

Præsentation af symptomer i almen praksis hos patienter med cancer

Tine Nørgaard Nielsen, Rikke Pilegaard Hansen & Peter Vedsted

RESUME

INTRODUKTION: Hovedparten af cancerpatienter starter udredningen i almen praksis. Formålet med dette studie var at kortlægge cancerpatienters symptompræsentation i almen praksis.

MATERIALE OG METODER: Alle nydiagnosticerede cancerpatienter og deres praktiserende læger i det daværende Århus Amt indgik i en spørgeskemaundersøgelse i en etårig periode (2004-2005). Lægerne besvarede spørgsmål om patienternes symptompræsentation ved første henvendelse samt om deres tolkning af symptomerne.

RESULTATER: I alt forelå 2.212 (83%) besvarede spørgeskemaer. Det samlede antal rapporterede symptomer var 3.208, hvilket svarer til 1,7 rapporteret symptom pr. patient. Hovedparten (57,6%) af patienterne præsenterede sig med et enkelt symptom. Symptompræsentationen var afhængig af cancertypen. Patienter med mammacancer og malignt melanom præsenterede sig især med diagnosespecifikke symptomer (knude og nævus). Patienter med kolorektal-, lunge- og prostatacancer præsenterede sig med såvel diagnosespecifikke (ændret afføringsmønster, hoste og besværet vandladning) som mere uspecifikke symptomer (smerte, vægttab og træthed).

Lægerne tolkede 49% af symptomerne som alarmsymptomer, 24% som almensymptomer og 27% som ukarakteristiske symptomer.

KONKLUSION: Nyopstået cancer i almen praksis præsenterer sig ofte med få og ikkespecifikke cancersymptomer. Den praktiserende læges udredning og henvisning til cancerpakker besværliggøres af, at kun halvdelen af patienterne præsenterer et alarmsymptom. Der er derfor behov for at udvikle alternative henvisningsruter for patientgruppen med ukarakteristiske symptomer.

Et nyere studie af udredningsforløb for cancerpatienter i Danmark viste, at omkring 85% af den primære udredning af cancerpatienter foregik via almen praksis [1]. I almen praksis henvender patienterne sig bl.a. med symptomer og bekymringer vedrørende sygdom, og i gennemsnit har en alment praktiserende læge ca. 7.500 konfrontationskontakter om året [2]. I gennemsnit vil en alment praktiserende læge årligt have ca. ti patienter med en nyopstået cancer. Det er således lægens opgave at identificere de relativt få tilfælde af cancer blandt de mange kontakter [3].

Den initiale cancerudredning foretages i dag på grundlag af lægernes kliniske kunnen og resultatet af

undersøgelser, der er baseret på lærebøger og senest også kliniske vejledninger som f.eks. cancerpakker [4]. De sidste er for nuværende typisk baseret på viden om nyopstået cancersygdom, som sygdommen præsenterer sig i sygehussektoren. Vejledningerne for cancerpakker indeholder en række cancerspecifikke alarmsymptomer, som skal skærpe lægens opmærksomhed på symptomer, der kræver hurtig viderehenvisning. Henvisning til den rette specialafdeling baserer sig på disse symptomer og er vigtig for hurtig diagnosticering og behandling [5].

Cancerdiagnostik i almen praksis vanskeliggøres af, at symptomer, der betragtes som alarmsymptomer på sygehusene, ofte har ringe positiv prædiktiv værdi i almen praksis. Således fandt man f.eks. i et nyligt engelsk studie, at blødning pr. rectum var det hyppigste alarmsymptom i almen praksis, men at kun 2,3% af patienterne med symptomet fik konstateret kolorektalcancer inden for de følgende tre år. Lægen ser således mange alarmsymptomer, men kun en mindre del af patienterne får cancerdiagnosen [6]. Der er kun få studier, i hvilke man redegør for symptompræsentation af cancer i almen praksis. Vores viden herom er derfor sparsom, og en tidligere undersøgelse har vist, at praktiserende lægers henvisningsmønster i høj grad afhænger af egne erfaringer vedrørende sygdom, sygdomsforekomst, symptompræsentation og lægens risikovillighed [7].

