

afdelinger fra at svare, at de havde en kontaktpersonordning, hvis deres kontaktpersonordning ikke passede til definitionen i spørgeskemaet. Endvidere ville en definition let kunne blive for omfattende. Ved at definere begrebet kontaktperson kunne der desuden være risiko for at udelukke nogle patienter fra at svare, at de havde oplevet at have en kontaktperson, hvis deres opfattelse af en kontaktperson ikke stemte overens med den angivne definition. Fravalget af definitioner af begrebet kontaktperson kan have givet en usikkerhed i, hvad der er blevet svaret på.

Vi validerede spørgsmålet om kontaktpersoner ved at undersøge sammenhængen mellem patienternes svar på, om de havde haft en kontaktperson med deres svar på en række relaterede spørgsmål: Antallet af læger og sygeplejersker de havde været i kontakt med, tvivl om hvor man kunne henvende sig med spørgsmål samt, om man havde fået tilstrækkelig information. Vi fandt de forventede sammenhænge mellem spørgsmålene, hvilket taler for, at spørgsmålene om kontaktperson målte det, vi ønskede, de skulle måle. Yderligere validering af spørgeskemaet er i gang.

Vi kan konkludere, at næsten alle hospitalsafdelinger angav at have en kontaktpersonordning for kræftpatienter, men kun halvdelen af patienterne havde oplevet at have en kontaktperson. Dette fund peger på, at kontaktpersonordninger har haft en begrænset effekt, og vil man vide, om patienterne ople-

ver at have en kontaktperson, så er det ikke nok at spørge afdelingerne: Man må spørge patienterne selv.

KORRESPONDANCE: *Mette Tuxen Faber*, Fåborggade 5, 1. tv, DK-2100 København Ø. E-mail: tuxenfaber@gmail.com

ANTAGET: 15. marts 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

LITTERATUR

1. Grønvold M, Pedersen C, Jensen CR et al. Kræftpatientens verden – en undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for. København: Kræftens Bekæmpelse, 2006.
2. Kjærgaard J, Sørensen LT, Bigaard JV et al. Effekten af patient-specialist-kontinuitet i en kirurgisk sygehusafdeling. Ugeskr Læger 2000;162:2324-9.
3. Mainz J. Problemidentifikation og kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet. Teori, metode, resultater. København: Munksgaard, 1996:83-9.
4. Amtsrådsforeningen, Center for Små Handicapgrupper, Dansk Sygeplejeråd et al. Patientens møde med sundhedsvæsenet. De mellem menneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet. Århus, 2003:61-70.
5. Burhansstipanov L, Wound DB, Capelouto N et al. Culturally relevant »navigators« patient support – The native sisters. Cancer practice 1998;6:191-4.
6. Finansministeriet. Aftaler om den kommunale økonomi for 2000. 1999.
7. Finansministeriet. Aftaler om den kommunale økonomi for 2005. 2004.
8. Sundhedsministeriet. Regeringens oplæg til strategi for sygehuspolitikken 2000-2002. København: Sundhedsministeriet, 1999.
9. Payne SL. The art of asking questions. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1951.
10. Stone DH. Design a questionnaire. BMJ 1993;307:1264-6.
11. Sudman S, Bradburn NM. Asking Questions. A practical guide to questionnaire design. California: Jossey-Mass Publishers, 1982.
12. Converse JM, Presser S. Survey Questions. Handcrafting the standardized questionnaires. California: Sage Publications Inc, 1986.
13. Münster K. Spørgeskemaundersøgelser. I: Koch L, Vallgård S, eds. Samfundsmedicinske forskningsmetoder. København: Munksgaard, 1996:78-95.
14. Johnsen AT, Jensen CR, Pedersen C et al. Kræftpatientens verden – en undersøgelse af hvilke problemer danske kræftpatienter oplever. København: Kræftens Bekæmpelse, 2006.
15. Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T et al. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. København: Munksgaard, 2001.
16. Kjeldsen SB. Den personlige sygeplejerske. Sygeplejersken 1997;11.
17. Petersen A, Svein-Bjørnsson I. Færre medarbejdere omkring patienten. Sygeplejersken 1998;42.
18. Kjærgaard J, Ottsen B, Christensen T et al. Kvalitetssikring og kontinuitetssikring. Ugeskr Læger 1991;153:1146-50.

