

13. Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions, 2. Ed. New York: Wiley, 1981.
14. Scally AJ, Breal S. Confidence intervals and sample size calculations for studies of film-reading performance. Clin Radiol 2003;58:238-46.
15. Altman DG. Practical statistics for medical research. London: Chapman and Hall, 1991.
16. Breal S, Scally AJ. Bias in plain film reading performance studies. Br J Radiol 2001;74:307-16.
17. Delveaux M, Friedman S, Keuchel M et al. Structured terminology for capsule endoscopy: results of retrospective testing and validation in 766 small-bowel investigations. Endoscopy 2005;37:945-50.

# Kvindens erfaringer med celleforandringer

Forskningskonsulent Gitte Lee Mortensen & speciallæge Anny Lisbeth Adeler

## ORIGINALARTIKEL

AnthroConsult, Århus

## RESUME

**INTRODUKTION:** Næsten 15.000 danske kvinder får hvert år konstateret celleforandringer på livmoderhalsen. Monitoreringsperioden før regression eller progression og eventuelt keglesnit kan være langvarig. Målet med dette studie er at undersøge, hvordan kvinder oplever et sygdomsforløb med celleforandringer på forskellige stadier. Det belyses desuden, om viden om humant papillomvirus (HPV), som er årsag til celleforandringer, påvirker kvinders sygdomsopfattelse.

**MATERIALE OG METODER:** Der er anvendt et kvalitativt undersøgelsesdesign, der er baseret på gruppe- og individuelle interview med kvinder med celleforandringer på forskellige stadier. I en litteraturgennemgang identificeredes de væsentligste problemfelter og spørgsmål til deltagerne.

**RESULTATER:** Deltagerne betragtede celleforandringer som særdeles bekymrende. Frygten for kræft viste sig ikke at være proportional med stadiet af kvindernes celleforandringer, men var snarere bestemt af manglende viden om celleforandringer. Viden om HPV medførte ikke stigmatisering på linje med andre seksuelt overførte sygdomme, idet relationen til kræft forblev dominerende for sygdomsopfattelsen.

**KONKLUSION:** Indsigten i patienternes perspektiv kan forbedre patientkommunikationen med de kvinder, som får celleforandringer. Undersøgelsens resultater peger på, at det er særdeles vigtigt at adressere kvindernes frygt og behov for viden om celleforandringer fra starten af forløbet – uanset stadiet. Med HPV-vaccination er det ikke blot muligt at forebygge et stort antal tilfælde af livmoderhalskræft, men også at spare kvinder for sygdomsbyrden fra et forløb med celleforandringer.

Celleforandringer på livmoderhalsen skyldes infektion med bestemte typer humant papillomvirus (HPV). De fleste tilfælde af celleforandringer forsvinder spontant, før de udvikler sig til livmoderhalskræft, eller om nødvendigt behandles ved keglesnit-operation. Indtil da kan den periode, hvor celleforandringerne monitoreres, vare i flere år.

Målet med dette kvalitative studie har været at undersøge danske kvinders erfaringer med at have celleforandringer på forskellige stadier.

Undersøgelsens relevans skal ses i lyset af den nye mulighed for at vaccinere mod HPV, hvormed et stort antal tilfælde af celleforandringer kan forebygges. Som det første i en dansk kontekst ønsker vi med studiet desuden at belyse, hvorvidt viden om HPV påvirker kvinders syn på celleforandringer. Undersøgelsens resultater er væsentlige i forbindelse med både forebyggelse og patientkommunikation med kvinder med celleforandringer.