For at give cancerpatienter mulighed for korrekt og hurtig diagnostik er det derfor helt afgørende, at den indledende diagnostik og viderehenvisning, der foretages i almen praksis, er af bedst mulig kvalitet og bygger på præcis viden om praksis. Der er således behov for at beskrive symptompræsentationen i almen praksis ved nyopstået cancer. Formålet med denne artikel er at kortlægge, hvilke symptomer patienter med nyopstået cancer henvender sig med i almen praksis.

MATERIALE OG METODER

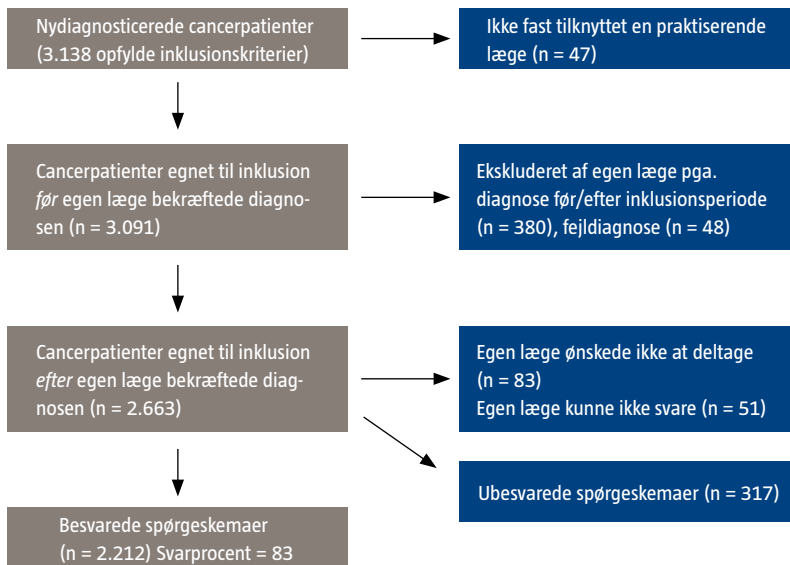
Vi gennemførte en spørgeskemaundersøgelse blandt alment praktiserende læger i det daværende Århus Amt (640.000 indbyggere, omkring 3.000 nydiagnosticerede cancere om året) [1]. Undersøgelsen var et led i en afdækning af ventetider i cancerdiagnostik.

ORIGINALARTIKEL

Aarhus Universitet,
Forskningsenheden for
Almen Praksis

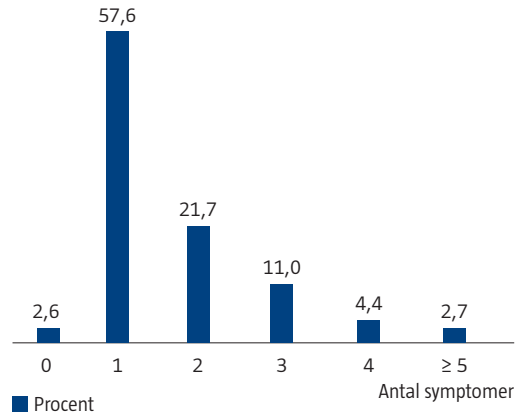
FIGUR 1

Flowdiagram for inklusion og eksklusion af nydiagnosticerede cancerpatienter.



FIGUR 2

Andele af patienter, der henvendte sig med et givet antal symptomer i almen praksis (n = 1.892).



Nydiagnosticerede cancerpatienter blev inkluderet på grundlag af indberetninger fra sygehusenes patientadministrative system (PAS). Alle personer på 18 år og derover, der havde fået stillet en cancerdiagnose gennem en etårig periode (fra 1. september 2004 til og med 31. august 2005), blev inkluderet. Patienter med baso- eller spinocellulære hudcancer blev ekskluderet. **Figur 1** viser et flowdiagram for inklusion og eksklusion af patienter samt lægernes deltagelse.