Toksisk hepatitis efter indtagelse af kosttilskuddet purshianabark

Reservelæge Claire Jacobsen, 1. reservelæge Synne Semb & overlæge Hans Kromann-Andersen

Naturlægemidler og kosttilskud kan medføre lever-skade af varierende karakter og omfang [1]. Mechanismen kan være dosisafhængig direkte toksicitet eller en immunologisk reaktion, der optræder uforudsigeligt, men udvikles hurtigt ved reeksposition [2]. I det følgende præsenteres en patient, der efter fire ugers indtagelse af kosttilskuddet purshianabark udviklede svær toksisk hepatitis.

SYGEHISTORIE

En 49-årig tidligere rask kvinde blev i maj 2008 ind-

lagt med ikterus og abdominalia, der havde varet i fjorten dage, samt utilpashed. Hun tog ingen medicin til daglig og havde intet alkoholoverforbrug. Patienten var ikterisk, men upåvirket og uden cirro-sestigmata. Biokemi viste svær parenkymatøs leverpåvirkning med alanin-aminotransferase (ALAT) > 944 E/l (10-45 E/l), bilirubin 143 mikromol/l (5-35 mikromol/l) og koagulationsfaktor 2, 7, 10 0,39 (0,70-1,30). Ultralyd af abdomen viste ekko-mønster, som kunne være foreneligt med hepatitis eller anden form for parenkymatøs leverpåvirkning.

KASUISTIK

Køge Sygehus,
Medicinsk Afdeling

Der var normale immunoglobuliner og negativ screening for hepatitisvirus samt, Epstein Barr- og cytomegalovirus. Undersøgelse for antinukleære antistoffer, mitokondriantistof og lever-nyre-mikrosomantistof var negative, mens glatmuskelcelle-antistof var svagt positiv. Leverbiopsi viste svær hepatitis med nekroser og betydelig eosinofili, der var foreneligt med toksisk hepatitis (**Figur 1**). Ved uddybning af anamnesen viste det sig, at patienten i fire uger op til indlæggelsen havde taget tre kosttilskud: en kapsel daglig af »Mave i Form« og »Tarm i Form« og 3 g »Probiotic 500« daglig. Hun havde omkring et halvt år tidligere taget et andet kosttilskud – »Mavens ven« – men ophørte med dette efter en måned pga. mavesmerter.

Patienten udviklede moderat ascites, men var på intet tidspunkt encefalopatisk, og blev efter godt tre uger udskrevet til ambulant opfølgning. Levertallene steg initialt (bilirubin maksimalt 420, ALAT maks. 3.123 og faktor 2, 7, 10 min. 0,31), men blev efter en uge spontant bedre og var fuldstændigt normaliserede efter fire måneder.

DISKUSSION

Naturlægemidler bruges til at behandle lettere sygdomme og symptomer og skal godkendes af Lægemiddelstyrelsen, der stiller krav til fremstilling, kvalitet, sikkerhed og virkning. Kosttilskud har til formål

at supplere den normale kost, og må ikke indeholde sundhedsskadelige stoffer. Herudover stilles der ingen særlige krav til effekt eller kvalitet. Fødevarerstyrelsen administrerer kosttilskud under Fødevarerloven.

»Mave i Form« indeholder papayablade, pebermynteurt, fennikelfrø, ingefærrod, ensianrod, cayennefrugt, irsk mos og bark fra grå valnød. »Tarm i Form« indeholder purshianabark, bark fra grå valnød, ingefærrod, irsk mos og burrerod. »Probiotic 500« indeholder forskellige tarmbakterier. »Mavens Ven« indeholder purshianabark, boldoblade, artiskokblade og loppefrøskaller.

