intenst og uimodståeligt behov for at bevæge underekstremiteterne. Patienterne har også sensoriske symptomer (paræstesier eller dysæstesier) og motorisk uro [1]. Symptomerne forværres i ro, lindres under bevægelse og optræder for det meste om aftenen eller om natten [1]. Det

er vist, at ca. 94% af patienterne med rastløse ben lider af søvnproblemer, og at 80% har periodiske benbevægelser (*periodic limb movement*) under søvn [2]. Rastløse ben eksisterer i en primær ofte autosomal dominant [3] form og i en sekundær form. Sidstnævnte er hyppigst beskrevet ved graviditet, dialyse, neuropati og jernmangelanæmi [4]. Patofysiologien er ukendt, men dopaminerge mekanismer spiller sandsynligvis en afgørende rolle [5].

I den farmakologiske behandlingen er dopaminerge præparater mest studeret og giver de bedste resultater [6]. Det hævdes [5], at resultaterne af nyere studier tyder på, at dopaminagonisterne har fordele frem for levodopa og bør være førstevalg i behandlingen. Den vigtigste årsag er, at levodopa efter nogen tids behandling ofte giver anledning til augmentation. Det vil sige, at patienterne umiddelbart oplever effekt af præparaterne, men får mere udtalte symptomer, som melder sig tidligere på dagen [7]. I Danmark er dopaminagonisterne bromokriptin, cabergolin, pergolid, pramipexol og ropinirol registreret til brug ved Parkinsons sygdom. Ropinirol er en ikkeergolin D2-receptor dopamin-agonist, der også stimulerer D3- og D4-receptorerne. Plasmahalveringstiden er ca. seks timer med metabolisering hovedsageligt via cytochrom P450-CYP1A2 [8].

I artiklen præsenterer vi resultater fra vores systematiserede opfølgning af patienter behandlet med ropinirol for rastløse ben.

Materiale og metoder

Atten patienter, der havde deltaget i to placebokontrollerede kliniske multicenterstudier ved Sandvika Nevrologpraksis med afprøvning af ropinirol i doser fra 0,5 mg til 4 mg mod