Patienternes praktiserende læger blev umiddelbart efter patientens inklusion bedt om at besvare et spørgeskema vedrørende symptompræsentation ud fra oplysninger i den elektroniske patientjournal. I studiet deltog 467 læger. Seksoghalvfjerds læger

(16%) ønskede ikke at deltage. Lægen angav, hvilke symptomer patienten præsenterede ved første henvendelse til praksis i relation til den aktuelle cancer. Lægen blev bedt om at tolke symptomerne som enten alarmsymptomer, almene symptomer eller ukarakteristiske symptomer. Symptomerne blev efterfølgende grupperet efter art og organsystem.

Analyse

På de indsamlede data er der foretaget deskriptiv analyse af symptomernes relative hyppighed i hele studiepopulationen og for de fem hyppigste cancerformer i studiet (mammacancer, kolorektalcancer, lungecancer, malignt melanom og prostatacancer), der udgør 58,7% af alle inkluderede cancer. Desuden er lægernes symptomtolkning angivet for de fem hyppigste cancerformer i studiet.

RESULTATER

Der forelå i alt 2.212 besvarede spørgeskemaer, hvilket gav en svarprocent på 83 (Figur 1). Heraf startede 1.892 (85,5%) cancerpatienter udredning i almen praksis, mens 320 (14,5%) patienter blev udredt udelukkende på sygehus. Det samlede antal rapporterede symptomer fra almen praksis var 3.208, hvilket svarer til gennemsnitligt 1,7 rapporteret symptom pr. patient. Mange patienter (57,6%) med nyopstået cancer henvendte sig med et enkelt symptom, og 2,6% af patienterne præsenterede ingen symptomer på deres nyopståede cancer (**Figur 2**).

Samtlige symptomer og den procentvise fordeling i studiepopulationen er illustreret øverst i **Figur 3**. Det hyppigst rapporterede symptom var smerter (23%). Symptomer som træthed og vægttab sås hos henholdsvis 13% og 12% af alle cancerpatienterne.

Den øvrige del af **Figur 3** viser den procentvise fordeling af symptomerne for de fem hyppigste cancerformer i studiet. I gruppen af mammacancerpatienter (n = 291) henvendte over 80% sig med symptomet *knude*. Patienterne med malignt melanom (n = 122) henvendte sig ligeledes med specifikke symptomer (naevus eller andre dermatologiske forandringer (rødme, sår m.m.)). Derimod ses en anden symptompræsentation ved kolorektal- (n = 254), lunge- (n = 253) og prostatacancer (n = 190), hvor der angives såvel sygdomsspecifikke (ændret afføringsmønster, hoste og besværet vandladning) som uspecifikke symptomer (smerte, vægttab og træthed).

Tabel 1 viser praktiserende lægers tolkning af symptomerne som henholdsvis alarm-, almen- og ukarakteristiske symptomer. Det er iøjnefaldende, at 27% af symptomerne blev tolket som ukarakteristiske og 49% af symptomerne som alarmsymptomer. Ukarakteristiske symptomer var mest udtalte for pa-

tienter med prostatacancer, malignt melanom og lungecancer. Alarmsymptomer var mest udtalte ved mammacancer og malignt melanom og mindst udtalt ved lungecancer.

DISKUSSION

Hovedfund

Vi fandt, at over halvdelen af cancerpatienterne henvendte sig i praksis med kun et symptom. Vi fandt, at symptomet *smerte* var hyppigst forekommende. Ligeledes var symptomer som træthed og vægttab ret hyppige. Symptompræsentationen var i øvrigt meget afhængig af cencertypen. Således fandt vi, at patienter med mammacancer og malignt melanom hovedsageligt henvendte sig med et diagnosespecifikt symptom, mens patienter med lunge-, kolorektal- og prostatacancer præsenterede såvel diagnosespecifikke som uspecifikke symptomer. Det skal f.eks. bemærkes, at alarmsymptomet blodigt opspyt var relativt sjældent ved lungecancer og blev overgået af seks andre symptomer. Vi fandt endvidere, at lægerne kun i halvdelen af tilfældene tolkede, at patienten havde et alarmsymptom, mens de i en fjerdedel af tilfældene tolkede, at patienterne havde henholdsvis et alment symptom, der gav mistanke om alvorlig sygdom, og hos en anden fjerdedel fandt, at patienterne havde ukarakteristiske symptomer, der ikke umiddelbart gav cancermistanke. At kun halvdelen af patienterne havde alarmsymptomer, sætter spørgsmålstegn ved, om kræftpakkerne vil have effekt for den halvdel af kræftpatienter, som ikke umiddelbart inkluderes i disse.

