
Livskvalitet efter behandling för kolorektal cancer

EVA ANGENETE

Kolorektal cancer är en av de vanligaste cancerformerna i världen. Nuförtiden botas de flesta, femårsöverlevnaden är över 60 procent. Grunden i behandlingen är fortsatt kirurgi, även om den onkologiska behandlingen har utvecklats mycket genom åren.

Den kirurgiska behandlingen innebär oftast att en del av tarmen tas bort, ibland inkluderande såväl urinblåsa som prostata, vagina eller uterus. Ibland kan tarmen kopplas ihop och patienten kan gå på toaletten igen, men inte sällan får patienterna en stomi, vilket innebär en ändrad kroppsuppfattning. Strålning och kemoterapi har ensamt och i kombination biverkningar som innebär funktionspåverkan av såväl tarm och urin som sexuell funktion, men till exempel även påverkan av känsel i händer och fötter samt smärta i bäckenskelettet. Sammantaget påverkas livskvaliteten av såväl själva tumörsjukdomen som biverkningar och sidoeffekter av behandlingen.

Långtidsuppföljning talar dock för att en majoritet av patienterna upplever god livskvalitet efter att ha överlevt behandling för kolorektal cancer.

Bakgrund

Kolorektal cancer är en av de vanligaste cancerformerna i västvärlden och orsakar ungefär 10 procent av alla dödsfall i cancer per år (1). Incidensen i västvärlden sjunker faktiskt något i sin helhet, men samtidigt ökar den generellt i utvecklingsländer och i den yngre populationen i västvärlden (2, 3). De senaste decennierna har överlevnaden förbättrats avsevärt, initialt framför allt för rektalcancer, men även för koloncancer. Detta beror sannolikt på förbättrad kirurgi, onkologisk behandling och uppföljning. Idag är femårsöverlevnaden över 60 procent efter diagnos och behandling för kolorektal cancer. Screening för kolorektal cancer har påverkat incidensen och kommer sannolikt framöver även att påverka mortaliteten, men i många länder har screening inte

pågått så länge så att det har fått en märkbar effekt (4). Samtidigt finns det data som talar för att en hälsosam livsstil kan ha stor effekt på incidensen av kolorektal cancer, varför ett generellt arbete i samhället avseende ökande fysisk aktivitet och minskande av riskfaktorer, såsom lägre konsumtion av rött kött och intag av alkohol, bör fortgå (5).

Livskvalitet – vad är det och hur mäter vi det?

Livskvalitet är ett vitt begrepp och det finns ingen helt etablerad definition (6). Världshälsoorganisationen WHO definierar lite förenklat livskvalitet som en människas upplevelse av sitt eget liv i förhållande till sin kultur, sina förväntningar och sina mål samt möjligheterna att förverkliga sig själv. Det gör forskning inom livskvalitetsområdet komplext och kräver sannolikt att studier om patienters livskvalitet utförs i alla länder så att det blir anpassat till det sammanhang där patienterna lever.

Livskvaliteten påverkas också sannolikt dels av bemötande, behandling och utfall, dels av behandlingen, såväl avseende kroppsliga funktioner som onkologiskt utfall. Mätningar av livskvalitet och funktionsutfall påverkas av hur och när dessa mäts. Det finns studier som

SKRIBENTEN

Eva Angenete är professor i kirurgi vid Göteborgs universitet och arbetar kliniskt som överläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Hon är kolorektalkirurg och arbetar såväl kliniskt som vetenskapligt framför allt med ändtarmscancer, recidiv av ändtarmscancer samt analcancer.

indikerar att mätningarna bör ske av oberoende parter i stället för via behandlingsgivande enhet då patienterna kan ha en önskan att försköna resultatet, kanske för att visa sin tacksamhet gentemot de som erbjudit bot (7). Det finns också en möjlig tolkningsutmaning i så kallad response shift, där patienter genom sin anpassning till tillvaron rapporterar god livskvalitet trots funktionsnedsättningar som de tidigare kanske inte hade accepterat (8). Å andra sidan kan man reflektera över att det väl är just hur någon upplever sin livskvalitet som är viktigt, inte varför de kanske ändrat uppfattning över tid.

