

Til deg som har eggstokkreft

Årsaker,
symptomer,
behandling og
forskning



Hvert år får rammes 1700 norske kvinner av en gynekologisk kreftdiagnose, omtrent 450 av disse får kreft i eggstokker, eggleder og/ eller bukhinne. Gjennomsnittsalder ved diagnose er 68 år. I dag lever rundt 22.000 kvinner med en gynekologisk kreftsykdom eller har gjennomgått behandling for dette i Norge.

INNHold

Symptomer	5
Årsaker og forebygging	6
Utredning	7
Behandling	8
Kontroller	11
Seneffekter	12
Rehabilitering	14
Pakkeforløp	15
Hva skjer innen forskning	16
Kliniske studier og godkjenning	17
Pasientcase	19
Om Gynkreftforeningen	24

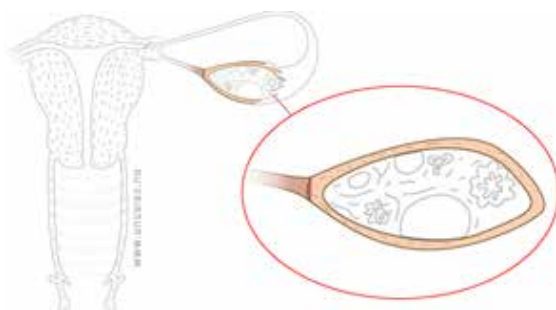
A woman with dark hair, wearing a light-colored, long-sleeved top, is shown from the chest up. She has her right hand pressed against her face, covering her eyes, and her expression is one of sadness or distress. The background is a plain, light blue-grey color.

450

norske kvinner rammes
årlig av eggstokkreft

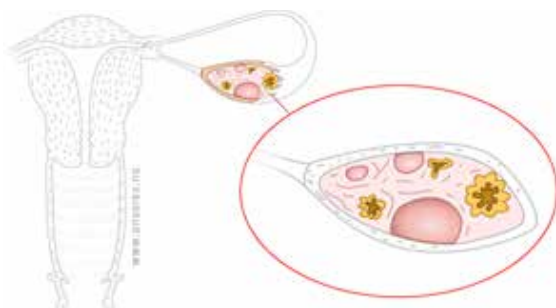
Eggstokkreft er en samlebetegnelse på kreftsykdom som utgår fra eggstokker, eggledere eller bukhinnen. Eggstokkene og egglederne ligger nært inntil hverandre og nært inntil bukhinnen. Kreft som oppstår her vil derfor lett spre seg mellom disse organene.

Typisk for eggstokkreft er at sykdommen oppdages sent. Dette skyldes at symptomene på sykdommen er diffuse og ukarakteristiske. Symptomer kommer ofte heller ikke før det foreligger spredning. 70 prosent som får diagnosen eggstokkreft har spredning når diagnosen stilles.



Epitelliale eggstokksvulster utvikles fra celler på eggstokkens ytre overflate.

Eggstokkreft er svulst lokalisert i den ene eller begge eggstokkene og omfatter flere svulsttyper. Det skilles mellom eggstokkreft av epitellial og ikke-epitellial type. 90 prosent av all kreft i eggstokkene utgår fra eggstokkens overflatelag (epitellial).



Ikke-epitelliale eggstokksvulster utgår fra germinalceller eller kjønnsstreng-/støttesceller.

Symptomer

Symptomene varierer fra kvinne til kvinne og kommer an på hvor sykdommen sitter og hvor stor utbredelse sykdommen har i resten av kroppen. Typisk for disse kreftformene er at symptomene kommer sent i forløpet.

Symptomene kan blant annet være:

- Endret avførings- og vannlatingsmønster – dette kan oppstå fordi svulsten trykker på blære eller tarm
- Redusert allmenntilstand
- Kvalme og magesmerter – dette kan komme av at kreftsvulsten er så stor at den trykker på organene rundt, eller på grunn av opphopning av væske i mageområdet
- Følelse av trykk og oppfylthet i magen, eller voksende mageområde – dette kan skyldes væskeansamling i buken eller selve svulsten
- Vekttap eller vektøkning
- Tretthet
- Raskere andpusten ved aktivitet
- Blødninger fra skjeden

Årsaker og forebygging

Vi kjenner i dag flere faktorer som ser ut til å gjøre deg mer utsatt for å utvikle eggstokkreft.