Der er således en række cancerspecifikke symptom-billeder, som klinikere i almen praksis bør kende. Ofte er disse symptom-billeder dog ikke specifikke for cancerdiagnosen, men ses ved adskillige mere eller mindre alvorlige tilstande i almen praksis [6].

Styrker og svagheder

Studiets styrke var, at det omfattede samtlige nydiagnosticerede cancerpatienter i det tidligere Århus Amt i en 12-måneders periode i 2004-2005. Patienterne blev inkluderet via PAS, og for at reducere informationsbias verificerede patienternes læger, at inklusionskriterierne var opfyldt. Spørgeskemaerne blev udfyldt af patientens egen læge ud fra oplysninger fra den elektroniske patientjournal, hvilket begrænsede *recall*-bias. Den høje svarprocent (83) betød, at der sandsynligvis var yderst begrænset selektionsbias. Yderligere blev der ved frafaldsanalyser ikke fundet betydende forskel på de læger, der valgte at deltage versus dem, der ikke deltog [1]. Studiet var konstrueret som en tværsnitsundersøgelse, og de indsamlede data kan som følge heraf anvendes til at beskrive



TABEL 1

Alment praktiserende lægers tolkning af de præsenterede symptomer ved de fem hyppigste cencertyper. Værdierne er procentandele.

Cancertype	Alarm-symptomer ^a	Almen-symptomer ^b	Ukarakteristiske symptomer ^c
Prostatacancer	37	22	41
Malignt melanom	62	7	31
Lungecancer	33	37	30
Kolorektalcancer	48	29	23
Mammacancer	83	4	13
Alle cencertyper	49	24	27

a) Mistanke om cancer. b) Mistanke om alvorlig sygdom. c) Ikke umiddelbart mistanke om cancer eller alvorlig sygdom.

symptomprævalens ved cancer, men ikke til at klarlægge evt. årsagssammenhænge.

Når lægerne registrerede symptomer, kan der være forekommet eftertænkning og muligvis udelukkelse eller inklusion af særlige fund og tegn på cancer. Det er muligt, at en læge kan være tilbøjelig til ikke at notere symptomer fra tidligere konsultationer, som ikke gav anledning til cancermistanke. Desuden kan det være vanskeligt for lægen ved retrospektiv gennemgang af journalerne at afgøre, hvad der kunne være det første symptom, selv om cancermistanken evt. ikke blev vakt ved denne konsultation. Det er også muligt, at enkelte symptomer opfattedes som særdeles alarmerende, hvorfor andre symptomer ikke blev noteret. Dette vil føre til at antallet af symptomer underestimeres, mens forekomsten af alarmsymptomer bliver relativt højere.

