

# LIVMODERHALSCANCER I LÅGINKOMSTLÄNDER

## Stort hot mot reproduktiv hälsa

**Uppskattningsvis får varje år 500 000 kvinnor livmoderhalscancer, varav ca 80 procent i låginkomstländer. Diagnosen ställs i regel i sena stadier av sjukdomen och dödligheten är avsevärt högre där än i i-länder. I många låginkomstländer förbrukas de otillräckliga resurserna av lågriskgrupper och det är viktigt att komma fram till hur man ska nå högriskgrupperna.**

**WHO har rekommenderat att varje kvinna ska screenas minst en gång i sitt liv, men även denna målsättning är långt från verkligheten i dag för den stora majoriteten av världens kvinnor.**

Det senaste decenniets u-landsforskning har lyft fram problemet med mödradödlighet och givit kunskap om att ca 99 procent av alla mödradödsfall i världen sker i låginkomstländer. Successivt har även andra vanliga dödsorsaker bland kvinnor i fertil ålder kommit i förgrunden. Vi börjar nu ana att dödlighet i cancersjukdomarna, särskilt livmoderhalscancer, utgör ett problem vars storleksordning i fattiga länder kan mäta sig med graviditetsrelaterad dödlighet.

Cancersjukdomarna är ett globalt problem. Beroende på åldersfördelningen i olika populationer varierar sjukdomsmönstret. Flertalet tumörer drabbar äldre, vilket leder till en större synlighet i i-länderna, på grund av större andel äldre. I tredje världen är talen

numerärt höga, på grund av höga befolkningstal.

WHO har uppskattat att det tillkommer ca 7 miljoner nya cancerfall varje år, varav åtminstone hälften i låginkomstländer. Ungefär 5 miljoner dör av cancer varje år, dubbelt så många i låginkomst- som i höginkomstländer. Vid sekelskiftet torde antalet cancersjuka i terminal fas kunna uppgå till närmare 4 miljoner, varav merparten kommer att finnas i låginkomstländer [1].

### Sen diagnos

Globalt är bröstcancer den vanligaste cancer bland kvinnor, med livmoderhalscancer på andra plats. Den senare cancerformen är dock ett ökande problem i låginkomstländer. Troligen är situationen i södra och mellersta Afrika sämre än i andra världsdelar [2].

Denna cancerform debuterar i förhållandevis unga år vilket leder till en hög incidens av sjukdomen i fertil ålder. Dessutom orsakar sen diagnostik och brist på behandling i tidigt skede (I–II) att behandlingsresultaten blir dåliga. Situationen är likartad i stora delar av Latinamerika och Asien, medan incidensen av livmoderhalscancer är låg i flertalet muslimska länder [3].

I flertalet höginkomstländer har man infört olika typer av mass-screening med information till allmänheten och tidig diagnostik och behandling. I dessa länder återfinns nu de flesta fallen i preinvasiva stadier, medan situationen i låginkomstländer ser ut som den gjorde i Sverige kring sekelskiftet med de flesta fallen av sjukdomen upptäckta i invasivt skede. Överlevnadssiffrorna i dessa länder blir därför låga.

### Kvinnors reproduktiva ohälsa

Det faktum att kvinnor i låginkomstländer i mycket liten utsträckning dör på sjukhus gör att dödsorsaksmönstret på samhällsnivån är dåligt känt. Det är inte enbart cancer utan även graviditet och förlösning som innebär en stor hälsorisk för kvinnor i reproduktiv ålder. Graviditetsrelaterade komplikationer utgör 25–50 procent av dödsfallen bland kvinnor i reproduktiv ålder i låginkomstländer [4]. Mödradödsfallen i världen uppgår till cirka en halv miljon

per år och man har uppskattat att sjukligheten i livslånga komplikationer är åtminstone 20 gånger så hög och omfattar bestående handikapp i form av urovaginala och rektovaginala fistlar, framfall och skador på bäckennerverna [5]. Dessa skador kan, liksom sexuellt överförda sjukdomar och infertilitet, leda till social stigmatisering och utstötning.

Vi kan idag notera att en dödligt förlöpande, sexuellt överförd sjukdom, aids, kommit att få rättmätig uppmärksamhet. Denna könssjukdom drabbar både män och kvinnor. Vi har redan under lång tid haft en annan dödligt förlöpande könssjukdom, som enbart drabbar kvinnor, nämligen livmoderhalscancer.

