



Lavgradstumorer:

Fra symptomer til diagnose



Indledende forløb

Når du bliver diagnosticeret med en hjernetumor, ser lægerne på en række faktorer, der har betydning for behandlingsmulighederne og dit forløb.

Det handler blandt andet om din almene tilstand, tumorens art, størrelse og placering samt om og hvordan, den ser ud til at udvikle sig.

Det vil normalt være din læge eller speciallæge, der på baggrund af dine specifikke symptomer henviser dig til et udredningsforløb. Langt de fleste henvises til udredning på baggrund af et af følgende tegn/symptomer:

- Tumor påvist ved CT- eller MR-scanning udført i en anden forbindelse
- Nyopståede neurologiske symptomer, som har været tiltagende over flere dage eller uger – det kan være føleforstyrrelser, synsforstyrrelser, problemer med at styre bevægelser eller problemer med at udtale og/eller forstå ord
- Nyopstået epileptisk anfald
- Nyopstået hovedpine eller markant ændring i tidligere hovedpinemønster, som har været tiltagende over 3 - 4 uger, og hvor der ikke findes anden sandsynlig årsag
- Nyopstået personligheds- eller adfærdsændring, der har været tiltagende over flere uger eller måneder

Oftentimes oplever man symptomer, som man først langt senere forstår sammenhængen i, som følgende historie viser:

”Jeg kommer cyklende langs havnen på en lun og dejlig septemberdag. Inden jeg drejer til venstre op ad Vestergade, ser jeg mig tilbage. Et hurtigt blik over skulderen. En bevægelse, der normalt giver grønt lys til at fortsætte svinget, forudsat at der ikke er trafik, selvfølgelig.

Men i dag er det anderledes. I stedet for grønt lys for venstresvinget melder min hjerne tilbage med et kalejdoskopisk kaos af vand, fortov, biler,

havnekant, himmel og fodgængere. Jeg bremser. Standser helt. Stiger af cyklen, vender mig om og kigger bagud. Der er ingen trafik, havnebassinet ligger roligt, fortovet er på sin plads, himlen er blå, og et par bekendte hilser, da de krydser gaden. Jeg trækker cyklen op ad Vestergade.

Den lidt mærkelige fornemmelse i mine øjne om morgenen har efterhånden varet et stykke tid. Det føles, som om de skal skrues på plads, før jeg kan se rigtigt. Lidt ligesom når man stiller på optikken i en kikkert. Indtil indstillingerne er på plads, går jeg rundt med venstre øje knebet i og er bange for at støde ind i møblerne.

Måske er øjnene bare trætte af alt det skærmarbejde. Det er nok også derfor, jeg næsten altid har hovedpine. For slet ikke at tale om spændingerne i nakken. Og venstre øjenlåg hænger lidt. Det kildrer tit på venstre kind, sådan spindelvævsagtigt. Måske er jeg bare ved at blive lidt gammel? Træt er jeg også, men det er der vel ikke noget at sige til. Der har været alt for meget at tage sig af alt for længe. Men det der underlige syn, da jeg kiggede mig over skulderen, det har jeg ikke prøvet før.

Jeg aftaler med mig selv, at i morgen bestiller jeg tid hos lægen.”

Vibeke Vollmer, Hjernetumorfortællinger



Forløb frem mod henvisning

Mange, der rammes af en hjernetumor, kan opleve, at de gennem længere tid har været i kontakt med deres læge med symptomer såsom hovedpine, synsforstyrrelser og føleforstyrrelser.

Symptomerne kan være svage og diffuse, de kan også være kommet snigende, og derfor vil både du selv og lægen have kunnet tolke dem som stresssymptomer eller symptomer på en anden type belastning. Der kan derfor godt ligge et længere forløb forud for henvisningen til neurokirurgisk afdeling, og mange patienter oplever lige dele frustration og lettelse, når de endelig får diagnosen, fordi de har haft symptomer i længere tid.