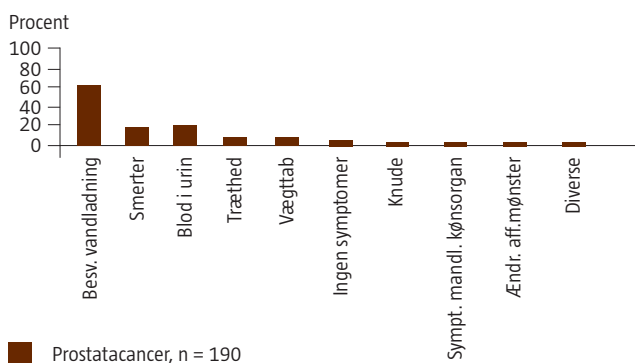
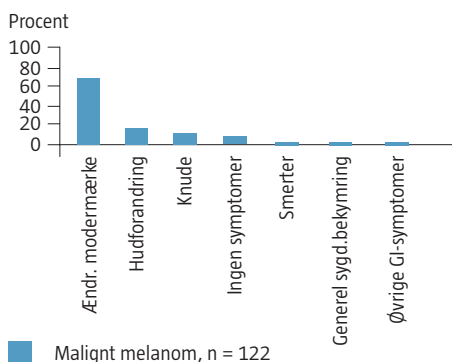
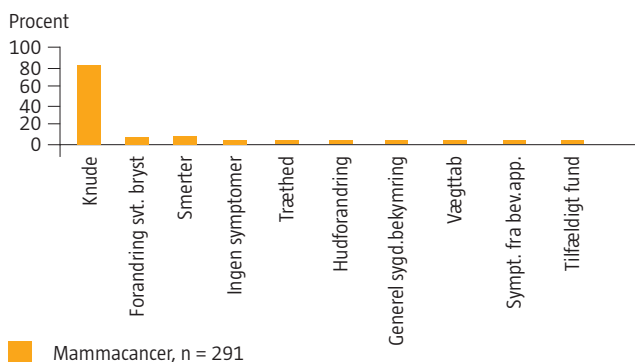
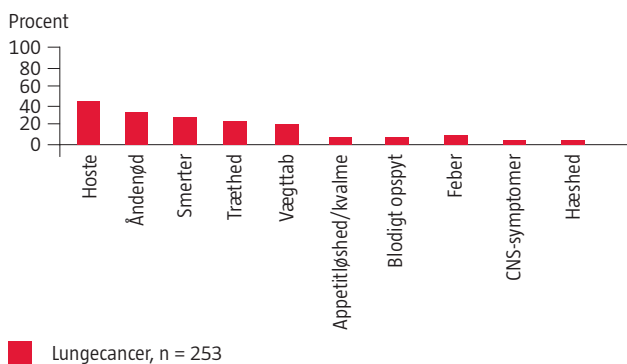
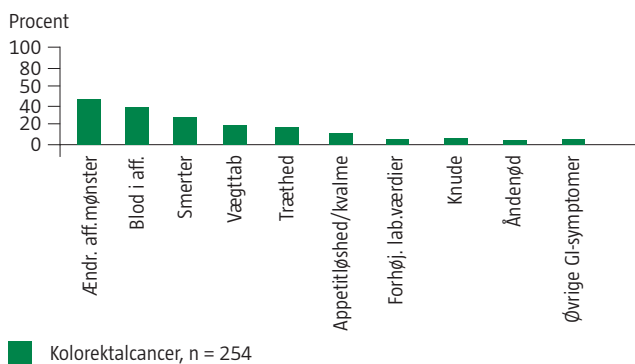
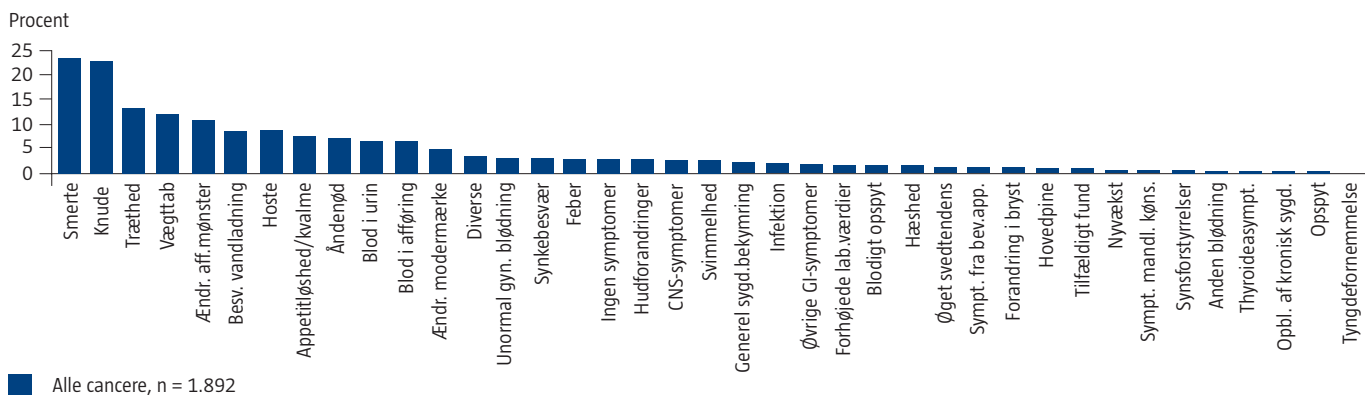
Vi vurderer, at på baggrund af den specifikke procedure for inklusion samt den høje lægedeltagelse kan studiets resultater generaliseres til resten af Danmark og til andre lande med et sammenligneligt sundhedsvæsen.