### Global epidemiologi

Antalet nya fall av livmoderhalscancer i världen är av samma storleksordning som antalet mödradödsfall, dvs cirka en halv miljon. Mer än tre fjärdedelar av sådana cancerfall återfinns i låginkomstländer. Omkring 15 procent av alla cancerfall i världen anses vara livmoderhalscancer. Den utgör den ledande maligniteten hos kvinnor i nordöstra Brasilien, där man mätt en incidens av 83 fall per 100 000 kvinnor och år [6]. Motsvarande siffra från Indien är 46, medan den är 4 i Kuwait [6]. I Nigeria utgör livmoderhalscancer en femtedel av maligniteterna hos kvinnor [7], medan den i Indien har uppskattats till 20–70 procent, beroende på region [8]. Som jämförelse kan nämnas att livmoderhalscancer utgjorde 2,6 procent av kvinnlig cancer i Sverige 1992 [9].

Livmoderhalscancer diagnostiseras generellt sett i senare stadier (III–IV) i låginkomstländer än i höginkomstländer. I en undersökning från Kenya [2] framgår att den dominerande åldersgruppen är yngre (40–49 år) än i höginkomstländer där åldersgruppen 50–59 år dominerar. Kvinnorna kom till diagnos sent i sjukdomsförloppet och endast 7 procent diagnostiserades i stadium I, en nivå som är förhållandevis lätt tillgänglig för behandling. Mönstret liknar det som rådde i Sverige vid sekelskiftet [10].

Tendensen är densamma i Nigeria

### Författare

CAROLINA TRISTEN

AT-läkare, Legekontoret i Rauland, Norge

STAFFAN BERGSTRÖM

professor, avdelningen för internationell hälso- och sjukvårdsforskning (IHCAR), Karolinska institutet, Stockholm.

samt i delar av Latinamerika [11]. Cirka hälften av de cancersjuka beskrivs i en latinamerikansk studie ej ha haft tillgång till cellprovstagning, jämfört med 28 procent i en frisk kontrollpopulation. De riskfaktorer man kunnat identifiera rymmer tidig sexualdebut, multipla sexualpartner, rökning och papillomvirusinfektion [2, 10, 12].

Sambandet mellan hormonella anti-konceptiva medel och livmoderhalscancer har debatterats flitigt. Det är uppenbart att kvinnor som använder sådana medel tenderar att skydda sig med barriärmetoder i mindre utsträckning, vilket leder till högre risk för papillomvirusinfektion. Olika studier tycks nu bekräfta att det finns ett samband mellan livmoderhalscancer och längre tids användning av p-piller [10, 13]. Detta samband har emellertid ifrågasatts. I vad mån denna association är relevant i u-landsmiljö eller inte beror på annan reproduktionsrelaterad sjuklighet och dödlighet.

### Begränsade resurser för terapi och prevention

Behandlingsmöjligheterna i flertalet länder i tredje världen är mycket begränsade. Antalet teleterapienheter i Sverige uppskattas vara lika stort som i hela Afrika. Innebörden av detta inses lättast då man jämför befolkningsantalet i Sverige (9 miljoner) med det i Afrika (500 miljoner) [2]. I Nigeria visar det sig att patienter med livmoderhalscancer generellt får inadekvat behandling, alltifrån ingen behandling alls till underbehandling [7, 10]. Medan Sverige är indelat i sex onkologiska regioner med minst ett regionalt behandlingscentrum och totalt 14 sjukhus med faciliteter för högenergigiradioterapi, finns i Afrika totalt elva länder med sådan terapi [2].

Screening med vaginala cellprov syftar till att fånga upp förstadiet till invasiv sjukdom. Resurserna är dock extremt begränsade och har en tendens att överanvändas av lågriskgrupper med dåligt utbyte som konsekvens.

Livmoderhalscancer har ett preinvasivt stadium på 5–10 år, och bara 10–20 procent av sk carcinoma in situ övergår till invasiv cancer. Dessutom inträffar mindre än 10 procent före 35 års ålder [10]. Det realistiska borde vara att satsa på populationsbaserad screening med 5–10 års mellanrum, inriktad på en population där högriskgrupper ingår.

Problemet i flertalet låginkomstländer är att det råder brist på utbildad klinisk personal, som kan ta prov korrekt, samt brist på laboratorier och cytologisk personal för att analysera proven. Screening med långa intervall ställer särskilt höga krav på att provtagning och cytologisk diagnostik är korrekta. Dessutom måste det finnas resurser för



**Många kvinnor i u-land** bär barnet i famnen och skörden på ryggen. Arbetsbördan är stor och det finns inte utrymme för att bry sig om den egna hälsan.

uppföljning och behandling av de kvinnor som visar sig ha onormala cellprov. Begränsade resurser har medfört att man i t ex Indien gjort försök med att träna upp kvinnlig paramedicinsk personal i visuell inspektion av cervix. I en studie gjordes både visuell inspektion och cytologi, varvid enbart visuell inspektion identifierade som högrisk över 60 procent av de kvinnor som cytologiskt visade sig ha cancer [10].