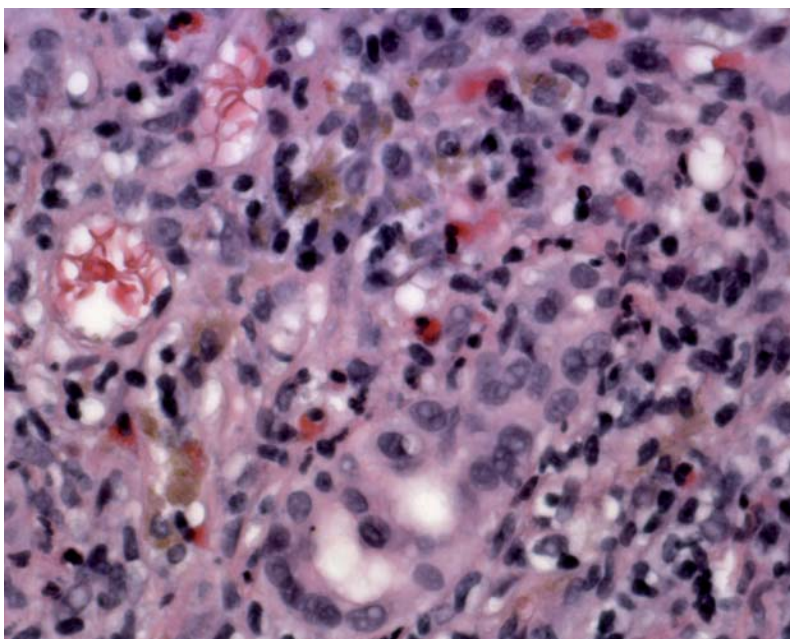
Hverken Giftlinjen eller Hepatologisk Afdeling, Rigshospitalet, der blev kontaktet i forløbet, havde kendskab til, at ovenstående kosttilskud eller disses indholdsstoffer skulle være hepatotoksiske. I PubMed-søgninger på samtlige aktuelle indholdsstoffer var kun et middel tidligere rapporteret som årsag til leverpåvirkning. Det drejer sig om purshianabark (Rhamnus purshiana også kaldet *Cascara sagrada*, *Buckthorn*, *Cascararinde*, *Chittem bark*, *Rhamni purshianae cortex*, *Rhamni purshiani cortex*, *Rhamnus*, *Sacred bark*), som var årsag til akut leverpåvirkning hos en 48-årig mand i Texas [3]. Purshianabark er et laksativ, der stammer fra et træ i Nordamerika [1], og som bl.a. indeholder antrakinoner, der tidligere har været associeret med kronisk hepatitis [3]. I USA har purshianabark siden maj 2002 været forbudt som håndkøbslaksativ, idet producenterne ikke kunne fremlægge evidens for, at stoffet ikke er karcinogent [4]. Fødevarerstyrelsen oplyser, at indtagelse af op til 200 mg purshianabark dagligt ikke anses for at være sundhedsskadeligt, og at purshianabark indgår i omkring 30-40 kosttilskud i Danmark. »Tarm i Form« indeholder 200 mg purshianabark pr. kapsel, og den anbefalede dosis er en kapsel daglig. Producenterne af »Mavens Ven« ønsker ikke at oplyse, hvor stor dosis purshianabark, produktet indeholder.

På det foreliggende anser vi det for overvejende sandsynligt, at purshianabark hos ovenstående patient har medført svær toksisk hepatitis med begyndende leversvigt, formentlig efter positiv reeksposition. Hyppigheden af denne bivirkning kendes ikke, og vi foreslår, at naturlægemidler/kosttilskud, der indeholder purshianabark, trækkes tilbage fra markedet. Tilsvarende er nyligt foretaget for kosttilskuddet Fortodol [5].

Vi mener, at manglende krav til dokumenteret behandlingseffekt samt mangelfuld varedeklaration af kosttilskud i Danmark generelt er problematisk, og at myndighedsovervågning mhp. bivirkninger og mistanke herom er berettiget.

FIGUR 1

Leverbiopsi med svære betændelsesforandringer. Nedadtil ses hyperplastiske galdegange og ovenfor ses eosinofile granulocytter (med rødtligt cytoplasma) som led i betændelsesforandringerne.



KORRESPONDANCE: Claire Jacobsen, Ørmevej 36, 3. tv., DK-2400 København NV.

E-mail: claire.jacobsen@dadlnet.dk

ANTAGET: 1. september 2009.

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSER: Tak til Peter Johan Heiberg Engel, Patologifdelingen, Roskilde Sygehus, for billede samt billedtekst af leverbiopsien.

Fødevarerstyrelsen har den 15. oktober 2009 besluttet at trække kosttilskud, der indeholder mere end 20 mg purshianabark pr. daglig dosis, tilbage fra markedet. (http://www.foedevarestyrelsen.dk/Nyheder/Pressemeddelelser/2009/Advarsel_mod_kosttilskud_der_kan_give_leverskader.htm).