Sammenligning med andre studier

Vi fandt, at næsten 60% af patienterne henvendte sig med kun et enkelt symptom på cancer. At det ofte kun er et enkelt symptom, som patienterne kommer med, stiller høje krav til den praktiserende læges opmærksomhed mod og diagnosticering af nyopstået cancer. Et engelsk studie viste, at en stor andel (63%) af de patienter, der debuterede med en akut kolorektalcancer, havde rapporteret mindst et symptom til deres praktiserende læge forud for indlæggelsen [8]. Det betyder altså, at den alment praktiserende læge skal være meget opmærksom på nogle symptomer i det tidlige cancerstadium, hvor f.eks. et symptom kan være tegn på cancer. Vi har vist, at dette symptom kan ligne en række andre sygdommes symptomer eller være så uspecifikt, at det nemt henføres til almensymptomer, der ikke umiddelbart vækker cancermistanke.

FIGUR 3

Procentvis fordeling af symptomer hos patienter med nyopstået cancer i almen praksis.



CNS = centralnervesystemet; GI-symptomer = gastrointestinale symptomer. Ingen symptomer: Patienten henvendte sig ikke med nogen symptomer – kan f.eks. være screening for cervixcancer. Tilfældigt fund: Lægen finder dette i forbindelse med anden undersøgelse af patienten – f.eks. naevus på ryg i forbindelse med stetoskopi. Forhøjede laboratorieværdier: Kan være tilfældige fund, men kan også være det fund lægen reagerer på efter f.eks. at have undersøgt en patient for vage/uspecifikke objektive fund og derfor efterfølgende vælger at lade laboratorieværdierne være grundlag for at gå videre med yderligere udredning.

Vi fandt, at lungecancerpatienter relativt sjældent præsenterede sig med blodigt opspyt (8%). Dette stemmer fint overens med resultater fra tidligere studier fra primærsektoren, hvor man fandt en præsentation med blodigt opspyt på henholdsvis 3% [9] og 20% [10]. En gennemgang af studier om præsentation af blodigt opspyt i hospitalssektoren har vist en symptompræsentation på 21-35% [9]. Dette tyder på, at præsentationen af cancersygdom i almen praksis er en del anderledes end i sekundærsektoren.

Vi fandt også, at der var en forskel i symptompræsentationen for de forskellige cancer typer. F.eks. så vi ved lungecancer såvel specifikke som uspecifikke symptomer. At nogle lungecancerpatienter henvender sig med uspecifikke symptomer er også fundet i et tidligere studie [11], hvor man fandt, at 16,7% af patienterne henvendte sig med uspecifikke symptomer. At mange cancerer præsenterer sig med en sammenblanding af symptomer besværliggør den praktiserende læges videre henvisning til specialafdelinger og specifikke kræftpakker. Et engelsk studie fandt, at kun 45% af patienterne med en nydiagnosticeret lungecancer blev henvist direkte til rette specialafdeling [5]. I forhold til brugen af kræftpakker vil det altså betyde, at en del patienter, hvis de har symptomer, der berettiger til et pakkeforløb, risikerer at starte i et »forkert« forløb. Det stiller store krav til systemet, hvis en stor gruppe patienter hurtigt skal omvisiteres fra et pakkeforløb til et andet. En opgørelse af den engelske kræftpakke for brystkræft viste da også, at kun nogle patienter kom hurtigere igennem, men der samlet set ikke var vundet noget ved kræftpakkerne, idet andre ventede længere tid [12].

Perspektiver og fremtidig forskning

Vores undersøgelse tydeliggør, at symptomer på cancer i almen praksis kan være få og ukarakteristiske cancersymptomer for nogle former af nyopstået cancer. Et planlagt udredningsforløb til hjælp for patienten og den praktiserende læge, der på baggrund af ukarakteristiske cancersymptomer mistænker en underliggende cancersygdom, bør derfor med i fremtidige strategier vedrørende pakkeforløb. Lægerne i denne undersøgelse tolkede 27% af symptomerne som ukarakteristiske, og for denne store gruppe af nye cancertilfælde findes der aktuelt ingen generel konsensus omkring pakkeforløb.