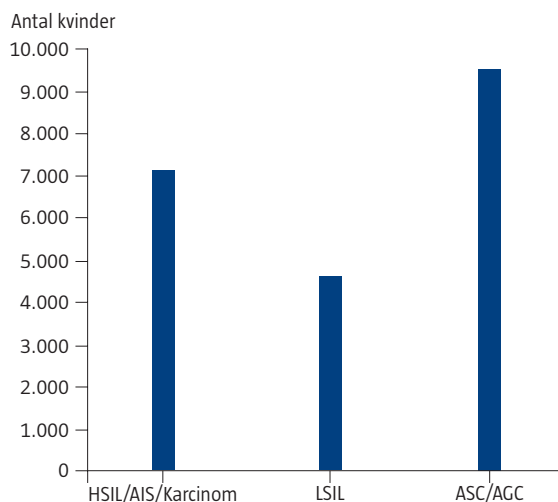
Vedvarende infektion med bestemte seksuelt overførte typer HPV er en forudsætning for udviklingen af celleforandringer i livmoderhalsen [1]. HPV 16 og 18, der er årsag til ca. 70% af tilfældene af livmoderhalskræft, kan nu forebygges ved HPV-vaccination. I dag er livstidsrisikoen for livmoderhalskræft ca. 1%. Årligt konstateres i Danmark ca. 400 nye tilfælde af livmoderhalskræft, mens ca. 175 kvinder dør af sygdommen [2]. Om end prævalensen er mere end halveret siden 1960'erne, hvor man indførte screening af kvinder mellem 23-60 år, har Danmark fortsat en af de højeste forekomster i EU [3-4].

Ca. 14.800 danske kvinder får hvert år konstateret abnorm celleprøve og skal, afhængigt af forandringerne, igennem et udredningsprogram. Patienten præsenteres ofte for de overordnede begreber »lette, moderate eller svære celleforandringer«, mens det mere detaljerede Bethesda-nomenklatur anvendes lægefagligt. En række kvinder får påvist »atypiske« celler (*atypical squamous cells of undetermined significance* (ASCUS)) eller lette celleforandringer (*low-grade squamous intraepithelial lesion* (LSIL)), som anbefales kontrolleret efter ½-1 år hos egen læge for at se, om der sker udvikling eller regression. Kvinder med sværere celleforandringer (*atypical squamous cells – cannot exclude HSIL* (ASC-H), *high-grade squamous intraepithelial lesion* (HSIL), *atypical glandular cells* (AGC), *adenocarcinoma in situ* (AIS)) henvises til gynækolog eller hospitalsafdeling, som foretager en udredning med kolposkopi og biopsitagning (Figur 1). Blandt disse kvinder får ca. 5.000 årligt lavet keg-



FIGUR 1

Samlet antal danske kvinder med ikkenormal celleprøve. Danske patologifdelingens samlede diagnosefordeling for ikkenormale celleprøver (nydiagnosticerede og kontroller) fra livmoderhalsen efter Bethesda 2006 [5].



HSIL: *High-grade squamous intraepithelial lesion.*

AIS: *Adenokarcinom in situ.*

LSIL: *Low-grade squamous intraepithelial lesion.*

ASC: *Atypical squamous cells.*

leoperation (konisation). Operation udføres altid ved svære celleforandringer og cancer, mens en del kvinder med moderate forandringer kan følges med hyppige kontroller med kolposkopi [5].

Undersøgelsen tog afsæt i en litteraturgennemgang (PubMed, Embase, Cinahl og PsycInfo) vedrørende livskvalitetspåvirkningen af celleforandringer på livmoderhalsen. Der blev fundet 13 engelsksprogede artikler, dog ingen baseret på kvalitative studier. Hounsgaards kvalitativt baserede ph.d.-afhandling om emnet er langt det mest overbevisende kvalitative studie [6]. Samlet set peger studierne på, at kvinder med celleforandringer frygter at få kræft og som følge deraf kan føle dødsangst, uro, stress og nedtrykthed. Kvinderne bekymrer sig om deres sexliv, fertilitet og selve den medicinske kontrol og indgreb. Studierne viser, at manglende viden og dårlig patientkommunikation øger bekymringerne [se især 6-11]. Der blev fundet 18 artikler vedrørende den psykosociale påvirkning af viden om HPV, hvoraf to kvalitative studier kan fremhæves [12, 13]. Disse viste, at kvinders viden om HPV generelt er ringe, og at oplysning herom kan ændre opfattelsen af celleforandringer i retning af stigmatiserende kønssygdom og således medføre følelser af skam, skyld og forringet selvværd. Da viden om HPV samtidigt kan føre til bedre sundhedsadfærd, er formidling om den store

udbredelse af HPV afgørende [12-15]. Modsat denne undersøgelse sammenlignede ingen af studierne kvinder med celleforandringer på forskellige stadier.