I en annan studie från Indien, där inspektionen gjordes av sk auxilliary nurse midwives (ANM), rapporterade de 85 procent av det som histologiskt var cancer som suspekt eller malignt [7]. I dessa miljöer är tillgången på kolposkopi i stort sett obefintlig.

Allt större vikt läggs nu vid primär prevention i olika former, t ex i information i massmedier. Sådan information kan innehålla beskrivning av symtom som bör föranleda besök på hälsostationer för undersökning, t ex postkoital blödning.

### Screening – nästintill en omöjlighet

I Sverige har man sedan början av 1900-talet god dokumentation av livmoderhalscancer. För hundra år sedan var ca 80 procent av fallen i sena stadier (III–IV) och mindre än 5 procent i tidigt stadium (I) vid diagnos [10]. Situationen då liknar den man nu finner i många låginkomstländer. Livmoderhalscancer i Sverige var före införandet av screening den tredje vanligaste kvinnliga cancer. Den ligger nu på 17:e plats [1].

Idag har knappast något land i tredje

världen ett nationellt screeningprogram i funktion. Detta beror inte bara på medicinskt teknisk resursbrist utan även på otillräcklig infrastruktur, sociala problem samt administrativa hinder. Flera pilotprojekt har genomförts bl a i Indien och Latinamerika. I Indien har man sedan tidigt 1960-tal tagit hjälp av familjeplaneringsmottagningar, mödravårdskliniker och på senare tid en del mobila enheter för tidig diagnostik. Effekten av denna verksamhet har hittills inte kunnat dokumenteras. I många låginkomstländer prioriteras andra hälsoproblem såsom malaria, tuberkulos och HIV-infektion.

Liksom mödradödligheten kom upp sent på hälsoministeriernas dagordning har intresset för livmoderhalscancer kommit sent – om det överhuvudtaget existerar. Intresset har stimulerats av undersökningar, i vilka man försökt beräkna reduktionen i kumulativ incidens av livmoderhalscancer vid screening. I en indisk studie baserad på det indiska, nationella cancerregistret visades att om kvinnan genomgår screening för första gången vid 45 års ålder, kunde man få en reduktion med 20–27 procent [15]. Liknande studier har visat att screening av hela populationen vart 10:e år i åldersgrupperna 35–64 år, kan ge reduktion i incidens av invasiv livmoderhalscancer med ca 55 procent, kalkylerat på ett behov av tre test per kvinna [10].

Utmaningen för dagens forskare be-

står framför allt i att nå ut till kvinnor som utgör högriskgrupper. Livmoderhalscancer är en behandlingsbar sjukdom om behandlingen sätts in tidigt i sjukdomsförloppet. Resursbrist på olika plan innebär att livmoderhalscancer kan betraktas som ett ovanligt tydligt exempel på fattigdomens patologi.

### Referenser

1. Kjellgren O. Malignancies: a growing problem. In: Lankinen KS, Bergström S, Mäkelä PH, Peltomaa M, eds. Health and disease in developing countries. London: The Macmillan Press Ltd 1994: 331-40.
2. Rogo KO. Human papillomavirus and human immunodeficiency virus infection in relation to cervical cancer. Umeå: Umeå University, 1990.
3. Parkin DM, Stjernsward J, Muir C. Estimates of the worldwide frequency of twelve major cancers. Bull WHO 1984; 62: 163-82.
4. Population Information Program, Center for Communication Programs. Population reports. Mothers' lives matter: Maternal health in the community. Baltimore: Johns Hopkins University, 1988; 16: 2 (serie L).
5. Okafor CB. Availability and use of services for maternal and child health care in rural Nigeria. Int J Gynecol Obstet 1991; 34: 331-46.
6. Tkeshelashvili VT, Bokhman JV, Kuznetsov VV, Maximov SJ, Chkuaseli GT. Geographic peculiarities of endometrial and cervical cancer incidence in five continents [review]. Eur J Gynaecol Oncol 1993; 14: 89-94.
7. Onwudiegwu U. A working proposal on the control of cervical cancer in Nigeria: Prevention, early detection and management of cervical cancer in Nigerian women [dissertation]. Uppsala: Department of cancer epidemiology, University Hospital, 1994.
8. Luthra UK. Epidemiology and control of cervical cancer. Ann Natl Acad Med Sci (India) 1983; 19: 1-10.
9. The Cancer registry. Cancer incidence in Sweden 1989. Stockholm: 1992. National board of health and welfare.
10. Pontén J, Adami HO, Bergström R, Dillner J, Friberg LG, Gustafsson L. Strategies for global control of cervical cancer. Int J Cancer 1995; 60: 1-26.
11. Herrero R, Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, De Britton RC, Gaitan E. Screening for cervical cancer in Latin America: A case-control study. Int J Epidemiol 1992; 21: 1050-6.
12. Maggwa BN, Hunter DJ, Mbugua S, Tukey P, Mati JK. The relationship between HIV infection and cervical intraepithelial neoplasia among women attending two family planning clinics in Nairobi, Kenya. AIDS 1993; 7: 33-78.
13. Thomas DB. The WHO collaborative study of neoplasia and steroid contraceptives: The influence of combined oral contraceptives on risk of neoplasms in developing and developed countries. Contraception 1991; 43: 695-710.
14. Stjernsward J, Eddy U, Luthra U, Stanley K. Plotting a new course for cervical cancer screening in developing countries. World Health Forum 1987; 8: 42-5.
15. Murthy NS, Agarwal SS, Prabhakar AK, Sharma S, Das DK. Estimation of reduction in life-time risk of cervical cancer through one life-time screening. Neoplasma 1993; 40: 255-8.