Vores undersøgelse understreger betydningen af at øge forskning og udvikling vedrørende præhospital cancerudredning. For cancer som helhed, men især for de enkelte cancerformer, skal der laves præcise studier af, hvordan almen praksis bedst tolker symptomer og udreder disse på en måde, så det optimerer kvaliteten og organisationen omkring cancerudred-

ning. Der er således behov for en samlet indsats inden for såvel klinisk forskning som sundhedstjenesteforskning for at optimere dette vigtige område.

KONKLUSION

Vi fandt, at knap 60% af nyopdagede cancerpatienter af den praktiserende læge blev vurderet som havende kun et enkelt symptom. Dog skal der tages forbehold for tidligere nævnte svagheder i forhold til *recall*-bias og underrapportering af symptomer i forhold til alarmsymptomer. Mammacancer og malignt melanom præsenterede sig hovedsageligt med enkelte diagnosespecifikke symptomer. Kolorektal-, prostata- og lungecancer præsenterede sig med såvel diagnosespecifikke som mere uspecifikke symptomer.

Vi fandt, at 49% af symptomerne blev tolket som alarmsymptomer, 24% som almensymptomer og 27% som ukarakteristiske. Dvs. at omkring halvdelen af patienterne henvendte sig med et uspecifikt alarmsymptom, hvilket besværliggør den praktiserende læges videre henvisning til cancerpakker. Muligheden for en anden henvisningsrute for patienter med ukarakteristiske symptomer bør derfor undersøges.

KORRESPONDANCE: Tine Nørgaard Nielsen, Aarhus Universitet, Forskningsenheden for Almen Praksis, 8000 Århus C. E-mail: tine.nielsen@alm.au.dk

ANTAGET: 20. september 2009

FØRST PÅ NETTET: 29. marts 2010

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

TAKSIGELSE: Statistiker Ineta Sokolowski takkes for hjælp til dataanalyse.

LITTERATUR

1. Hansen RP. Delay in the diagnosis of cancer. Århus: Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, 2008.
2. Vedsted P, Olesen F, Hollnagel H, Bro F, Kamper-Jørgensen F. Almen lægepraksis i Danmark. København: Tidsskr Prakt Lægegern, 2005.
3. Vedsted P, Larsen MB, Tørring ML et al. Fra symptom til behandling. Viden og strategier for optimeret udredning af kræftsygdom. Århus: Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus, Aarhus Universitet, 2008.
4. www.sst.dk. Task Force for kræftområdet – Beskrivelse af pakkeforløb – Sundhedsstyrelsen. (5. januar 2009).
5. Barrett J, Hamilton W. Pathways to the diagnosis of lung cancer in the UK: a cohort study. BMC Fam Pract 2008;9:31.
6. Jones R, Latinovic R, Charlton J et al. Alarm symptoms in early diagnosis of cancer in primary care: cohort study using General Practice Research Database. BMJ 2007;334:1-8.
7. O'Donnell CA. Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? Fam Pract 2000;17:462-71.
8. Cleary J, Peters TJ, Sharp D et al. Clinical features of colorectal cancer before emergency presentation: a population-based case-control study. Fam Pract 2007;24:3-6.
9. Hamilton W, Sharp D. Diagnosis of lung cancer in primary care: a structured review. Fam Pract 2004;21:605-11.
10. Hamilton W, Peters TJ, Round A et al. What are the clinical features of lung cancer before the diagnosis is made? A population based case-control study. Thorax 2005;60:1059-65.
11. Bjerager M, Palshof T, Dahl R et al. Delay in diagnosis of lung cancer in general practice. Br J Gen Pract 2006;56:863-8.
12. Potter S, Govindarajulu S, Shere M et al. Referral patterns, cancer diagnoses, and waiting times after introduction of two week wait rule for breast cancer: prospective cohort study. BMJ 2007;335:288.