

Behandling av nyrekreft – erfaringar frå ein kreftsjukepleiar

Pasientar med nyrekreft er ei lita gruppe. Ved Stavanger universitetssjukehus er vi to sjukepleiarar som følgjer opp desse pasientane.

NYRE: Kreft i nyrene er ein alvorleg sjukdom som kan utvikle seg over lang tid utan å gje merkbare symptom. Illustrasjonsfoto: Scanpix Microstock.

I den seinare tid har me sett at det vert meir og meir aktuelt å behandle pasientar ved hjelp av nyare medikamenter i tablettform. Me ser det blandt anna i høve til pasientar med føflekk-kreft, brystkreft og ikkje minst nyrekreft. Eg vil her fortelje om behandling til pasientar med metastaserande nyrekreft og korleis me ved vår arbeidsplass fylgjer desse pasientane. Me er to kreftsjukepleiarar som saman med lege fylgjer desse pasientane. Det er eit tett samarbeid og me har saman laga eit opplegg som fungerer som ei rettleiing.

I 2011 fekk 785 menneske nyrekreft i Noreg, dei fleste menn og flest i alderen 60 – 80 år. Omlag 25 % av pasientane med nyoppdaga nyrekreft har metastaser, oftast til skjelett, lungar, lever eller hjerne. Ofte kan det vera metastasene som kan gi symptomer(1,2). Sidan dette ikkje er så stor pasientgruppe, har me valt å la oppfølging kvile på få hender. Grunnen er at me gjerne vil verta gode på bivirkningslindring og gode på å hjelpa pasientane til å halde ut det som for mange er verksam behandling. På denne måten er det og lettare å vera føre var når problemer måtte oppstå.

Nyrekreftpasienten kjem fyrst til ein visningstime hos lege. Om det passar er ein sjukepleiar med på denne. Vidare får dei ein oppstartstime hos kreftsjukepleiar der dei får informasjon om virkning og bivirkningar som kan oppstå. Me tek føre oss førebryggjande tiltak. Pasienten får ein perm med tilpassa informasjon som me kallar Pasientens bok. (3) Alle får åpen kontakt til den sengerposten dei tilhøyrer og aktuelle namn og telefonnummer. På den måten tryggjer me at pasienten om naudsynt skal kunne ta kontakt med oss til alle døgerets tider. I dette møtet legg me opp ein plan for dei fyrste vekene med timeavtaler, EKG og blodprøvar.

Metastaserande nyrekreft

Dei siste åra har me sett store endringar i behandlinga til pasientar med metastatisk nyrekreft. Der det før nesten berre var tilbod om behandling med Interferon Alfa, har det nå overteke nye og meir effektive medikamenter. I 2006 vart sunitinib (Sutent) godkjent i Noreg. Det er ein såkalla thyrosinkinasehemmar (TKI-hemmar) (2). Etter dette har det kome andre TKI hemmarar til på markedet som sorafenib (Nexavar), aksitinib (Inlyta) og pazopanib (Votrient). I tillegg har me og fått inn ein m-TOR hemmar der virkestoffet er everolimus (Afinitor) (2). Felles for desse medikamenta er at dei ikkje går inn under kategorien cellegift. Alle er proteinkinasehemmarar der formålet er å hindre blodforsyning til svulstvev og på den måten sveltefore tumor.

Studier viser at denne type behandling er langt meir effektiv enn Interferon Alfa. Journal of Oncology 2009

viser til ein studie gjort på Sutent versus Interferon Alfa (4). Studien hadde ein arm der pasientane fekk Interferon Alfa og ein med Sutent. Til saman var det inkludert over 700 pasientar. Resultater frå denne studien viste at Sutent meir enn dobla median progresjonsfri overleving samanlikna med Interferon Alfa som 1. line behandling. Pasientane som fekk Sutent hadde ei median totaloverleving på 26,4 månader mot 21,8 månader for Interferon Alfa. I analysen der ein såg på pasientar som ikkje fekk aktiv behandling etter at dei slutta i studien fann ein at Sutent dobla median total overleving versus Interferon Alfa: 28.1 månader mot 14,1 månader. Dette er fyrste gong det er vist at eit medikament gir pasientar med metastaserande nyrekreft ei median overleving på over to år. (4.)Denne positive utviklinga dei siste åra har ført til at pasientar har fått betydeleg lengre levetid med sjukdommen og i enkelte tilfelle har me jamvel sett at pasientar har gått i remisjon.

Det fylgjer ein del bivirkningar med denne type behandling og me ser at det til tider kan krevja mykje av pasientane. Me meiner at sjukepleiarane kan vera viktige motivatorar og støttespelarar for pasienten. Erfaring tyder på at det er viktig for resultatata å førebrygge slik at bivirkningar kan verta mildare. På den måten kan me vera med å gjera det mogeleg for pasientane å halda ut lengre i behandlinga. Det kan i neste omgang medføre lengre levetid og betre livskvalitet. Me har tatt konsekvensen av dette og lagt opp til tett oppfølging der me vekslar mellom legekontrollar og sjukepleiekonsultasjonar.