Prioriteringsutredningen förvirrar

# TYDLIGARE DEFINITIONER OCH BÄTTRE FAKTA KRÄVS

**Den svenska prioriteringsutredningen präglas av begrepps-förvirring. För att rapporten skall bli till nytta för hårt pressade läkare i dagens åtstramningar krävs tydligare definitioner av begrepp som hälsa, behov, kostnad och rättvisa.**

**Tillämpning av »solidaritet» enligt en av utredningens definitioner skulle kräva överföring av resurser mellan socialgrupper. Det kräver konkretisering – t ex hur mycket är svenska folket villigt att offra i genomsnittsnivån på hälsa för att minska skillnaderna i fördelningen?**

Det förbättrar knappast goda relationer när grannarna sneglar över trädgårdstaketet och kritiserar ens sätt att sköta saker. Så jag riskerar att stöta bort mina många svenska vänner genom att lägga mig i vad som i princip kan tyckas vara en inrikes fråga, nämligen synpunkterna i utredningen om prioriteringar i sjukvården (SOU 1995:5). Men de problem utredningen ställdes inför är inte unika för Sverige. De flesta länder (inklusive Storbritannien) står inför liknande problem, och det är mycket lovvärt att ett demokratiskt tillvägagångssätt används så att alla har en chans att göra sina synpunkter hörda.

Dokumentet i sig är emellertid ganska förvirrande, och jag betvivlar att det kommer att vara till någon större nytta för hårt pressade chefer och läkare, som försöker klara av att omfördela resurser samtidigt som de konfronteras med tilltagande åtstramningar.

Det krävs två åtgärder för att öka utredningens genomslagskraft. Den förs-

### Författare

ALAN WILLIAMS

professor, Centre for Health Economics, University of York, England. Översättning: Ron Gustafson, Med-Text International, Hörby.

ta är tydligare begreppsdefinitioner, den andra konkreta mätningar. Utan klagörande konkretisering återstår endast tom retorik.

Utredningen förespråkar tre grundläggande principer:

*Först och främst:* »alla människor har lika värde och samma rättigheter».

*För det andra och näst viktigast:* »resurser bör satsas ... där behoven är störst».

*För det tredje och mindre viktigt:* »... bör man eftersträva en rimlig relation mellan kostnader och effekt».

### Vem skall bli utan?

Utredningen medger att den första principen »... är ... inte ensam tillräcklig grund för prioriteringar». Trots att detta är viktigt som ett generellt uttalande om sjukvårdspersonalens skyldigheter, är det inte relevant för den smärtsamma frågan om vem det skall *diskrimineras emot*. Kärnan i prioritering är att bestämma vem som skall bli utan vad, för att andra skall kunna få någonting. Detta svåra beslut underlättas inte av principen att lika fall skall behandlas lika (horisontell jämlikhet).

Tre nyckelbegrepp står i centrum för diskussionen om de andra två principerna, nämligen »hälsa», »behov» och »kostnad». Tyvärr råder det en stor oklarhet om den exakta betydelsen av var och en av dessa termer som de används i utredningen, vilket resulterar i att det inte står klart vad som egentligen avses.

Därför kommer jag först att analysera begrepps-förvirringen, och sedan ge tydligare förslag som jag *tror* är förenliga med deras mål men som har den fördelen att de utgör grunden för regler som är både användbara och mätbara.

### Hälsa

När det gäller »hälsa» börjar utredningen med att rekommendera WHO:s definition (»ett tillstånd av fullständig fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande») på grund av dess holistiska syn på hälsobegreppet. Men senare i rapporten ställer man termen »hälsa» mot »ökad livskvalitet», »minskat lidande» och »förbättrad social funktion». Detta tyder på att hälsa anses ha en snävare ►