## MATERIALE OG METODER

Studiets medicinsk-antropologiske udgangspunkt er, at opfattelsen af en sygdom påvirker patienters erfaringer med at have den [16]. Kvalitative metoder er velegnede til at opnå en nuanceret indsigt i patienters sygdomsopfattelse. Resultaterne af kvalitativ forskning kan almengøres i den forstand, at man lærer noget væsentligt om et fænomens kvaliteter og de betydninger, patienter tillægger det. Der er således tale om en analytisk, men ikke en statistisk generaliserbarhed [17].

Undersøgelsen blev gennemført som kvalitative gruppe- og individuelle interview med i alt 12 patienter. Interviewformen sigtede på at generere forskellige former for viden, henholdsvis social betydningsdannelse blandt patienter med lignende erfaringer (her konstruktionen af sygdommens mening i interaktionen mellem kvinder med samme stadier af celleforandringer) og individuelle narrativer om sygdomserfaring. Litteraturstudiet indgik som en del af de metodiske forberedelser til interviewene ved at identificere de relevante spørgsmål til deltagerne. Der blev anvendt semi- og tragtstrukturerede spørgesguider [18, 19].

Tre deltagere havde fået et unormalt celleprøvesvar inden for de seneste tre måneder. Heraf var en henvist til keglesnitsoperation, mens to endnu ikke havde fået svar fra den opfølgende kolposkopi. En kvinde var efter tre års monitorering clearset ved seneste kontrol. Otte kvinder havde fået foretaget et keglesnit inden for de seneste seks måneder. Tre af disse var blevet direkte henvist til kolposkopi og efterfølgende konisation efter første unormale celleprøve. De resterende fem var før operationen blevet monitoreret gennem 1-5 år. Ingen havde fået svar fra seks måneders kontrollen efter operationen.

Deltagerne blev rekrutteret via privatpraktiserende læger og speciallæger i Århus og Ålborg samt fra Gynækologisk-obstetrisk Ambulatorium på Skejby



## FORKORTELSER

ASC = *atypical squamous cells*

ASCUS = *atypical squamous cells of undetermined significance*

ASC-H = *atypical squamous cells – cannot exclude HSIL*

HSIL = *high-grade squamous intraepithelial lesion*

LSIL = *low-grade squamous intraepithelial lesion*

AGC = *atypical glandular cells*

AIS = *adenokarcinom in situ*



## BOKS 1

»Så sidder han med sine journaler og siger: 'Nå, jeg kan se det er moderat til svær celleforandring, du har'. What?! Jeg taber min mund, jeg taber mine øjne, og jeg taber mine ører, de hører næsten ikke efter, fordi, så kværner det løs i mit hoved: 'Skal jeg så have livmoderhalskræft lige om lidt?' og 'kan jeg ikke få børn?' og 'så kan jeg ikke det' og 'så kan jeg ikke det. Er det så virkeligt galt med mig? Uden at jeg kan se det udenpå, så er det bare helt galt inden i mig. Tænk, at jeg ikke har opdaget noget'. Det føles rigtig træls. Så kan man nærmest gå og udvikle kræft uden at vide det, ikke?«.