- Faktorer som bidrar til at du har hatt mange eggløsninger gjennom livet:
 - Eggstokkreft oppstår oftere hos kvinner som ikke har født barn.
 - Ung alder ved første menstruasjon, samt sen overgangsalder.
- Genetiske/arvelige årsaker: Endringer i BRCA-genene eller Lynch syndrom.
- Endometriose kan gi forhøyet risiko for enkelte typer eggstokkreft.
- Strålebehandling for tidligere kreft.
- Kvinner som tidligere har hatt brystkreft har høyere risiko.

Det finnes også faktorer som reduserer risikoen:



Kvinner som har endringer i BRCA-genene og en høy risiko for å utvikle eggstokkreft vil få tilbud om å fjerne eggledere og eggstokker forebyggende. Ca. 15 prosent av all eggstokkreft tilfeller skyldes en genfeil i enten BRCA1 eller BRCA2 genene.

Utredning

Det utføres flere undersøkelser for å stille diagnosen. Ofte vil imidlertid kun en operasjon avdekke sikkert hvilken kreftform man har.

Gynekologisk undersøkelse

En gynekologisk undersøkelse med ultralyd både inne i skjeden og utenpå magen.

Blodprøver

Det måles blant annet kreftmarkørene CA 125 og HE4 i blodet. Disse er ofte, men ikke alltid forhøyet ved eggstokkreft. Måling av kreftmarkøren CEA brukes av og til for å utelukke spredning fra en svulst i tykktarmen eller for å se om kreftsykdommen kommer fra tarm. Ved sjeldne kreftsvulster måles også andre markører.

CT

Røntgenundersøkelse med kontrast av lunger, mage og bekkenområdet for å kartlegge sykdomsutbredelsen.

Ytterligere utredning

- Vevsprøve av svulstvev er aktuelt i noen tilfeller (Dette kan gjøres i lokalbedøvelse eller under en kikkhullsoperasjon som av og til brukes for å kartlegge sykdomsutbredelsen).
- Tapping av væske (acites) i bukhulen eller væske i lungesekken (pleuravæske) er aktuelt dersom du har dette når du får diagnosen.
- Koloskopi (tarmundersøkelse) gjøres av og til for å utelukke mage-tarm kreft eller for å se om det er sykdom i tarmen.

Når diagnosen er stilt tilbys du i de fleste tilfeller gentesting (blodprøve) for å avdekke om det foreligger en arvelig risiko for eggstokkreft. Dette kan ha betydning for videre målrettet behandling du kan få. Avdekkes det en genfeil som gir deg økt risiko vil du og din familie få tilbud om genetisk veiledning.

Det er også aktuelt å gjøre gentesting av selve svulsten hos noen. Det gjøres dersom du har enkelte typer av eggstokkreft og langt kommet

(avansert) sykdom. Det er bare aktuelt dersom du ikke har en arvelig form for kreft (BRCA-mutasjon). Det kan avdekke at du vil ha effekt av målrettet behandling med PARP-hemmer. Foreløpig er det bare aktuelt å teste om det foreligger BRCA-mutasjon i svulsten.

Behandling

Behandling av eggstokkreft bestemmes ut ifra hvilket stadium svulsten er i og størrelsen på svulsten. De vanligste behandlingsformene er kirurgi og cellegift.

Eggstokk- og egglederkreft deles inn i følgende stadier:

Stadium I: Svulsten er begrenset til eggstokkene/egglederne

Stadium II: Utbredelse begrenset til bekkenet eller primær bukhinnekreft

Stadium III: Svulsten har spredt seg til bukhulen eller til lymfekjertler i bukhulen eller langs hovedpulsåren

Stadium IV: Svulsten har spredt seg til andre steder i kroppen (lever, lunger).

Kirurgi

Hvis sykdommen er i tidlig stadium, kan det være tilstrekkelig med operasjon. Hos unge kvinner med ønske om å bevare evnen til å få barn kan det i noen få tilfeller være aktuelt å la den friske eggstokken og livmor stå igjen. Risiko for tilbakefall må da være lav og kreftsykdommen begrenset til en eggstokk. Vanligvis fjernes eggstokkene, livmoren, fettforkle (som er en fold av bukhinnen (omentet)). Lymfeknuter fjernes også i enkelte tilfeller, både i bekkenet og langs de store blodkarene i magen. Ved utbredt sykdom fjernes hvis mulig alt svulstvev som kan opereres bort. I noen tilfeller vil det bety at man må fjerne en del av tarmen, en del av bukhinnen, milten, deler av magesekk eller deler av lever. Det vil derfor i enkelte tilfeller bli nødvendig å legge ut tarmen (stomi). Hos noen pasienter vil man først operere og så gi cellegift, hos andre vil man starte med cellegift og så operere. I tilfeller der en stor operasjon ansees som for risikabelt eller svulsten sitter for vanskelig til for å kunne fjernes, vil man bare motta cellegift.