Mätning av livskvalitet kan ske med olika sorters frågor och frågeformulär, där samtliga har olika för- och nackdelar. Psykometriskt validerade formulär kan innehålla viktningar som utförts av professionen, men ger ofta ett tydligt kvantitativt svar. Samtidigt kan detta innebära att patientens symtom eller frekvens av symtom tolkas statistiskt snarare än av patienten själv. En klinimetrisk ansats ger en skala av till exempel en frekvens av symtom utan tolkning, men går å andra sidan oftast inte att kvantifiera med en summa (9). Båda har sin plats i forskning kring livskvalitet, men det krävs kännedom kring såväl tidpunkt som det sätt som frågorna ställts på för att på bästa sätt tolka svaren från patienterna.

Vanliga psykometriska formulär som används vid kolorektal cancer är formulär QLQ-C30 och QLQ-CR29 från European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC). C30 är ett generiskt cancerformulär med blandade frågor kring livet i stort och dagliga funktioner. CR29 är mer specifikt för kolorektal cancer och inkluderar frågor om kroppsliga funktioner som bedöms sannolikt påverkas av behandlingen. Detta inkluderar frågor om tarm, urin och sexuell funktion men även frågor som kan vara relaterade till biverkningar av kemoterapi. Utöver detta finns mer generiska formulär, såsom EQ-5D som också kan användas för uträknande av så kallade kvalitetsjusterade levnadsår (quality adjusted life-year, QALY). Dessa kan sedan användas vid hälsoekonomiska analyser.

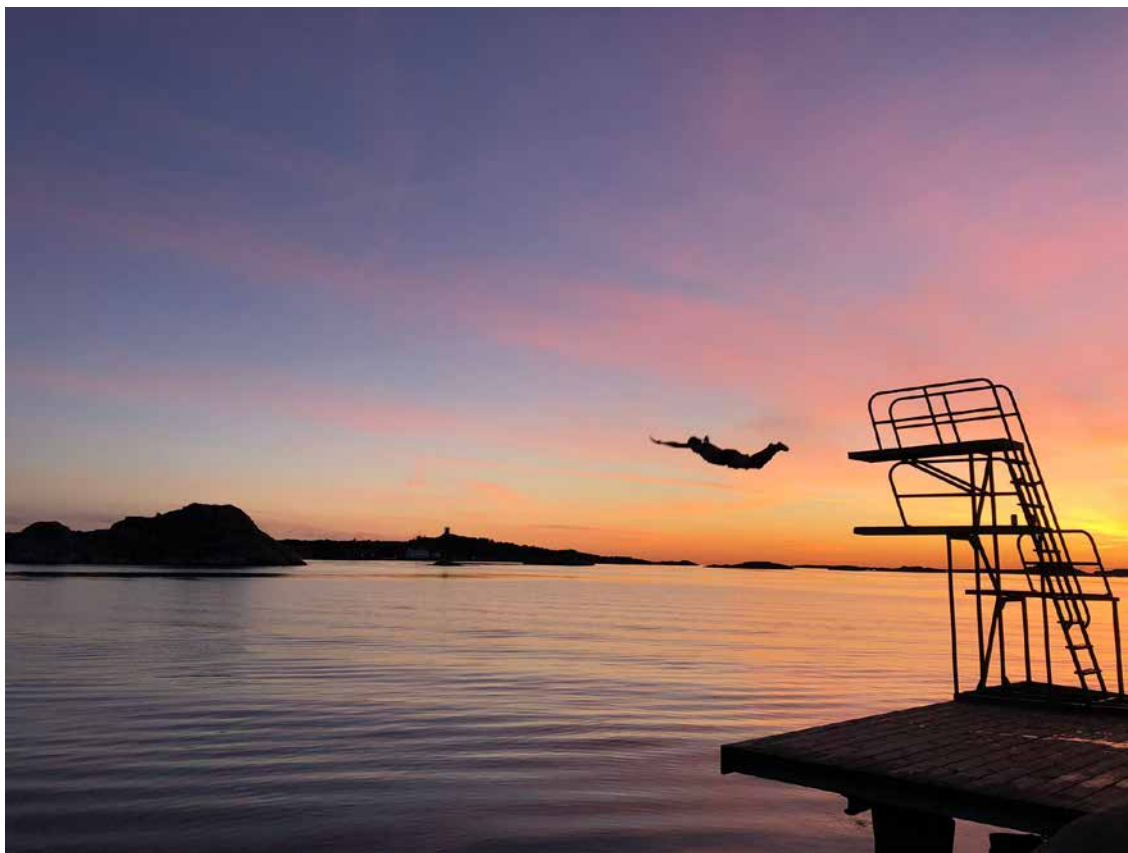
Utöver detta så föreligger det en stor mängd validerade frågeformulär som är mer fokuserade på symtom, exempelvis tarmfunktion (LARS-score), sexuell funktion (Female Sexual Function Index, FSFI) och erektil funktion (International Index of Erectile Function, IIEF).