## BOKS 2

»Jeg oplevede flere gange sådan spontan dødsangst. Altså, lige pludselig fik jeg det bare som at få en spand koldt vand i hovedet. Så tudede jeg og var sikker på, at det ville aldrig gå godt. Og samtidig kunne jeg godt få sådan en skam eller skyldfølelse over at skabe mig sådan over det, for jeg var jo ikke syg. Det syntes jeg var rigtigt, rigtigt svært. Det var en stor lettelse [da hun blev henvist til keglesnit], fordi jeg havde gået der i halvandet år. På et tidspunkt begyndte mit liv at blive talt op i, hvornår jeg skulle på Skejby næste gang. Det var sådan noget med, at de der 2½-3 måneder, der var imellem. Nogle dage før var jeg rigtig, rigtig ked af det og tænkte, at det var forfærdeligt. Så var jeg derude, og så går man der og har ondt, og det bløder nogle dage efter, og så skal man vente i 14 dage på at få svar. Så blev jeg nervøs for: 'Hvad får jeg nu at vide?'. Og så er der næsten gået en måned, så er der igen kun 1½-2 måneder, til man skal derud igen. Så jeg synes hele tiden, at jeg talte ned til, hvornår det var. Da der så var gået lidt over et år, blev jeg simpelthen så ked af det derude, at lægen sagde, at når jeg ringede og fik svar næste gang, kunne jeg spørge overlægen om, hvad han mente i forhold til at få lavet keglesnittet, før det var blevet svære celleforandringer. Og det gjorde jeg så også, og han grinede af mig og sagde at, det var dog det mest åndssvage, han nogensinde havde hørt. Jeg skulle jo ikke skabe mig, og jeg var jo ikke syg. Jeg blev selvfølgelig helt vildt ked af det og tænkte jamen, det er nok også bare mig, der er åndssvag«. Så går der tre måneder, så kommer jeg derud igen, og så er det blevet svære celleforandringer. Og der havde jeg det sådan lidt, at hvis det kan udvikle sig et stadie på tre måneder, så har jeg eddermame ikke lyst til at vente ret lang tid, før jeg skal opereres. Men så var jeg så heldig at få en dato i løbet af 14 dage. Men der havde jeg det bare sådan lidt 'pyha', for de syntes, jeg var latterlig, fordi jeg godt ville godt have foretaget den operation, inden jeg kom til det stadie, for jeg magtede det ikke længere. Det tog for hårdt. Det tærede på min livskvalitet i den grad«.

Sygehus. Ingen personfølsomme oplysninger blev videregivet om patienterne, som gav informeret tilsagn om at deltage. Undersøgelsen er godkendt af Datatilsynet, men krævede ikke godkendelse af Videnskabsetisk Komite. Der blev inkluderet kvinder mellem 25-35 år, da prævalensen af celleforandringer er hyppigst i dette aldersinterval. Ingen af deltagerne havde alvorlig komorbiditet.

De transskriberede interview blev analyseret med en diskursteoretisk tilgang til sprog og sociokulturel betydningsdannelse [20]. Kvindernes udsagn sås således ikke blot som en formidling, men også som skabende betydningen af det at have celleforandringer. Først blev data kodet i de emner, der blev bragt op i løbet af interviewene. Derefter identificerede en narrativ analyse de væsentligste temaer inden for hvert emne. Der blev set på frekvensen og sammenhængene mellem emner og temaer. Således fremkom et mønster af hvilken relativ betydning, de forskellige emner og temaer blev tillagt af deltagerne:

Hvilke væsentlige erfaringer de havde med celleforandringer på forskellige stadier.

## RESULTATER

## Et misforhold mellem bekymringer og stadiet af celleforandringer

Mange af kvinderne havde reageret med chok, panik og gråd på det første unormale celleprøvesvar, som havde de fået en kræftdiagnose. Rationelt set vidste de fleste, at det ikke var tilfældet, men angsten gjorde det ofte svært at lytte til lægens ord. Mange var uforberedte på svaret, fordi de havde anset celleskrabet som en rutineundersøgelse, som man får »bare for at få at vide, at man er rask«.

Selv om den første panik lagde sig, varede bekymringen for celleforandringernes udvikling typisk ved med frygt for ens liv, fertilitet, omfanget af nødvendig behandling og tidshorisonten. Her viste der sig dog et *misforhold* mellem stadiet af kvindernes celleforandringer og deres bekymringer, idet mange kvinder med lette celleforandringer forekom mere angste end dem med moderate/svære celleforandringer. Forskellen var i høj grad defineret af deres vidensniveau og respektive tidsforløb.

De kvinder, som fik konstateret lette celleforandringer, fik ikke nævneværdig information om tilstanden og oplevede det efterfølgende monitoreringsforløb som særdeles slidsomt og utrygt. Jo længere, des værre. Den uforudsigelige tidshorisont og udvikling af celleforandringerne bekymrede dem. De følte, at deres liv var på *stand by*, og mange beskrev sig selv som triste, irritable og angste. Bekymringerne fyldte navnlig meget op til nye celleprøver og i ventetiderne på svar – begivenheder, som nogle følte, kom til at definere tiden. Mange frygtede at have kræft under konstant udvikling, hvilket gjorde behovet for afklaring og handling stort. Flere forstod ikke prøvesvarenes betydning og rationalet for kontrolintervallerne og havde indtryk af, at de skyldtes ventelister i sundhedsvæsnet. Nogle pressede på for at få keglesnit for at afslutte, hvad der følte som en lang ventetid med øget risiko for »spredning«.