Collegift

Collegift (kjemoterapi) gis til nesten alle etter operasjon for å fjerne eventuelle svulstrester som er igjen eller for å redusere risikoen for tilbakefall. Noen pasienter vil i tillegg til collegift få behandling med en medisin som hemmer dannelsen av nye blodkar til svulsten (Bevacizumab, Avastin®). Noen ganger er det nødvendig å gi collegift før operasjon. Målet med det er å krympe svulsten slik at den er lettere å operere bort. Denne behandlingsformen er aktuell hvis du har flere andre sykdommer, allmenntilstanden din er sterkt påvirket av kreftsykdommen eller hvis svulstens utbredelse er sånn at den ikke er mulig å fjerne i første omgang.

Bivirkninger

Forskjellige typer collegift kan gi ulike bivirkninger, og bivirkningene varierer fra person til person. Vanlig bivirkninger av collegift er:

- Kvalme
- Trøtthet
- Håravfall
- Nedsatt immunforsvar

Strålebehandling

Strålebehandling brukes sjeldent med eggstokkreft. Det kan være aktuelt som lindrende behandling for å holde sykdommen i sjakk og minske plager som svulsten gir.

Måltrettet behandling:

PARP-hemmere er en såkalt måltrettet behandling. Så langt har det vist seg at pasienter med BRCA-mutasjon har den største nytten av behandlingen, men pasienter uten denne mutasjonen kan også ha effekt av behandlingen. PARP er et protein som spiller en rolle i genreparasjon i cellene. Når PARP-proteinet blokkeres må kreftcellen ta i bruk andre mekanismer for å reparere DNA forandringer, eller mutasjoner. Dersom det foreligger en BRCA-mutasjon (eller en genforandring med liknende effekt) klarer ikke kreftcellene å reparere skaden med andre mekanismer, og kreftcellen vil da dø. Det er dette man ønsker å oppnå med behandlingen. Effekten av PARP-hemmere har vært ansett for å være størst når man har hatt effekt av kjemoterapi med en viss type collegift (platinumforbindelser, karboplatin®). Beslutningsforum vedtok i mai

2020 å innføre to PARP-hemmere mot eggstokkreft:

- Niraparib (Zejula) innføres til vedlikeholdsbehandling av pasienter med tilbakefall av BRCA-negativ, platinasensitiv, høygradig serøs kreft i eggstokk eller eggleder eller primær bukhinnekreft, med fullstendig eller delvis respons på platinabasert kjemoterapi.
- Olaparib (Lynparza) tas i bruk som monoterapi til vedlikeholdsbehandling av pasienter med tilbakefall av platinasensitiv høygradig serøs eggstokkreft (BRCA-negativ).

Bevacizumab, (Avastin®), er et legemiddel som hemmer karyndannelse (VEGF hemmer). Det brukes blant annet som behandling til enkelte pasienter med eggstokkreft. Behandlingen gjentas hver 2. eller 3. uke. Avastin gis som oftest i kombinasjon med cellegift, og gis direkte inni blodet (intravenøst) ved hjelp av en kanyle i en blodåre på armen. Vanligvis gis legemiddelet dersom du har fått såkalt neoadjuvant cellegiftbehandling, eller hvis det ikke var mulig å operere bort alt synlig



Behandling av eggstokkreft bestemmes ut ifra hvilket stadium svulsten er i og størrelsen på svulsten.

svulstvev under operasjonen. Bevacizumab brukes også i enkelte tilfeller ved tilbakefall av eggstokkreft.

Behandling ved tilbakefall

Dersom sykdommen dukker opp igjen senere vil den oftest behandles med cellegift. Det vil også vurderes om det er mulig å operere, men det er kun et fåtall pasienter som vil ha nytte av dette. Dette vurderes av legene som behandler deg. Også etter en operasjon vil man igjen gi cellegift.

Hos pasienter uten forandring i BRCA-genene, men som har god effekt av behandling med cellegift (karboplatin®) vil få tilbud om vedlikeholdsbehandling med en PARP-hemmer etter cellegiftbehandling for tilbakefall. Behandlingen skal forsinke at kreften kommer tilbake.

Kontroller

Oppfølging etter avsluttet behandling skal tilpasses hver enkelt pasient avhengig av risiko for tilbakefall, og av alder og allmenntilstand. Det er legen som har hatt ansvar for behandlingen på sykehuset som skal skissere et opplegg for oppfølging og kontroller i etterkant.