Pasientane kan ha ulikt syn på kor mykje bivirkningar dei kan tolerere. Nokre er tydelege på at dei ynskjer i høg grad livskvalitet og ikkje vil ha for mykje plager. Andre er villige til å tåle meir ubehag for å auke livslengda. Me veit at behandlinga medfører slitasje og for nokre ein del plager. Målet vårt er sjølvsagt å få til både god livskvalitet og lang levetid. Ofte medfører det regulering av dose og/eller intervaller.

Medikamenta det her er snakk om vert brukt på ulikt vis og det kan vera ulike grunnar til at ein velgjer det eine medikamentet framføre det andre. I hovudsak er 1.linjebehandling ved metastatisk nyrekreft enten sunitinib (Sutent) eller pazopanib (Votrient) (2). Ut frå erfaringar vert gjerne Votrient føretrekt til pasientar med høg alder eller nedsatt almenntilstand då Votrient kanskje kan gi litt mindre bivirkningar. Ved progresjon står valget mellom aksitinib (Inlyta) eller everolimus (Afinitor). Sorafenib (Nexavar) vert sjeldan brukt her hos oss til denne pasientgruppa.

Mange refererer til professor Manuela Schmidinger ved Wien universitetssjukehus . Ho behandlar omlag



Av Torunn Høivik, kreftsjukepleiar, Poliklinikk for blod og kreftsjukdommar, Stavanger Universitetssjukehus

300 pasientar med metastaserande nyrekreft årleg. Professor Schmidinger viser til lange pasientforløp som i enkelte høve kan strekkje seg opp mot ti behandlingsslinjer. Noko av det ho framheld som svært viktig er at pasientane skal ha bivirkningar for at behandlinga skal vera effektiv (5). Når behandlinga sviktar på det eine medikamentet går ein over til neste. Etter ei tid kan ein så gå over til det fyrste att og likevel få effekt. Ho har erfaring med å snu att og fram på behandlinga etter behov. Sjølv sagt støttar ho seg på ulike studier i dette feltet (5). For å kunne vurdere heile dette biletet er det viktig å ha erfaring. Difor er det hos oss ein hovudansvarleg lege på dette feltet.

Medikamenta eg her har nemnt vert tekne dagleg utanom Sutent som har ein oppstart med fire veker behandling og to veker fri. Desse syklusane vert gjerne endra etter korleis pasienten har det.

Dei vanlegaste bivirkningane og handtering av desse

Desse medikamenta gir bivirkningar som minner om kvarandre (6). Eg veljer difor å skriva om desse samla sjølv om det nok kan vera litt forskjellar.

Hand/fot problem: Det er lurt å inspiserer beina til pasientane før oppstart. Har dei spesielle problem vil eg tilrå eit besøk hos fotterapeut slik at ein har eit godt utgangspunkt. Vidare er det veldig viktig å vera nøye med god smøring på hender og føter. Eg tilrår krem med karbamid og helst så mykje som 10%. Me såg nok meir av desse problema tidligare. Nå ber me pasientane smørje seg tre gonger dagleg. Erfaring viser at det blir mindre blemmer og øm hud på beina som jo kan føre til pause i behandlinga.

Skulle slike problem oppstå er gelesolar og compeed plaster av og til nyttig. På hard hud kan ein forsiktig prøve acetylsalisylkrem.

Hypertensjon: Professor Schmidinger seier ut frå erfaring at har ikkje pasienten hypertensjon på TKI hemmarar, er ikkje dosen stor nok (5). Det er vanleg at blodtrykket stig og ofte må pasienten få blodtrykksenkande middel. Er me usikre tek me 24 timars måling. Me kan gjerne sjå at pasientar som brukar Sutent har fint blodtrykk i byrjinga av syklusen, men så kan me sjå ei stigning i veke tre og fire.

Sår i munnslimhinnene: Mange har ei kjensle av at det brenn i munnen. Det er ofte ein då kan sjå rødeheit på tunga, på innsida av kinna og i svelget. Det treng ikkje vera blemmer. For å unngå dette har me sett verknad av å førebyggje med Düsseldorfmikstur (3) ved oppstart.

Denne blandinga inneheld Corsodyl. Er det blitt sårt kuttar me gjerne ut Corsodylen i blandinga pga at den inneheld sprit. Det er viktig å skylje etter måltid. Salvete kan og vere eit godt hjelpemiddel. Mange pasientar opplever at munnproblemane er verst ved oppstart av behandling og at det gjerne kan avta. Eit siste tiltak kan vera Tetracyclinskyll ei veker tid. Vil ikkje problemene gi seg må pasienten ta ein pause i behandlinga. Elles tilrår me alle å kjøpe seg såpefri tannkrem.

Trøtteleik: Så og sei alle vil oppleve trøtteleik av denne type behandling. Mange kan likevel vere i aktivitet med trening og arbeid. Me tilrår pasientane å vere i aktivitet, men og tilpasse med kvile. Likeins er det viktig å sørje for god ernæring og godt væskeinntak slik at ein ikkje får eit stort ufrivillig vekttap.