Når kvindernes celleforandringer udviklede sig til moderate eller svære, var nødvendigheden af en operation nok skræmmende, men mange følte en lettelse over, at der blev ageret. De kvinder, som var blevet henvist direkte til kolposkopi og konisation efter første celleprøve, var også skræmt af prøvesvaret, men lettede over at komme hurtigt til, og de havde haft begrænset tid til at bekymre sig. Ikke mindst udløste nødvendigheden af et operativt indgreb mere information om celleforandringer og det forestående behandlings- og kontrolforløb, hvilket virkede betryggende. De fleste kom til at anse keglesnitsoperationen

som kurativ og den efterfølgende monitorering som en tryghedsforanstaltning. I forbindelse med celleforandringerne progression fik de fleste deltagere også viden om HPV som årsagen til celleforandringer. Dermed blev livmoderhalskræft nu set som en særegen kræftform på grund af den seksuelle smittemåde. Den ny viden bevirkede en række overvejelser om smitte og reinfektion, men celleforandringer blev ikke, som beskrevet i den øvrige litteratur, stigmatiserende på linje med andre seksuelt overførte sygdomme [12-15]. Relationen til kræft forblev afgørende for deres sygdomsopfattelse.

På tidspunktet for interviewene havde de fleste koniserede deltagere fået et positivt svar på tremånederskontrollen. Mange afventede dog seksmånederskontrollen som milepælen for, om de kunne komme videre med deres liv. Sygdomsforløbet med celleforandringer var en erfaring, som for mange havde medført eksistentielle overvejelser om, hvad der var vigtigt i deres liv. Nogle havde fået en eksistentiel utryghed efter erfaringen med en potentielt fatal sygdom, som ikke kunne mærkes. Nogle få frygtede nu at være disponerede for kræft, hvilket navnlig hang sammen med manglende viden om HPV.

#### **Et spørgsmål om viden og kommunikation**

Deltagernes bekymringer for celleforandringerne hang således nøje sammen med kommunikationen med læger gennem forløbet. Jo mindre viden kvinderne havde om deres personlige tilstand, des større utryghed.

Ved lægesamtalen om det første unormale celleprøvesvar havde mange oplevet en kløft mellem deres egen chokreaktion og lægens relativt ubekymrede besked – ofte givet over telefonen. For kvinderne var klar tale afgørende, bl.a. om forskellen på celleforandringer på forskellige stadier og egentlig kræft. F.eks. var betegnelsen af celleforandringer som et »forstadie til kræft« for mange ikke væsensforskelligt fra kræft som så. Vage formuleringer øgede uroen.

Deltagerne efterlyste større empati og bedre mundtlig og skriftlig information om celleforandringer fra starten af forløbet – f.eks. om de medicinske begrundelser for kontrolintervallerne, betydningen af celleprøvesvar, graviditet og HPV. Set i bakspejlet følte flere af de keglesnitsopererede kvinder, at deres bekymringer i forløbet var væsentligt forværrede af mangelfuld kommunikation med mange vekslende læger. Kvinderne mente desuden, at unge generelt bør oplyses mere om celleforandringer, og at flere ville deltage i screeningsprogrammet, hvis de kendte til sammenhængen med HPV, og praktiserende læger i højere grad opfordrede dertil f.eks. i forbindelse med andre underlivsundersøgelser.



#### **BOKS 3**

»Jeg fik også at vide af min rigtig søde kvindelige gynækolog: 'Jamen, du er altså ikke døende'. 'Nej, men det fylder altså rigtig meget i mit liv'. Jeg ved ikke, hvor stor forskel det ville have gjort, hvis jeg havde kræft. Jeg følte, at der hele tiden var så meget uvidenhed, uvidenhed, uvidenhed. Jeg går hen imod noget, men hvad er det?«.