Generelt følges pasienter som er behandlet for eggstokkreft opp slik:

- Første året: kontroll ca. hver 3. måned
- Fra 2. til og med 4. året: kontroll ca. hver 6. måned
- Etter 5 år: kontroll årlig

Ved disse undersøkelser vil det som regel gjøres en grundig undersøkelse hvor man også spør hvordan du har det. Dessuten vil det gjøres en gynekologisk undersøkelse med ultralyd. En blodprøve for å måle kreftmarkører hører ofte med. Det er viktig at du etter kreftbehandling tar kontakt med din lege for en vurdering dersom det skulle oppstå symptomer mellom kontrollene som kan være tilbakefall av sykdommen din.

Seneffekter

Både kroppens celler og organfunksjoner kan påvirkes av kreftbehandling. Bivirkninger og seneffekter vil variere fra person til person, avhengig av type behandling, din alder og allmenntilstand og eventuelle andre sykdommer du har.

Tidlig overgangsalder

Hos kvinner som ikke har kommet i overgangsalderen, vil en operasjon hvor eggstokkene fjernes føre til at kroppen kommer direkte i overgangsalderen. Fjerning av eggstokker fører også til infertilitet. Dette er en prosess som normalt skjer over lang tid, der man gradvis mister hormonene som produseres i eggstokkene.

- Ved mindre østrogen produserer slimhinnene mindre fuktighet, noe som kan gjøre samleie smertefullt eller ubehagelig.
- Det er vanlig å oppleve hetetokter, tørre og såre slimhinner i underlivet og humørsvingninger. Du kan også oppleve tretthet, dårlig matlyst og håravfall.
- Det at man mister testosteronproduksjonen fører til at man mister «driven», og da vil mange merke fall i sexlyst og generell lyst til å være aktiv. Du vil kanskje oppleve færre seksuelle drømmer og ingen lyst på sex, men vil fremdeles ha behov for nærhet.

Studier viser at kvinner som har fått fjernet eggstokkene kan ha et like godt sexliv som andre kvinner i sin aldersgruppe. Det viktige er å få riktig hormonell behandling tilpasset den enkelte, men også veiledning og terapi, gjerne sammen med partner.

Nerveskader (polyneuropati)

Cellegiftbehandling kan noen ganger gi små skader på nervene, spesielt i fingre og føtter. Symptomene kan komme gradvis under behandling, men forsvinner ofte etter avsluttet behandling. Noen ganger blir plagene også langvarige eller kroniske. Slike nerveskader beskrives ofte som nummenhet i fingre og under beina, eller en stikkende og brennende følelse.

Lymfødem

Lymføden er hevelse i ett eller begge bein som skyldes at lymfesystemet ikke klarer å drenere væske skikkelig. Noen pasienter vil rammes av dette etter operasjon. Spesielt gjelder det pasienter som har fjernet lymfeknuter i bekkenet i forbindelse med operasjon. Legen din kan henvise til en fysioterapeut med spesialkompetanse i behandling av lymfødem.

Fatiugue

Fatigue er generelt en hyppig følgetilstand hos personer som har blitt behandlet med stråling eller cellegift. 10–35 prosent av kreftpasienter rammes av fatigue. Dette er en unormalt sterk følelse av slitenhet og utmattelse som ikke blir bedre av søvn eller hvile. Det finnes ingen rask og effektiv kur for dette. Mange blir kvitt plagene, etter kortere eller lengre tid.

Unormal tretthet som varer over seks måneder etter at behandlingen er avsluttet og når det ikke lenger er tegn til aktiv sykdom er kronisk fatigue. De som rammes av fatigue kan for eksempel føle seg nedstemte, ha problemer med å konsentrere seg, vanskeligheter med korttids hukommelsen, kjenne på tretthet, utmattelse og energiløshet.

Fatigue som opptrer i et begrenset tidsrom og avtar når behandlingen er avsluttet, kalles akutt fatigue.

Rehabilitering

Kommunehelsetjenesten har ansvaret for rehabilitering der du bor. De fleste kommuner har et tverrfaglig tilbud med ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og sosionom. Har du behov for tilrettelegging av hjemmet og hjelpemidler kan kommunen også hjelpe deg med dette. Selv om kommuner og helseforetak bygger opp lokale og regionale rehabiliteringstilbud, har mange erfart den gode atmosfæren og gruppedynamikken som oppstår under et flere ukers rehabiliteringsopphold med andre krefttrammede.

Ved å delta på rehabilitering etter kreftbehandling får du møte andre i samme situasjon. Og du får ulike redskaper og bedre innsikt i hva som kan vente deg i ditt «nye liv». De fleste vil oppleve at livet ikke blir som før. Dette er også et tilbud for deg som hadde kreft for mange år siden, og som har utfordringer med senskader etter behandlingen. På www.helsenorge.no finner du mer informasjon om rehabiliteringstilbud, samt hvordan du søker; søk «rehabilitering kreft» og region/helseforetak.