Udredning og scanning

Formålet med den indledende neurologiske udredning er at fastslå dine symptomer og på den baggrund give lægerne en formodning om, hvor i hjernen der kan være en skade eller en tumor.

Det foregår forskelligt alt efter dine symptomer, men normalt vil du skulle gennem en række tests af de neurologiske funktioner. Det vil sige test af din balance, gang, syn, reflekser osv., der giver en indikation af, hvilke centre i hjernen der kan være påvirket. Måske har du allerede været igennem denne undersøgelse hos lægen eller en neurolog inden udredning på hospitalet.

Undersøgelsen suppleres normalt med en MR-scanning, der viser om og hvor, der er en tumor.

MR-scanning

En MR-scanner skaber et kraftigt magnetfelt, der bruges til at tage billeder af kroppen indvendigt – i dette tilfælde dit hoved. Scanningen kan give svar på, om der er en tumor i hjernen, som er årsag til dine symptomer. Scanningen varer 20 - 60 minutter, og kan være ubehagelig, fordi man ligger i et rør uden meget plads. Maskinen afgiver nogle høje bankelyde under scanningen, og derfor får

du udleveret ørepropper eller høreværn af personalet. Nogle steder er det muligt at lytte til musik. Hvis du er meget utryk, kan du få beroligende medicin.

Det kraftige magnetfelt vil få metal til at reagere. Personalet vil derfor bede dig om at fjerne smykker, piercinger, spænder, høreapparat m.v. inden scanningen. Det er også vigtigt, at du gør sundhedspersonalet opmærksom på det, hvis du har metaldele i kroppen (metalsplinter, kunstig hofte, søm, pacemaker el.lign.).

I mange tilfælde har de metoder til at vurdere, om scanningen kan gennemføres alligevel, og ofte vil det ikke være et problem. F.eks. er proteser eller andre metaldele, der indopereres i kroppen, ikke magnetiske.

Tatoveringer eller permanent makeup kan reagere på magnetfeltet, fordi noget tatoveringsblæk (særligt røde farver) indeholder metalpartikler. Du vil derfor blive instrueret i at være opmærksom på, om huden bliver varm under scanning.

Hvis der er en mulighed for, at du kan være gravid, bør du oplyse personalet om det. Man anbefaler at udskyde MR-scanning til efter 12. graviditetssuge, så i det tilfælde vil lægerne vurdere, om undersøgelsen kan vente eller bør gennemføres alligevel. Der er ingen dokumentation for, at MR-scanning skulle være skadeligt for fosteret, så det er ud fra et forsigtighedsprincip, at man anbefaler at vente. Dine læger vil anbefale det, der er bedst for dig i din konkrete situation.

Hvad er en biopsi?

Som en del af udredningen kan neurokirurgen foretage en biopsi. En biopsi er en vævsprøve, hvor kirurgen udtager et stykke væv fra tumoren, der sendes til undersøgelse hos en patolog. Her undersøges prøven under et mikroskop, så patologen kan se, hvilken type tumor der er tale om. De forskellige typer af hjernetumorer vil blive gennemgået senere.

På baggrund af biopsien, sammenholdt med øvrige undersøgelsesfund, lægges en plan for behandling. Derudover undersøges vævet også i forbindelse med en evt. operation.

CT-scanning

Lægerne kan vælge at gennemføre en CT-scanning, hvis MR-scanning ikke er muligt (f.eks. hvis du har en bestemt type pacemaker). CT giver ikke et lige så detaljeret billede af hjernen som MR-scanning, så man vil normalt foretrække eller følge op med en MR-scanning og det vil også være på baggrund af MR-scanningen, man planlægger operation.

PET-scanning

Ved en PET-scanning kan lægerne få oplysninger om tumorens biologiske aktivitet. Ved scanningen bruger man et sporstof til at markere aktivitet i tumoren og finde det bedste sted at tage en biopsi fra.