#### **BOKS 4**

»Sygeplejersken lægger en hånd på min mave og siger: 'Trine, det ser ud lige præcis, som det skal'. Så slapper alle ens muskler bare totalt af i hele kroppen, og så siger hun: 'Men, jeg tror ikke så ud som det, vi lige havde set. Og så blev lægen helt stille, og jeg tænkte bare 'så sig da et eller andet, ikke?' Så er det hun siger: 'Nej, Trine, det der, på godt jysk, det ser rigtig træls ud. Og så havde jeg jo bare lyst til at give mig til at tude, ikke, for jeg kunne jo godt se, at det så rigtig skidt ud. Og så var det, de tog de biopsier (...)'. Så siger hun: 'Trine, hvis det er så slemt, som jeg synes det ser ud til, så ringer jeg dig op, inden der er gået de ti dage'. Så går du jo bare panisk og kigger på din telefon, hvis der er nogen, der har ringet: 'Er det hende?', fordi så var det jo noget slemt, ikke?«.

#### **DISKUSSION**

Denne undersøgelse er kvalitativ og således baseret på et relativt lille antal deltagere. Det vurderes dog ikke, at flere interview ville have frembragt mere kvalitativ viden om denne aldersgruppe af kvinder med celleforandringer på de pågældende stadier. Det kunne dog være relevant at følge op med et studie blandt kvinder, som har været gennem et længere postoperativt monitoreringsforløb, samt kvinder i andre aldersgrupper eller etniske minoriteter. Et negativt selektionsbias (hvor dem, der har det værst, melder sig) kan ikke udelukkes, om end variationen af udsagn ikke umiddelbart indikerer det. Der er dog altid en risiko for, at selve interviewet fremmer de problematiske aspekter ved sygdomserfaringen. Ulig andre studier har kvinderne i denne undersøgelse ikke ændret sygdomsopfattelse fra kræft- til stigmatiserende kønssygdom, når de fik kendskab til HPV. Dog kan det ikke udelukkes, at nogle kan have afslået at deltage netop af den årsag.

Med muligheden for HPV-vaccination er det ikke blot blevet muligt at forebygge et stort antal tilfælde af livmoderhalskræft, men også at spare kvinder for sygdomsbyrden fra et forløb med celleforandringer. Undersøgelsen tegner et billede af en patientopfattelse, som divergerer noget fra det medicinske perspektiv. Der forekom således en markant kløft imellem den medicinske monitorering af celleforandringer som en sikkerhedsforanstaltning og mange kvinders følelse af en urovækkende og slidsom ventetid på kræft. Uanset stadiet af deres celleforandringer anså disse kvinder syg-

domsforløbet som særdeles alvorligt og ofte med eksistentielle implikationer.

Indsigten i patienternes perspektiv bør have implikationer for den lægefaglige kommunikation med kvinder, som får celleforandringer. Undersøgelsens resultater peger på, at det er særdeles vigtigt at adressere kvinders frygt og behov for viden om celleforandringer fra starten af forløbet uanset stadie. Med den rette formidling af viden om HPV som en udbredt virus, som næsten alle vil få i løbet af en livstid, er der tilmed mulighed for at fremme sundhedsadfærden i forhold til deltagelse i såvel vaccinations- som screeningsprogrammet mod livmoderhalskræft.

**KORRESPONDANCE:** Gitte Lee Mortensen, AnthroConsult, Fynsgade 24, DK-8000 Århus C. E-mail: glm@anthroconsult.dk

**ANTAGET:** 1. februar 2009

**INTERESSEKONFLIKTER:** Gitte Lee Mortensen har modtaget forskningsmidler fra Sanofi Pasteur.

**TAKSIGELSER:** Forfatterne ønsker særligt at takke Lone Kjeld Petersen, overlæge ved Gynækologisk-Obstetriske Afdeling Y, Århus Universitetshospital Skejby, Morten Ring, speciallæge i gynækologi og obstetrik, Sundhedens Hus, Dag Hammarskjølds Gade 4, 9000 Ålborg samt praktiserende læge Helle Field, Nørre Alle 30 2. tv. 8000 Århus C, for deres medvirken i rekrutteringen af interviewdeltagere til undersøgelsen. Etnograf & socialantropolog Steen Lee Mortensen takkes for kritisk revision af manuskriptet.