Mange kommuner har lokale kreftkoordinatorer som har oversikt over hva som finnes av tilbud og muligheter der du bor. Her finner du oversikt over kreftkoordinatorer i kommunene:

www.kreftforeningen.no/tilbud/kreftkoordinator-i-kommunen/

Se våre nettsider for oversikt over rehabiliteringstilbud

www.gynkreftforeningen.no/2022/01/rehabiliteringstilbud/

Pakkeforløp

Et pakkeforløp er et standard pasientforløp som beskriver organisering av utredning og behandling, kommunikasjon/dialog med pasient og pårørende, samt ansvars plassering og konkrete forløpstider. Formålet med pakkeforløp er at kreftpasienter skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendige forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Blant annet sikrer pakkeforløp for eggstokkreft at alle sykehus som behandler akkurat denne kreftformen skal ha regelmessige tverrfaglige beslutningsmøter med multidisiplinært team (MDT), for å sikre kvalitetskontroll av utredning og behandling. Det multidisiplinære teamet som skal utrede og behandle eggstokkreft består av gynekologer med spesialutdanning i gynekologisk onkologi, koordinator, radiolog, dedikert gastrokirurg og eventuelt patolog.

Les mer om pakkeforløp for diagnostikk, behandling og oppfølging av livmorhalskreft se:

<https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/eggstokkreft>



HVA SKJER INNEN FORSKNING

Det pågår til enhver tid flere ulike studier. De siste årene har de fleste kliniske studiene vært rettet mot identifikasjon av nye grupper som kan ha nytte av PARP-hemmere og Bevacizumab (Avastin®). Studier de senere år har også sett på hvor lenge de ulike nye legemidlene bør gis. Dette er viktig både for å avverge overbehandling og underbehandling. Ulike kombinasjoner er også utprøvd. Med bakgrunn i slike studier ble det derfor i november 2021 godkjent kombinasjonsbehandling med bevacizumab og PARP-hemmer til enkelte pasienter i primærbehandling. Det har også vært flere studier der man forsøker å identifisere pasienter som kan ha effekt av immunterapi, og flere av disse pågår fremdeles. Foreløpig har resultatene dessverre vært skuffende. Kreftvaksinestudier er også initiert. Livskvalitetsstudier er et viktig bidrag til bedre rutiner innen oppfølging og behandling av kreftpasienter som er ferdigbehandlet eller som har tilbakefall av sykdommen. Aktuelle kliniske studier i Norge er tilgjengelig på sykehuset sine nettsider.

KLINISKE STUDIER OG GODKJENNING

Kliniske studier

Før et nytt legemiddel eller en ny behandlingsmetode kan godkjennes til bruk må det alltid gjennomføres kliniske studier, der legemidler testes på pasienter som har den aktuelle sykdommen. Å delta i en klinisk studie er ikke en rettighet og er alltid frivillig. Deltakere i kliniske studier får mulighet til å teste ut nye medisiner, og bidrar til økt kunnskap og fremdrift i forskningen. Som regel er det slik at behandlende lege har oversikt over studier som kan være aktuelle for en pasient, og som sender en forespørsel om pasienten kan vurderes for deltakelse i studien til det sykehuset som har ansvar for studien.

Noen ganger er det pasienten selv som finner frem til studien, og pasienter kan også ta direkte kontakt med studieansvarlig lege. Pasienter som skal delta i en klinisk studie må alltid passe inn i de kriteriene som forskerne har satt opp for studien, som for eksempel alder, diagnose og tidligere behandling.

Oppdatert oversikt over aktuelle kliniske studier i Norge finnes på helsenorge.no eller på nettsidene til de ulike universitetssykehusene.

For øvrig kan man se på hjemmesiden til nasjonal kompetansetjeneste for gynekologisk onkologi:

www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-gynekologisk-onkologi

Impress-Norway

IMPRESS-Norway er en stor norsk studie som er åpen for alle pasienter med utbredt kreftsykdom og som har vært gjennom standardbehandling og ikke har andre behandlingsmuligheter. IMPRESS ble startet opp i begynnelsen av 2021 har som mål å tilby utvidet molekyllær diagnostikk og eventuelt målrettet behandling til flere norske kreftpasienter gjennom å bruke medisiner som allerede er godkjent for bestemte kreftdiagnoser for nye krefttyper, basert på genetiske forandringer i kreftcellene (molekyllær profil). Pasienter som blir henvist til studien får en screening av kreftcellene sine, hvor man undersøker omtrent 500 gener for genforandringer. Dersom det blir påvist en genforandring som har konsekvens for behandlingsanbefalingen, så vil det diskuteres i et nasjonalt møte som holdes ukentlig i forskningsgruppen. Hvis pasienten er aktuell for en annen, pågående klinisk studie i Norge så blir pasienten henvist til denne studien. Dersom man finner en molekyllær profil som passer til et medikament i IMPRESS så kan pasienten vurderes inkludert i IMPRESS. Det blir da laget en egen behandlingsarm for akkurat denne kombinasjonen av diagnose, genforandring og medikament.