LITTERATUR

1. Pittler MH, Ernst E. Systematic review: hepatotoxic events associated with herbal medicinal products. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18:451-71.
2. Vilstrup H, Ott P, Ring-Larsen H. Lever- og galdevejssygdomme. I: Schaffalitzky De Muckadell OB, Haunsø S, Vilstrup H. ed. *Medicinsk Kompendium Bind 2*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2009:1678-80.
3. Nadir A, Reddy D, Van Thiel DH. Cascara Sagrada-induced intrahepatic cholestasis causing portal hypertension. *Am J gastroenterol* 2000;95:3634-7.
4. Bayne HJ. FDA issues final rule banning use of aloe and cascara sagrada in OTC drug products. *HerbalGram* 2002;56:56-8.
5. http://www.foedevarestyrelsen.dk/Nyheder/Pressemeddelelser/2009/Advarsel_mod_kosttilskuddet_Fortodol.htm/Fødevarerstyrelsen (17. maj 2009).

Penis var væk

En kasuistik om cancer penis

Reservelæge Rikke Lindgaard Hedeland & overlæge Bjarne Kromann-Andersen

Cancer penis er en forholdsvis sjælden cancerform. Patienten får tidligt i forløbet symptomer, hvorfor senstadier sjældent ses i den vestlige verden. Sygehistorien beskriver en 64-årig mand med komplet borterosion af penis, som efterlod et stort ulcus, der målte 10 × 15 cm. Der diskuteres forekomst, ætiologi, symptomer og forskellige behandlingsmodaliteter samt disses sammenhæng med overlevelse.

SYGEHISTORIE

En 64-årig miseriespræget mand, ikke tidligere hospitaliseret, blev indlagt under diagnosen »nedre abdominal blødning«. Man inspicerede et stort blomkålslig-nede ulcus fra midten af scrotum, som sluttede ved symfysens underkant og målte i alt 10 × 15 cm (se **Figur 1**). Penis var totalt bortulcereret, og der var konstant urinsiven fra såret, som var stinkende og inficeret. Der var ingen pågående blødning fra såret ej heller koagler. Patienten erindrede, at symptomerne startede ca. tre år tidligere med et lille sår svarende til glans penis. Han frygtede en eventuel operation, hvorfor han ikke havde opsøgt lægehjælp tidligere. Patienten fremstod forholdsvis upåvirket og ikke smerteforpinet.

Patienten var subfebril (37,6 °C) og trykstabilt med blodtryk omkring 110/70. Abdomen var fladt og uømt, der var bilateralt forstørrede inguinale glandler, dog ingen hepato- eller splenomegali. Blodprøver: Hæmoglobin: 6,1 mM, leukocytter: 12,7 mia./l, kalium: 2,7mM, C-reaktivt protein: 184 mg/l.

Computertomografisk urografi: Lymfadenitis i begge ingvinalregioner samt intraabdominalt med flere glandler, der målte 3-4 cm. Svarende til blæren så man en 6 cm kuglerund udfyldning. Ingen fokalia i

lever eller milt. Histologisvar fra tumor var højt differentieret planocellulært karcinom.

Patienten blev opstartet i antibiotisk tostopbehandling samt henvist til Onkologisk Afdeling, der strålebehandlede patienten i pallierende øjemed. Tyve dage efter indlæggelse blev patienten udskrevet til hospice.

DISKUSSION

Cancer penis har en incidens på 1/100.000, hvilket svarer til 30-40 tilfælde årligt i Danmark, med en øget forekomst fra 60-års alderen med toppunkt omkring 80 år.

Studier viser, at incidensen er aftagende i mange lande. Årsagen hertil er ukendt, men menes især at skyldes forbedret personlig hygiejne [1].

De ætiologiske faktorer er phimosis, dårlig genitalhygiejne, kronisk balanoposthitis, leukoplaki eller Pagets erythroplasi, tobak, infektion med humant papillomvirus (HPV), genital ultraviolet bestråling samt lichen sclerosus.

Den aktuelle patient var mangeårig storryger, aldrig diagnosticeret med HPV, men angav at have haft vorter svarende til præputium. Endvidere var patienten miseriespræget og gik lidet op i hygiejne.

Som i patientens tilfælde, drejer det sig oftest om planocellulært karcinom. Endvidere er det karakteristisk, at tumor metastaserer sent – først til inguinale og senere iliakale lymfenoduli. Fjernmetastaser er sjældne. Metastasering til lunger, lever, knogler og hjerne sker sjældent og forekommer kun i 1-10% af tilfældene.

Sygdommen præsenterer sig som alt fra en lille induration til små papler, ulceration eller eksofytiske læsioner. Såfremt sygdommen ikke behandles, opstår der med tiden spontan penil autoamputation. De-

KASUISTIK

Herlev Hospital,
Urologisk Afdeling H