#### LITTERATUR

1. Bosch FX, Lorincz A. The causal relation between HPV and cervical cancer. *J Clin Pathol* 2002;55:244-65.
2. Reduktion af risikoen for livmoderhalskræft ved vaccination mod humant papillomavirus (HPV). En medicinsk teknologivurdering. *Sundhedsstyrelsen* 2007;9:1.
3. www.cancer.dk. Kræft i Danmark et opslagsværk. (17. februar 2008).
4. Bjerregaard B et al. Sundhedsstyrelsens nye anbefalinger for screening af livmoderhalskræft 2007. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2007;85:1391-401.
5. Anbefalinger for screening for livmoderhalskræft. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
6. Hounsgaard L. Potentiel sygdom sætter spor. Århus: Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet, 2004.
7. Lauver et al. Women's experiences in coping with abnormal papanicolaou results and follow-up colposcopy. *JOGNN* 1999;28:283-90.
8. French DP, Maissi E, Marteau TM. Psychological costs of inadequate cervical smear test results. *Br J Cancer* 2004;91:1887-92.
9. Lerman C, Miller SM, Scarborough R et al. Adverse psychological consequences of positive cytologic cervical screening. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:658-62.
10. Ideström M, Milsom I, Andersson-Ellstrom A. Women's experience of coping with a positive pap smear: a register-based study of women with two consecutive pap smears reported as CIN 1. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82:756-61.
11. Neale J, Pitts MK, Dunn PD et al. An observational study of precolposcopy education sessions: what do women want to know? *Health Care Women Int* 2003;24:468-75.
12. Waller J, McCaffery K, Nazroo J et al. Making sense of information about HPV in cervical screening: a qualitative study. *Br J Cancer* 2005;92:265-70.
13. McCaffery K, Waller J, Nazroo J et al. Social and psychological impact of HPV testing in cervical screening: a qualitative study. *Sex Transm Infect* 2006;82:169-74.
14. Kahn JA, Slap GB, Bernstein DI et al. Personal meaning of human papillomavirus and pap test results in adolescent and young adult women. *Health Psychol* 2007;26:192-200.
15. Maissi E, Marteau TM, Hankins M et al. The psychological impact of human papillomavirus testing in women with borderline or mildly dysplastic cervical smear test results: Cross sectional questionnaire study. *BMJ* 2004;328:1293.
16. Bishop GB. Understanding the understanding of illness: lay disease representations. I: Skelton JA, Croyle RT, red. *Mental representation in health and illness*. New York: Springer-Verlag, 1991:32-59.
17. Malterud K. *Kvalitative metoder i medicinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget, 2004.
18. Berger P, Luckmann T. *The social construction of reality*. Harmondsworth: Penguin Books, 1987.
19. Halkier B. *Fokusgrupper*. Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag, 2003.
20. Winther Jørgensen M, Phillips L. *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag, 1999.

## Subkutan absces efter epidural kateterisation

1. reservelæge Ahmed Radif & overlæge Lars Bech Dalsgaard

### KASUISTIK

Regionshospitalet  
Viborg, Anæstesi- og  
Operationsafdelingen

Regional smertebehandling, herunder epiduralkateter anvendes hyppigt til postoperativ smertebehandling samt kronisk smertelindring hos patienter med malign lidelse. Epiduralkateter giver en sufficient smertelindring i de fleste tilfælde og kan reducere morbiditeten efter kirurgiske indgreb, da det f.eks. giver mulighed for hurtigere mobilisering. Dog findes der komplikationer, som kan være alvorlige, hvis de ikke hurtigt diagnosticeres og behandles [1].

### SYGHEHISTORIE

Her fremlægges en sygehistorie om en patient, som fik aseptisk meningitis, der udgik fra en subkutan an-

samling under indstiksstedet, tre dage efter anlæggelse af epiduralkateter.

En 45-årig kvinde med knægener gennem et år blev indlagt til optræning. Med henblik på smertebehandling anlagdes epiduralkateter.

Epiduralkateter var anlagt i L2-3, anlæggelsen forløb ukompliceret og med median teknik.

To dage efter anlæggelsen udviklede patienten smerter ved indstiksstedet samt hovedpine, der behandlede med perorale analgetika.

På tredjedagen udviklede patienten meningitis-symptomer i form af febrilia op til 39,9 °C, hovedpine og nakke-ryg-stivhed.