

Risikofaktorer for livmorhalskreft blant kvinner i Mosambik

Barn nektes poliovaksine i Nigeria

Målsettingen til Verdens helseorganisasjon (WHO) er å utrydde poliomyelitt innen 2005. Nå har WHO og UNICEF møtt uventede problemer med massevaksinering av barn i Nigeria.

99 % av alle nye poliotilfeller i verden oppstår i Nigeria, India, Pakistan, Afghanistan og Egypt – halvparten av dem i Nigeria. Herfra har sykdommen de seneste månedene spredt seg til nabolandene Benin, Burkina Faso, Tsjad, Ghana, Kamerun, Niger og Togo.

Det er særlig myndighetene i de nordlige Kano- og Zamfara-regionene i Nigeria som hindrer gjennomføringen av vaksinasjonskampanjen. Årsaken skal være at enkelte muslimske ledere mener at det er en del av en amerikansk kampanje for å hindre muslimsk befolkningsvekst. Noen hevder at denne skepsisen mot utenlandske legemidler må ses i sammenheng med en pågående rettsak om mulige skadevirkninger hos barn etter kliniske antibiotikaforsøk i behandlingen av meningitt i Kano.

Selv om WHO har fastslått at vaksinen ikke inneholder noen fertilitetsbegrensende midler, er arbeidet med å utrydde polio blitt betydelig forsinket. Myndighetene i Kano ønsker nå å kjøpe vaksiner fra asiatiske land eller å bruke vaksiner som er produsert i delstaten.

Bernt Lindtjorn

bernt.lindtjorn@cih.uib.no
Senter for internasjonal helse
Universitetet i Bergen

Livmorhalskreft er den kreftformen som tar flest liv blant kvinner i det sørlige Afrika. Men ikke alle har like stor risiko for å få sykdommen. Mest utsatt er kvinner med mange seksualpartnere, tidlig seksuell debut og flere barn. Utbredelsen er sosialt skjev – derfor er opplysning og screeningprogrammer viktige tiltak.

Livmorhalskreft er den mest prevalente – og den ledende – dødsårsak pga. kreft blant kvinner i Afrika sør for Sahara (1). Globalt opptrer 80 % av livmorhalskrefttilfellene i utviklingsland (2). Tilstanden diagnostiseres oftest når sykdommen er kommet langt og er uhelbredelig (2).

I motsetning til i den industrialiserte verden rammes yngre kvinner i utviklingsland. De har gjerne mange barn, og sykdommen får derfor store sosiale konsekvenser (2). Dette er spesielt tragisk, siden livmorhalskreft er en av de få kreftformer som kan oppdages og behandles på et tidlig stadium.

Etiologien for livmorhalskreft er beskrevet i mange populasjoner, men få undersøkelser er gjort i Afrika (3). Forskningen på risikofaktorer for livmorhalskreft er redusert på grunn av betydelig nedgang i insidens i den vestlige verden (4). Eksponering for mange av de tidligere identifiserte risikofaktorer kan ha blitt endret over tid, og det er behov for ny forskning, ikke minst i de land som i dag har en stor sykdomsbyrde (1).

Tidligere undersøkelser har vist at seksuell praksis, reproduktiv historie, diett og seksuelt overførbare sykdommer spiller en rolle i utvikling av livmorhalskreft (4, 5). En studie fra Kenya viste at risikoen for å få cancer cervicis uteri var fordoblet ved tidlig seksuell debut (≤ 15 år), sammenliknet med kvinner som debuterte etter 18 års alder (3). Assosiasjonen mellom antall seksualpartnere og forekomst av cervikal cancer er godt dokumentert (5–7).

Den afrikanske tradisjon med tidlig ekteskapsinngåelse eksponerer kvinner for mange graviditeter i meget ung alder. En studie viste at risikoen for livmorhalskreft økte med antall barn, med en oddsratio på 1,8 for kvinner med seks eller flere fødsler (8).

Studier har vist sosioøkonomisk variasjon i risiko for utvikling av reproduktiv kreft – kvinner med lav sosioøkonomisk status har

høyere risiko for å få diagnosen (9, 10). Man har forsøkt å forklare denne variasjonen i risiko ut fra ulikheter i seksuell og reproduktiv atferd i de ulike sosioøkonomiske grupper (4, 8).

Det at det er større prevalens av livmorhalskreft i utviklingsland enn i industrialiserte land, indikerer en assosiasjon mellom kreft og fattigdom. En studie har vist at røyking kan spille en tilleggsrolle i utvikling av cervikalt karsinom (4).

Hensikten med denne studien var å identifisere risikofaktorer for utvikling av livmorhalskreft blant kvinner i Maputo, Mosambik.

Materiale og metode

Populasjon

120 pasienter med histologisk diagnostisert invasiv livmorhalskreft, ikke yngre enn 25 år og bosatt i Maputo, ble fortløpende rekruttert ved kreftavdelingen ved Hospital Central (polikliniske eller innlagte pasienter). Kontrollgruppen bestod av 120 kvinner ved gynekologisk avdeling (polikliniske eller innlagte pasienter). Inklusjonskriterier for kontrollpersonene var at de ikke måtte ha fått påvist eller ha symptomer på cervikal malignitet, og det var de samme restriksjoner for alder og bosted. Kontrollpersonene ble ikke individuelt matchet med kreftpasientene. Siden det ikke var noen kontrollpersoner som var over 60 år, valgte vi å ekskludere sju kreftpasienter i denne aldersgruppen.

Datainnsamling

Rekrutteringen til studien foregikk over fire måneder, og alle forespurte pasienter aksepterte å delta. Data ble samlet inn ved strukturerte intervjuer (spørreskjema) med pasientene, gjort av fire kvinnelige sykepleiere. Sosioøkonomisk status blir ofte definert på grunnlag av utdanningsnivå, så også i vår studie (7). I spørsmålet om antall seksualpartnere benyttet vi kategorier som er brukt i andre studier (6).