Neuropsykologisk undersøgelse

Den neuropsykologiske undersøgelse kan indgå i udredningsforløbet for at klarlægge, hvilke kognitive funktioner der evt. er påvirket. I nogle tilfælde er det følger af operationen, der giver de neuropsykologiske forandringer. Undersøgelsen kan derfor blive relevant på forskellige tidspunkter i forbindelse med udredning, behandling eller rehabilitering.

Det er ikke alle hjernetumorrømte, der har neuropsykologiske symptomer, så det er ikke sikkert, at undersøgelsen indgår i dit forløb.

Den neuropsykologiske undersøgelse bruges blandt andet til at vurdere, hvor påvirket hjernen er af tumoren. Du bliver undersøgt af en psykolog, der har speciale i, hvordan hjernens funktioner kommer til udtryk gennem tanker, følelser og handlinger.

Undersøgelsen begynder med en samtale mellem dig og psykologen om, hvad formålet med undersøgelsen er. Du har mulighed for at tage en pårørende med til den indledende samtale. Bagefter er der en række prøver og øvelser, der skal klarlægge, hvad du stadig kan, og hvad du har udfordringer med.

Ved undersøgelsen testes blandt andet:

- Sprog
- Koncentration og udholdenhed
- Opfattelse af sanseindtryk
- Indlæringsevne og hukommelse
- Følelser og personlighedstræk
- Dine muligheder for at udnytte dine evner

Du får selv undersøgelsens resultater, og de sendes også til den afdeling eller den instans, der har bedt om den. Resultaterne fra undersøgelsen indgår i den plan, der udarbejdes i forhold til dit forløb.

På baggrund af disse forskellige undersøgelser kan man konkludere, hvilken type tumor du er ramt af.



Typer af hjernetumorer

Hjernetumorer inddeles i fire grader svarende til, hvordan og hvor hurtigt de vokser. Man taler almindeligvis om lavgradstumorer (grad 1 og 2) og højgradstumorer (grad 3 og 4). I denne håndbog fokuserer vi på lavgradstumorer, vi har udgivet en anden håndbog, der behandler højgradstumorer. Den hedder "Kræft i hjernen" og kan bestilles på vores hjemmeside.

Der findes en række tumortyper med udspring i og omkring hjernen – WHO anslår, at der findes mindst 130 forskellige typer og undertyper (både høj- og lavgradstumorer).

De mest almindelige typer lavgradstumorer, og deres andel af alle hjernetumorer:

- Meningeom grad 1 og 2: ca. 30 – 40 %
- Astrocytom grad 1 og 2: ca. 15 – 20 %
- Ependymom grad 2: 3 - 5%
- Oligodendrogliom grad 2: 2 - 5 %

I det følgende, kan du læse mere om de forskellige typer lavgradstumorer, der som oftest er navngivet ud fra deres udspring.

Meningeom

Meningeom er den hyppigste lavgradstumortype og ca. halvdelen af alle lavgradstumor er et meningeom. Der diagnosticeres årligt ca. 850 nye tilfælde i Danmark. De fleste har kun ét, men omkring 15 % af dem der rammes, har flere meningeomer. Meningeomer forekommer 2-3 gange hyppigere hos kvinder end hos mænd.

Meningeomer opstår ikke i hjernens væv, men i hjernehinderne, som er bindevævshinder, der sidder mellem hjernen og kraniet. Meninges betyder hjernehinde. Meningeomer kan dog give mange af de samme symptomer som en tumor, der udgår fra selve hjernevævet.

Det skyldes, at kraniet ikke kan give sig, hvorfor meningeomet vil trykke på dele af hjernen og begynde at give symptomer, hvis det vokser sig stort nok. Meningeomer er dog oftest en langsomt voksende tumortype, hvilket betyder at hjernen ofte tilpasser sig trykket og meningeomet. Derfor bliver meningeomer nogle gange meget store, inden de giver symptomer.