Ekspertpanelet

I 2018 etablerte helseregionene Ekspertpanelet. Ekspertpanelet skal hjelpe pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom med å få en ny og grundig vurdering av behandlingsmulighetene sine, etter at etablert behandling er prøvd og ikke lenger har effekt. En viktig hensikt med Ekspertpanelet er at pasienter og pårørende skal kjenne seg sikre på at all relevant behandling er vurdert. Det er behandlingsansvarlig lege som kan be om ny vurdering hos Ekspertpanelet.

Ekspertpanelet vurderer og kan gi råd om følgende:

1. Vurdere om adekvat etablert behandling er gitt eller om det er aktuelt med ytterligere etablert behandling i Norge eller utlandet.
2. Vurdere og gi råd om det er aktuelle kliniske studier/utprøvede behandling i Norge eller i utlandet, fortrinnsvis i Norden. Utprøvede behandling må være innenfor godkjente protokoller med kriterier for deltagelse og hvor det finnes dokumentert effekt.
3. Vurdere og eventuelt gi råd om såkalt off-label behandling med legemidler hvor det finnes dokumentert effekt. Off-label betyr at markedsførte legemidler benyttes til behandling av sykdommer som legemidlet ikke har godkjenning for.
4. Vurdere og eventuelt gi råd om udokumentert behandling som pasienten selv har innhentet informasjon om og ønsker vurdering av.

Godkjenning av nye medisiner

I Europa godkjennes legemidler først av European Medicines Agency (EMA), som gir legemidler europeisk markedsføringstillatelse, deretter får legemiddelet Norsk markedsføringstillatelse (MT) av Statens legemiddelverk (SLV). For at et godkjent legemiddel skal få offentlig finansiering, slik at de kommer på blå resept eller blir tatt i bruk av sykehusene må de metodevurderes («verdivurderes»), denne prosessen kan ta tid og er ikke helt enkel å få overblikk over. Legemidler som skal finansieres av sykehusene må sendes til vurdering i Beslutningsforum for nye metoder som styres av de fire regionale helseforetakene. I Beslutningsforum sitter de fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene. Det er disse fire som bestemmer hvilke metoder som spesialisthelsetjenesten kan bruke eller ikke skal bruke. Først når Beslutningsforum har godkjent et legemiddel kan det tas i bruk ved sykehusene. Hele denne prosessen tar tid, tall fra 2018 viser at fra et legemiddel har fått markedsføringstillatelse i Norge så tar det i snitt 333 dager til legemiddelet innføres for bruk. Systemet for Nye metoder er under evaluering, blant annet på grunn av kritikk rundt tidsbruk.

Vibeke lever med eggstokkreft

Vibeke Øvrebø (60 år) fra Askøy utenfor Bergen ble rammet av eggstokkreft i 2016. Etter operasjon, mange tøffe runder med cellegift og behandling med Avastin, så går hun i dag på immunterapi – som har gitt lovende resultater.

I flere år hadde Vibeke gått til gynekolog årlig, men hadde året før bestemt seg for å gå annethvert år.

– Det er jo noe jeg prøver å ikke gruble for mye på, men dersom jeg hadde fortsatt med mine årlige undersøkelser så hadde kreften blitt oppdaget våren 2016.

Vage symptomer

– Jeg begynte å kjenne at det var noe som ikke stemte sommeren 2016. Det var som om jeg hadde eggløsning, og ubehaget kom og gikk. Jeg kontaktet gynekologen min, men han skulle på ferie. Han spurte om det hastet, men jeg tenkte at det sikkert kunne vente til han var tilbake en måneds tid senere.

I løpet av sommerferien fikk hun følelsen av at eggstokkene vokste, hun kunne nesten kjenne de utenpå magen – kanskje var det vanncyster tenkte hun. Og så var ikke kondisjonen helt som den pleide.

– Jeg har alltid syklet mye og vært i god form. Denne sommeren var kondisjonen betydelig dårligere. Jeg tenkte at det

kom av at jeg ikke hadde syklet nok og at mer trening måtte til for å finne sykkelformen. I tillegg var jeg også veldig trøtt og hadde mindre energi når ferien nærmet seg slutten – men tenkte ikke så mye over det.