Livskvalitet efter behandling för kolorektal cancer

Med en ökad överlevnad och kanske också med tanke på en ökad incidens av kolorektal cancer hos unga krävs större fokus på effekterna av behandlingen på livskvalitet över tid. Livskvaliteten kan mätas vid många olika tillfällen före, under och efter behandling. Vid diagnos finns det många andra faktorer än diagnos och prognos som kan påverka livskvalitet, och kunskap kring depression och ökad risk för suicid vid diagnos är viktig för att kunna förbättra patienternas livskvalitet (10). Att förbättra patienternas livskvalitet före och under behandlingen för kolorektal cancer kan synas svårt, men ändå vara angeläget. En upplevelse av god livskvalitet eller kanske framför allt en upplevelse av fungerande social miljö och ostört familjeliv trots cancerdiagnos och behandling har i en studie haft positiv effekt på det onkologiska utfallet (11). Att handlägga diagnosen snabbt och effektivt inom ramen för standardiserat vårdförlopp (Sverige) har varit ett försök att förbättra livskvaliteten hos patienter. Ett standardiserat vårdförlopp, eller pakkeforløb som det heter i Danmark och pakkeforløp i Norge, är en standardiserad process för diagnos och behandling av kolorektal cancer. Det har inte visats i studier ha någon större effekt på livskvalitet om man justerar för andra faktorer såsom depression och "känsla av sammanhang" (12). Det finns inte heller mycket data som stödjer standardiserat vårdförlopp ur ett onkologiskt perspektiv (13). Samtidigt upplevs strukturen och organisationen som tillkommer vid en standardiserad process generellt mycket positiv av såväl patienterna som vården.

Det finns också ringa vetenskapligt stöd för utökad kontakt med psykolog eller kurator i samband med diagnos, men kanske kan riktad stöd till riskindivider vara en god investering för såväl patienter som sjukvård och samhälle för att förbättra livskvaliteten vid diagnos.

Livskvaliteten efter kirurgisk behandling av kolorektal cancer och framför allt av rektalcancer är relativt väl studerad. Den påverkas direkt efter kirurgin med en tydlig nedgång (14, 15). Tyvärr har det varit ringa förbättring av livskvaliteten vid implementeringen av laparoskopisk kirurgi, trots att den innebär mindre blödning, kortare vårdtid och snabbare återhämtning. Något bättre livskvalitet har dock uppmätts efter laparoskopisk koloncancerkirurgi jämfört med öppen (14).



Figur 1. Livskvalitet är individuellt, ibland kanske god livskvalitet är möjligheten att få ta ett gott dopp i kvällssolen? Brännö, Göteborgs skärgård. Foto: Gustav Angenete.

Vid kirurgisk behandling av kolorektal cancer påverkas livskvaliteten i flera olika hänseenden. Utifrån EORTC kan man identifiera så kallade funktionsskalor såsom fysisk funktion, rollfunktion, social funktion, kognitiv funktion och global hälsa och samtliga är påverkade i början efter en operation för kolorektal cancer (14). Utöver detta finns det också kroppsliga symtomskalor. Några av riskfaktorerna för dålig livskvalitet är låg utbildningsnivå, ekonomiska utmaningar och komorbiditet. Samtidigt kan dessa variera mellan könen, och män förefaller vara känsligare för dålig livskvalitet vid låg utbildningsnivå och ekonomiska utmaningar (16). Ett symptom som påverkar livskvaliteten är fatigue, som innebär onormal trötthet. Detta kan oftast bli bättre med fysisk aktivitet, men kan kräva mycket stöd från sjukvården då det kan vara svårt att motivera sig för fysisk aktivitet vid trötthet.

