



Case Story – hos patienter med gulsot er en stent livsvigtig

24.03.2011

Patienten er en dansk kvinde, f.1964, som i oktober 2006 blev opereret for æggestokscancer med fjernelse af livmoder, æggeledere og æggestokke, omentet (fedtforklædet) og blindtarmen. Operationen var makroskopisk radikal. Stadium III C. Serøst adenocarcinom med spredning til mange lymfeknuder, og man finder carcinose i det lille bækken.

Herefter behandling med kemoterapi 6 gange (Taxotere og carboplatin) afsluttet foråret 2007. Tumormarkøren CA-125 var herefter normaliseret til 9, fra knapt 800 før opstart af kemoterapi.

I oktober 2007 var CA-125 steget til 1554, og patienten fik nu en ny kur med Taxotere og carboplatin, i alt 9 gange med 3 ugers mellemrum, sidste gang i maj 2008.

Havde det herefter fint i 1 ½ år indtil efteråret 2009. Ultimo september 2009 er CA-125 steget til 119, og en PET/CT scanning viser 3 nyttilkomne suspekter lymfeknuder og mistanke om carcinomatose på leverens overflade. Oktober 2009 begyndes behandling med carboplatin og Cælyx, og patienten får 6 serier hermed, afsluttet i maj 2010 med CA-125 på 17. Medio september 2010 er CA-125 steget til 694, og patienten påbegynder nu Topotecan behandling og får 4 serier hermed, sidst 1.11.2011. CA-125 var da steget til 1416, og man skifter nu til gemcitabin, som gives sidste gang den 18.1.2011 uden effekt. Patienten bookes nu til behandling med angiogenesehæmmeren Avastin i Vejle, men den 12.2.2011 indlægges hun med gulsot og hurtigt stigende bilirubin og levertal, og man prøver nu på Rigshospitalet, den 15.2.2011, om man kan aflaste hende med en stent. Det lykkedes ikke for kirurgerne, idet man ikke fandt nogen stase (obstruktion). Patienten drog herefter til Vejle, hvor man imidlertid ikke kunne give Avastin på grund af den udtalte gulsot og de høje levertal. Man måtte desværre fortælle patienten, at man ikke havde yderligere at tilbyde, når man ikke kunne anlægge en stent.

Patienten henvendte sig herefter på Humlegården den 18.2, og vi har en særdeles erfaren ultralydslæge i vor stald, og da han undersøgte patienten den 19.2.2011 var hans konklusion, at patienten kunne og skulle dræneres for hendes gulsot. Vi kontaktede derfor den 20.2 en af kirurgerne på Rigshospitalet med henblik på dette, men man ville ikke gøre et nyt forsøg, da deres egen undersøgelse kun var få dage gammel. Vi henviste herefter patienten til Helsingør Sygehus den 21.2 og den 22.2 oplagde man en endoprotese (stent) til begge leverlapper. Bilirubinet var på det tidspunkt 332, og CA-125 på 16.400. Bilirubinet og de øvrige

levertal faldt nu omgående og patienten kunne drage til Vejle igen og få sin Avastin behandling den 1.3.

Bilirubinet er fortsat med at falde og var den 18.3 på 68, og patienten fik Avastin behandling nr. 2 den 23.3. Bortset fra lidt tidvis stentfeber, og lidt væske (ascites) i abdomen, som hun er tappet for én gang, har patienten det godt.

Vi har naturligvis fra første dag behandlet patienten med de muligheder vi råder over. Lokal hypertermi, mistelten injektioner, marietidsel og andre lægeplanter for leveren, LDN, samt metronomisk kemoterapi.

Konklusion: Et stigende bilirubin (det gule galdefarvestof) hos en cancerpatient fører med sikkerhed til døden når tallet når på omkring 600 – 700. Så beskadiger det bl.a. nyrerne, og patienten kan ikke overleve længe.

I mange tilfælde er det muligt at lægge et rør (en såkaldt stent eller endoprotese) ind i galdegangene, så galden kan løbe ned i tarmen igen. Dette gælder hvis der er en eller anden obstruktion, som man kan føre stenten igennem.

Hvis leveren imidlertid er fuld af metastaser, kan man se at bilirubinet går direkte ud i blodet uden at der foreligger en afløbshindring. I disse tilfælde får man intet ud af at anlægge en stent. Til gengæld ville man kunne forsøge en leverdialyse, men dette vil leverdialyselægerne ikke gøre hos cancerpatienter, fordi effekten af en sådan ikke ville kunne holde længe.

Der er stor forskel på hvor stor en erfaring kirurger har med at anlægge en stent i galdevejene og da det er et spørgsmål om liv og død for patienten, som i dette tilfælde, bør man efter Humlegårdens erfaringer altid dobbeltchecke, hvis en patient får afslag på anlæggelse af en stent. Vi har f.eks set en svensk cancerpatient komme med et bilirubin omkring 700, og patienten havde fået besked på et stort svensk universitetshospital om at man ikke kunne anlægge en stent, så han havde kun få dage tilbage at leve i. Men Humlegårdens meget erfarne ultralydslæge, som er overlæge på et stort københavnsk hospital, kunne anlægge en stent, så patienten kunne tage tilbage til Sverige og få sin kemoterapi. Han levede i årevis.

Konkluderende kan man sige, at er der den mindste chance for at en stent kan anlægges, bør det ske. Det kan føre til en betydelig længere overlevelse hos patienten.