Diare/magesmerter: Det er ikkje uvanleg å oppleve diare. Lopamid er då eit godt hjelpemiddel. Professor Schmidinger meiner å ha god effekt av rivne oksyderte epler. Enkelte som har gått i behandling hos oss har også hatt god hjelp av dette. Ved inntak av feit mat er det nokre som rapporterer magesmerter. Elles er det vanleg at pasientar kjenner teikn på mykje magesyre og må tilpasse kosthaldet etter det. Syrenøytraliserande midler kan være ei god hjelp.

Hud og hår endringar: Når det gjeld Votrient og Sutent ser me at huden kan verta lett gulfarga og hår og skjegg vert ofte sylvgrått. Det er det meg kjend ikkje så mykje å gjera med. Det kan oppstå utslett på kroppen generelt ved alle desse medikamenta. Me tilrår då karbamidhaldig krem og unngå varmt bad eller dusj. Likeins tilrår me høg solfaktor fordi mange lett reagerer med utslett når dei vert utsett for sollys.

Ein del av pasientane har opplevd å bli såre rundt endetarmsopningen og andre på pungen. Me anbefaler å smørje tre gonger dagleg ved oppstart av ny syklus med karbamidkrem. Nokre gonger må det mild kortisonkrem til og kanskje kamilleomslag. Cavilon barriere krem har og vore til hjelp.

Forlenging av QT tid (Forseinka ledningstid fra Q-takken til T-takken på EKG, noko som kan føre til arytmier): På grunn av at medikamenter som Sutent, Votrient, Inlyta og Nexavar kan forårsake forlenging av QT tida, må det takas jevnlege EKG. I fleire tilfelle har me tatt pause i behandlinga pga dette problemet. Nokre har hatt så forlenga QT tid at behandlinga har vorte avslutta.

Det må takas jamnlege blodprøver. Dei ulike

medikamenta har kvar sine ting som må fylgjas med på og pasientane har jo og ulik sjukdom. Hematologiske prøvar , nyre og leverstatus vert tekne omlag ein gong i månaden. Likeeins ser me jamnleg på stoffskiftestatus. Det er ikkje så sjeldan at pasientar må ha tilskot med Levaxin. Blodsukker og kalsium testar me og jamnleg. Det er viktig å observere hoste og tungpust hos pasientar som vert behandla med Afinitor. Dette er ein form for lungebetennelse og dei skal ta kontakt med sjukehus for kortisonbehandling.

Oppfølging

På grunn av desse bivirkningane er at det viktig med tett oppfølging. I byrjinga har sjukepleiar kontakt med pasienten kvar veke. Lege ser pasienten kvar månad eller oftare . Når me har komme inn eit system og fått litt ro på ting, ser sjukepleiar pasienten omlag ein gong i månaden i tillegg til jamnlege telefonar. Legen ser pasienten omlag kvar andre

månad om pasienten har det bra. Her vil det bli vurderingar og individuelle opplegg etter kvart. Me legg ofte opp til samarbeid med fastlege og heimesjukepleie. Å arbeide med denne pasientgruppa er givande. Fortsatt har me tru på at desse pasientane har meir å henta. Etter som eg forstår kan det vere meir aktuelt med metastasekirurgi etter kvart. Det er å håpa at livslengda og livskvaliteten berre kan verta betre. ■

Referanser:

1. www.kreftforeningen.no
2. www.oncolex.no
3. www.helse-stavanger.no/pasientensbok
4. Robert J. Motzer, Thomas E. Hutson, Piotr Tomczak m fleire; Sunitinib versus Interferon Alfa in Metastatic Renal-cell Carcinoma Journal of Clinical Oncology, volume 27, number 22, august 2009
5. Manuela Schmidinger, James Larkin, Alain Ravaud; Experience with sunitinib in the treatment of metastatic renal cell carcinoma. Ther. Adv. Urol. 2012, okt; 4(5):253-265.
6. www.felleskatalogen.no/preparatomtale



Det er i alle kurs mulig å ha med seg samlivspartner/nærstående

Montebellosenteret tilbyr unikt opphold for de som har eller har hatt kreft.

www.dielstra.no Foto: Oda Hivem



«Livet kan få nye perspektiv og gis nye muligheter»

Alle kursopphold handler om å få faglig kunnskap, dele erfaringer og oppleve fellesskap med andre mennesker i samme situasjon.

«Kreft - hva nå?» kurs er diagnoserelatert og hovedmålsettingen er «Lær å leve med endringer som følge av kreft». **Temakurs** har fokus på tema knyttet til utfordringene videre i livet. Fokus i **familiekurs** er barnas behov, mestring og støtte fra andre barn og unge i samme situasjon.

Mer informasjon finner du på www.montebellosenteret.no eller kontakt oss på e-post eller telefon.

Tilbudet er landsdekkende og det søkes direkte til MBS.



Montebellosenteret, Kurstedvegen 5, 2610 Mesnali
Tlf 62 35 11 00, post@montebello-senteret.no
www.montebellosenteret.no

MONTEBELLO
Nytt perspektiv på livet