Många patienter med riskfaktorer för systemiskt återfall erhåller adjuvant (förebyggande) kemoterapi efter sin kirurgiska resektion (17). Här ses att patienter som är något äldre har

större risk för att behöva längre tid för att återhämta sig avseende sin hälsorelaterade livskvalitet (18). Biverkningar i form av nervskador i händer och fötter kan också påverka livskvaliteten negativt (19).

Funktioner som påverkar livskvalitet

Ovan nämndes fatigue som ett symptom som påverkar generell livskvalitet. Det finns många kroppsliga funktioner som påverkas efter kirurgisk behandling för kolorektal cancer och som kan påverka patienternas livskvalitet. Dock kan upplevelsen av dessa påverkade funktioner förändras över tid (till exempel genom anpassning, som ovan nämnt så kallad response shift) (8). Detta innebär att patienterna anpassar sin uppfattning om funktionsnedsättningar över tid och accepterar situationer som de initialt kanske inte accepterade. Samtidigt förefaller livskvalitet några år efter rektalcancerbehandling påverkas av huruvida patienten har besvär från sina kroppsliga funktionsnedsättningar eller inte (20).

Tarmfunktion

Studier indikerar att framför allt ändtarmscancerpatienter kan få en påverkan på sin livskvalitet av dålig tarmfunktion (så kallat low anterior resection syndrom), som uppträder hos åtminstone 40 procent av patienterna efter rektalcancerkirurgi med bevarad tarmkontinuitet (21). Samtidigt har många trott att stomi är sämre än bevarad tarmkontinuitet, men det har varit svårt att bekräfta i studier (22). Acceptansen för stomi är generellt god i Skandinavien, men är också avhängig av om funktionen är god (23).

För koloncancerpatienter har tarmfunktionen studerats i mindre utsträckning, men relativt nya data indikerar att tarmfunktionen är påverkad i upp till 20 procent av fallen, vilket dock inte markant skiljer sig från en normalpopulation (24, 25).

Urogenital funktion

Urinfunktion är viktigt för såväl kvinnor som män. Fler kvinnor än män får påverkad urinfunktion av rektalcancerkirurgi, och symtomen är framför allt inkontinens, tömningsbesvär och överaktiv blåsa (26). Studier avseende urinfunktion hos patienter opererade för koloncancer är begränsade, men sannolikt är besvären mindre uttalade då nerverna inte påverkas i samma utsträckning.

Sexuell dysfunktion är också vanlig efter rektalcancerkirurgi men symtomet är dåligt studerat hos patienter behandlade för koloncancer. Hos män uppstår erektil dysfunktion och retrograd ejakulation i upp till 75 procent av fallen (27, 28). Hos kvinnor är det samlagsmäta, torrhet och minskad lust som är de vanligaste symtomen (27, 29). Hos både män och kvinnor finns en tydlig nedgång i såväl lust som sexuell aktivitet efter rektalcancerkirurgi, men de återhämtar sig med tiden. Dock har en studie visat en diskrepans mellan mäns tankar på sex och sexuell aktivitet efter rektalcancerkirurgi, vilket kanske kan ge ökad frustration och sänkt livskvalitet (30). Hos kvinnor har man också funnit att påverkad tarmfunktion eller stomifunktion försämrar den sexuella funktionen (31), vilket visar på att den sammantagna bördan av dysfunktion påverkar patienterna.

Smärta

Efter rektalcancerkirurgi har upp emot 20–30 procent av patienterna smärta i bäckenområdet (32). Frekvensen av smärta efter koloncancerkirurgi är relativt okänd. Det är vanligare

efter rektumresektion med stomi (abdominoperineal resektion) och vanligare hos kvinnor och efter behandling med kemoterapi. Patienter som genomgått strålbehandling kan dessutom få ett urkalkat skelett och patologiska bäckenfrakturer som ger smärta. Sammantaget är bäckensmärta relativt okänt och behöver sannolikt identifieras och behandlas i större utsträckning, mer. Därmed kan livskvaliteten förbättras hos en utvald del av patienterna.

Sammanfattningsvis

De flesta patienter som genomgår behandling för kolorektal cancer återhämtar sig nästan till sin baslinjenivå inom två år efter behandlingen, och många redan inom 6–12 månader. Även äldre patienter som behåller sin självständighet upplever god livskvalitet (33). Trots mer avancerad kirurgi såsom bäckenutrymning (borttagande av flera organ i bäckenet) förefaller livskvaliteten vara god över tid. Det tar längre tid efter en mer avancerad operation att återhämta sig, och den preoperativa livskvaliteten har betydelse för återhämtningen, men de flesta återhämtar sig inom det första året (34).