Når Vibeke kom til gynekologen etter sommeren var han tydelig på at det ikke dreide seg om ufarlige cyster. Dagen etter undersøkelsen kom svaret på blod-



Vibeke har alltid syklet mye og vært i god form, men sommeren 2016 kjente hun at formen ikke var som den skulle.

prøvene som gynekologen hadde tatt, og de bekreftet mistanken. Kreftmarkøren var forhøyet og Vibeke ble sendt rett inn i pakkeforløp for kreft.

Langdryg utredning

– Jeg hadde aldri tenkt på meg selv i forhold til kreft. Det å få en slik beskjed var på en måte en nummen opplevelse. Plutselig befant jeg meg i en livskrise, jeg var engstelig, redd og veldig fortvilet. Min fremtid ble med et veldig usikker, og hadde jeg i det hele tatt en fremtid?

Vibeke blir utredet videre på Kvinne-klinikken på Haukeland. Utredningen tok tid på grunn av uklarheter hvor kreften hadde oppstått og underveis kom det nedslående resultater. Hun ble diagnostisert med eggstokkreft stadium fire. I hennes tilfelle betydde det spredning til milt, lever, lymfer og begge lunger.

– Når jeg til slutt fikk beskjed om at det var eggstokkreft så var det utrolig nok nesten som en lettelse. Nå visste jeg hvem fienden min var. Samtidig var det ufattelig tungt å ta inn over seg alvorlighetsgraden av alt.

Behandlingsstart

Vibeke ble startet opp på standardbehandlingen for eggstokkreft, med cellegift. Målet var å krympe svulstene før en eventuell operasjon. Fra september til november fikk hun cellegiftkurer.

– Kirurgene fjernet eggstokker, livmor, bukhinne og milt. Etterpå var de positive, buken var «ren» og det var ikke tegn til spredning til tarmsystemet. Det

ga meg litt mer håp om at dette kunne gå i riktig retning.

Tre uker etter operasjonen var det nye runder med cellegift, frem til februar 2017. Mot slutten av kuren fikk Vibeke også to doser med Avastin. Imidlertid ble de hvite blodcellene for lave. Det førte til at hun måtte slutte på Avastin.

Av og på behandling

Det neste halvåret går det nokså greit, men ny kontroll på sensommeren viste at metastasene vokste. Hun ble satt på cellegift igjen, denne gangen en annen type enn hun hadde fått tidligere. Men så faller antallet hvite blodceller igjen, og legene avslutter behandlingen.

– Det er en mental påkjenning at man ikke får cellegift grunnet lave blodverdier.

Etter en pause ble hun satt på nye runder med cellegift i kombinasjon med Avastin.

Hun gikk på cellegift frem til mars 2018, og fortsatte med Avastin til desember i 2018.

– 2018 var et godt år. Sykehuset gjorde hovedjobben, og min jobb var å sørge for fysisk aktivitet, riktig kosthold og avspenning. Uansett hvordan formen min var så gikk jeg ut på tur, kort eller lang.

Går privat for å få immunterapi

Ny CT i januar 2019 viste at metastasene i lunger, lever og lymfe var begynt å

voske igjen. Vibeke blir startet på cellegift igjen, denne gangen en annen type cellegift. Dessverre tåler hun den dårlig og får en allergisk reaksjon. Hun blir tatt av cellegift og går uten behandling frem til mai, da blir hun satt på en cellegift hun hadde fått tidligere. Cellegiftkuren ble avsluttet i oktober samme år, og på nytt går hun uten behandling.

– Når høsten kom konfererte min samboer og jeg klinikkoverlegen ved Kvinneklivnikken hvilke andre behandlingsmuligheter som kunne være aktuell for min sykdom. Det ble da tatt prøver fra morsvulsten min som viste at

jeg var PDL1 positiv – noe som betydde at jeg kunne ha nytte av immunterapi. Imidlertid var ikke dette en behandling sykehuset kunne gi meg.

Vibeke kontaktet Aleris og betalte for immunterapibehandlingen av egne midler.

Etter ti måneder, og over 1 million kroner, viste en ny CT-undersøkelse at hun responderte så bra at hun med bistand fra Haukeland søkte til Ekspertpanelet.