Således finns det gott hopp om att patienter som överlever sin kolorektala cancer har god livskvalitet, och interventioner för att minska symtom och biverkningar från behandlingarna kan sannolikt snabba på återhämtningen och ibland också förbättra livskvaliteten.

Eva Angenete

eva.angenete@gu.se

Inga bindningar

Referenser

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2021;71(3):209–49.
2. Arnold M, Sierra MS, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. Gut. 2017;66(4):683–91.
3. Petersson J, Bock D, Martling A, Smedby KE, Angenete E, Saraste D. Increasing incidence of colorectal cancer among the younger population in Sweden. BJS Open. 2020;4(4):645–58.
4. Cardoso R, Guo F, Heisser T, Hackl M, Ihle P, De Schutter H, et al. Colorectal cancer incidence, mortality, and stage distribution in European countries in the colorectal cancer screening era: an international population-based study. The Lancet Oncology. 2021;22(7):1002–13.
5. Wang K, Ma W, Wu K, Ogino S, Chan AT, Giovannucci EL, et al. Healthy lifestyle, endoscopic screening, and colorectal cancer incidence and mortality in the United States: A nationwide cohort study. PLoS Med. 2021;18(2):e1003522.
6. Karimi M, Brazier J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? PharmacoEconomics. 2016;34(7):645–9.

7. Mansson A, Henningsohn L, Steineck G, Mansson W. Neutral third party versus treating institution for evaluating quality of life after radical cystectomy. *Eur Urol.* 2004;46(2):195–9.
8. Ilie G, Bradfield J, Moodie L, Lawen T, Ilie A, Lawen Z, et al. The Role of Response-Shift in Studies Assessing Quality of Life Outcomes Among Cancer Patients: A Systematic Review. *Frontiers in oncology.* 2019;9:783.
9. Fava GA, Tomba E, Sonino N. Clinimetrics: the science of clinical measurements. *International journal of clinical practice.* 2012;66(1):11–5.
10. Misono S, Weiss NS, Fann JR, Redman M, Yueh B. Incidence of Suicide in Persons With Cancer. *Journal of Clinical Oncology.* 2008;26(29):4731–8.
11. Efficace F, Bottomley A, Coens C, Van Steen K, Conroy T, Schoffski P, et al. Does a patient's self-reported health-related quality of life predict survival beyond key biomedical data in advanced colorectal cancer? *Eur J Cancer.* 2006;42(1):42–9.
12. Walming S, Block M, Bock D, Angenete E. Timely access to care in the treatment of rectal cancer and the effect on quality of life. *Colorectal Dis.* 2018;20(2):126–33.
13. Rydbeck D, Bock D, Haglund E, Angenete E, Onerup A. Survival in relation to time to start of curative treatment of colon cancer: A national register-based observational noninferiority study. *Colorectal Dis.* 2023.
14. Janson M, Lindholm E, Anderberg B, Haglund E. Randomized trial of health-related quality of life after open and laparoscopic surgery for colon cancer. *Surg Endosc.* 2007;21(5):747–53.
15. Andersson J, Angenete E, Gellerstedt M, Angeras U, Jess P, Rosenberg J, et al. Health-related quality of life after laparoscopic and open surgery for rectal cancer in a randomized trial. *Br J Surg.* 2013;100(7):941–9.
16. Naik AD, Uy N, Anaya DA, Moye J. The effects of age, education, and treatment on physical, sexual and body concern symptoms among multimorbid, colorectal cancer survivors. *J Geriatr Oncol.* 2015.
17. Salem ME, Yin J, Goldberg RM, Pederson LD, Wolmark N, Alberts SR, et al. Evaluation of the change of outcomes over a 10-year period in patients with stage III colon cancer: pooled analysis of 6501 patients treated with fluorouracil, leucovorin, and oxaliplatin in the ACCENT database. *Annals of Oncology.* 2020;31(4):480–6.
18. Scheepers ERM, Vink GR, Schiphorst AHW, Emmelot-Vonk MH, Van Huis-Tanja LH, Hamaker ME. Health-related quality-of-life trajectories during/after surgery and adjuvant chemotherapy in patients with colon cancer. *European Geriatric Medicine.* 2023;14(3):565–72.
19. Teng C, Blinman PL, Vardy JL. Patterns of Patient-Reported Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy in Colorectal Cancer Survivors. *J Natl Compr Canc Netw.* 2022;20(12):1308–15.
20. Walming S, Asplund D, Bock D, Gonzalez E, Rosenberg J, Smedh K, et al. Quality of life in patients with resectable rectal cancer during the first 24 months following diagnosis. *Colorectal Dis.* 2020;12(22):2028–37.
21. Juul T, Ahlberg M, Biondo S, Espin E, Jimenez LM, Matzel KE, et al. Low anterior resection syndrome and quality of life: an international multicenter study. *Dis Colon Rectum.* 2014;57(5):585–91.
22. Lawday S, Flamey N, Fowler GE, Leaning M, Dyar N, Daniels IR, et al. Quality of life in restorative versus non-restorative resections for rectal cancer: systematic review. *BJS Open.* 2021;5(6).
23. Sandberg S, Asplund D, Bock D, Ehrencrona C, Ohlsson B, Park J, et al. Predicting life with a permanent end colostomy: A prospective study on function, bother and acceptance. *Colorectal Dis.* 2021;23(10):2681–9.
24. Buchli C, Martling A, Sjovall A. Low anterior resection syndrome after right- and left-sided resections for colonic cancer. *BJS Open.* 2019;3(3):387–94.
25. Juul T, Elfeki H, Christensen P, Laurberg S, Emmertsen KJ, Bager P. Normative Data for the Low Anterior Resection Syndrome Score (LARS Score). *Ann Surg.* 2019;269(6):1124–8.
26. Karlsson L, Bock D, Asplund D, Ohlsson B, Rosenberg J, Angenete E. Urinary dysfunction in patients with rectal cancer: a prospective cohort study. *Colorectal Dis.* 2020;22(1):18–28.
27. Sorensson M, Asplund D, Matthiessen P, Rosenberg J, Hallgren T, Rosander C, et al. Self-reported sexual dysfunction in patients with rectal cancer. *Colorectal Dis.* 2020;22(5):500–12.
28. Traa MJ, De Vries J, Roukema JA, Den Oudsten BL. Sexual (dys) function and the quality of sexual life in patients with colorectal cancer: a systematic review. *Ann Oncol.* 2012;23(1):19–27.
29. Traa MJ, De Vries J, Roukema JA, Den Oudsten BL. The preoperative sexual functioning and quality of sexual life in colorectal cancer: a study among patients and their partners. *J Sex Med.* 2012;9(12):3247–54.
30. Andersson J, Abis G, Gellerstedt M, Angenete E, Angeras U, Cuesta MA, et al. Patient-reported genitourinary dysfunction after laparoscopic and open rectal cancer surgery in a randomized trial (COLOR II). *Br J Surg.* 2014;101(10):1272–9.
31. Thyø A, Laurberg S, Emmertsen KJ. Impact of bowel and stoma dysfunction on female sexuality after treatment for rectal cancer. *Colorectal Disease.* 2020.
32. Asplund D, Prytz M, Bock D, Haglund E, Angenete E. Persistent perineal morbidity is common following abdominoperineal excision for rectal cancer. *Int J Colorectal Dis.* 2015;30(11):1563–70.
33. Montroni I, Ugolini G, Saur NM, Rostoft S, Spinelli A, Van Leeuwen BL, et al. Predicting Functional Recovery and Quality of Life in Older Patients Undergoing Colorectal Cancer Surgery: Real-World Data From the International GOSAFE Study. *Journal of Clinical Oncology.* 2023.
34. Rausa E, Kelly ME, Bonavina L, O'Connell PR, Winter DC. A systematic review examining quality of life following pelvic exenteration for locally advanced and recurrent rectal cancer. *Colorectal Dis.* 2017;19(5):430–6.

Summary

QoL in colorectal cancer

Treatment for colorectal cancer offers long-term cure in more than 60% of all cases. The cornerstone for treatment is surgery, but preoperative (chemo)radiotherapy is offered to more patients with more advanced rectal tumours. After treatment many patients have some side-effects from treatment such as bowel, urogenital or stoma dysfunction. Still most colorectal cancer survivors consider themselves to have a good health related quality of life.