Ekspertpanelet kom heldigvis til den konklusjon at min respons på immunterapien var så god at det fortsatt ville



– Jeg har lært at man er nødt til å lære seg å leve med kreften, og jeg gjør det jeg kan for at kreften får minst mulig plass i hverdagen og forsøker å ha fokuset mitt på det som fungerer.

være den beste behandlingen for meg. Sykehusdirektøren ved Haukeland støttet Ekspertpanelets konklusjon og jeg har siden høsten 2020 fått immunterapi i offentlig regi med Kvinne-klinikken som behandlingsansvarlig.

Immunterapien har ført til at Vibeke ikke lenger har metastaser i leveren, og det er kun en liten svulst igjen i den ene lungen og noen små i lymfene.

– Nå har jeg gått på immunterapien i to år, og har fått beskjed om at jeg kan fortsette på dette så lenge jeg har respons og ikke får for store bivirkninger. Med tanke på at behandlingsmålet var stabilitet ved oppstart av immunterapi så er det fantastisk det som har skjedd så langt.

Lite plass til kreften i hverdagen

Støtten fra samboeren, barn, familien og nære venner gjennom alle opp- og nedturer, og harde runder med behandling, har vært svært viktig. Fysisk aktivitet har også betydd mye for Vibeke.

– Nå trener jeg styrke og kondisjon, og så går jeg mange turer, sykler og går på ski. Kosthold er også viktig for meg. Jeg er langt fra fanatisk, men det er godt å tenke på at jeg kan ta noen små grep selv som kan gjøre at jeg har det litt bedre.

Vibeke jobber som leder innen psykisk helse og rus i Bergen kommune, og hennes bakgrunn og utdanning har vært nyttig underveis i kreftbehandlingen.

– Jeg er nok sterk mentalt, og så har jeg klart å anvende den kunnskapen jeg har om psykisk helse på meg selv. Gjennom hele dette forløpet har den største utfordringen vært å takle påkjeningen mentalt. Jeg har lært at man er nødt til å lære seg å leve med kreften, og jeg gjør det jeg kan for at kreften får minst mulig plass i hverdagen og forsøker å ha fokuset mitt på det som fungerer. Nå er jeg kommet dit at jeg kan planlegge frem i tid, og det bidrar til en normalitet i hverdagen. Selv om livet har endret seg for meg så har også dette livet jeg lever nå mange gode kvaliteter.



Innholdet i denne brosjyren er kvalitetssikret av gynekolog Cecilie Fredvik Torkildsen, overlege på Kvinne-klinikken ved Stavanger Universitetssykehus (SUS) og Stipendiat Universitetet i Bergen (UiB).

Likepersonstjenesten

Gjennom vår likepersonstjeneste kan du som har eller har hatt kreft, samt pårørende, få snakke med andre i samme livssituasjon. Prinsippet med likepersonssarbeid er at personer som selv har vært syke, kan dele sine erfaringer med andre og samtidig være en person som forstår og støtter utenfor det medisinske behandlingsapparatet. Vi har sertifiserte likepersoner over hele landet, de fleste er selv pasienter, men vi har også noen pårørende likepersoner. Alle våre likepersoner har taushetsplikt.

Du kan ta direkte kontakt med våre likepersoner, du finner oversikt over alle likepersoner på nettsiden vår:

gynkreftforeningen.no/likepersonstjenesten

Kilder:

www.helsenorge.no/sykdom/kreft/eggstokkreft/

www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/eggstokkreft www.kreftregisteret.no/Registrene/

[Kvalitetsregistrene/Gynkreftregisteret/](https://www.kreftregisteret.no/Kvalitetsregistrene/Gynkreftregisteret/)

www.kreftforeningen.no/om-kreft/kreftformer/eggstokkreft/

www.kreftlex.no/Gyn-eggstokk-og-egglederkreft

Om Gynkreftforeningen

Gynkreftforeningen er en pasientforening for kvinner som har eller har hatt gynekologisk kreft, kvinner som har blitt behandlet for forstadier til gynekologisk kreft og kvinner som har fått påvist genetisk økt risiko for gynekologisk kreft, og deres pårørende. Gynkreftforeningen har over 1000 medlemmer, vi har lokallag og likepersoner spredt over hele landet, og vår forening drives av frivillige kvinner som er eller har vært rammet av gynekologisk kreft. Vårt hovedfokus er pasienten og å få frem kunnskap om hva som bør bedres i helsevesenets diagnostisering, behandling, rehabilitering, oppfølging og forebygging.



Bli en del av vårt felleskap – meld deg inn
i Gynkreftforeningen: gynkreftforeningen.no

Gynkreftforeningen

Rosenkrantz' gate 7, 0159 Oslo

Kontakt oss:

E-post sekretariatet: kontakt@gynkreftforeningen.no

Telefon sekretariatet: 97 53 56 59

Telefonen besvares mandag – fredag kl. 09.00–15.00