De fleste meningeompatienter, der har symptomer, vil blive tilbudt en operation, som du kan læse mere om i et senere kapitel. Hvis du ikke har symptomer eller hvis tumoren sidder i et område, der er risikabelt at operere i, kan du i stedet blive henvist til et kontrolforløb, hvor lægerne holder øje med om tumoren og eventuelle symptomer udvikler sig.

Langt de fleste meningeomer er grad 1, mens en lille del er grad 2, et såkaldt atypisk meningeom. Meget sjældent ses et anaplastisk meningeom, som er grad 3, og defineres som en højgradstumor.



Ofte vil man opleve, at et epilepsilignende anfald er debutsymptom, som flg. historie belyser:

”Ugen efter mit ultraløb begyndte mit hoved og min krop at opføre sig anderledes, end jeg tidligere havde oplevet. Jeg fik, hvad jeg senere har fået beskrevet som mit første epileptiske anfald, der føltes som en ud-af-kroppen-oplevelse.

Jeg ligger en søndag morgen, ugen efter mit ultraløb, i mit nybyggede shelter. Det er koldt, og jeg er lige vågnet. Jeg slår øjnene op og mærker en underlig kildrende fornemmelse i min næse og mine bihuler. Øjeblikket efter sidder jeg ved siden af mig selv og kigger ned på mit sovende jeg, omsluttet af en underlig hvid drømmetåge. Jeg blinker og bliver igen ét med mit rigtige jeg i en underlig transformerende fornemmelse. Efter absencen er jeg lettere diffus i et par minutter, inden tingene igen vender tilbage til normalen.

Jeg slår oplevelsen hen, holder den for mig selv og afskriver den som en overbelastet krop efter mange måneders hård træning og løb”

Peter Frank, Hjernetumorfortællinger



Astrocytom og oligodendrogliom

Astrocytom, grad 1 og 2, og oligodendrogliom, grad 2, kaldes også lavgradsgliomer. Gliomer eller gliacelletumorer opstår i hjernens støttevæv (gliaceller) og udgør over halvdelen af alle hjernetumorer. 30 - 40 mennesker får diagnosen hvert år i Danmark, og det mest almindelige symptom, der fører til diagnosen, er et epileptisk anfald.

Astrocytomer og oligodendrogliomer grad 2 kan i visse tilfælde udvikle sig til grad 3, hhv., anaplastisk astrocytom eller anaplastisk oligodendrogliom. Man ved ikke, hvad denne udvikling skyldes, og man kan derfor heller ikke udtale sig om, hvad risikoen er for, at udviklingen vil ske.

Ved lavgradsgliomer kan det være sværere at fjerne alt tumorvæv, fordi det vokser i raskt væv.

Derfor kan man somme tider være nødt til at efterlade tumurvæv under operationen. I de tilfælde kan det blive relevant at tilbyde stråleterapi efter operation, og i nogle situationer kan kemoterapi komme på tale.

Det er hyppigere mænd end kvinder, der rammes af oligodendrogliom.



Ependymom

Ependymomer er også gliomer, men de opstår i de celler (ependymale celler) der udgør barrieren mellem væsken i hjernens hulrum og selve hjernen – altså ikke i hjernevævet på samme måde som astrocytomer og oligodendrogliomer. Man skelner mellem meget langsomt voksende grad 1 (subependymom) og langsomt voksende grad 2.

Symptomerne på ependymom skyldes oftest det tryk, de forårsager i hjernen, f.eks. svimmelhed, hovedpine og opkastninger, men placeringen har selvfølgelig stor betydning for symptombilledet.

Da ependymomer kan påvirke væskestrømmen i hjernen, kan de forårsage udvikling af hydrocephalus, som er væskeansamling i hjernen. Det er ikke alle ependymomer, der forårsager hydrocephalus, som i medicinsk ordbog defineres således: "cerebrospinalvæskeforøgelse som opstår efter svære diffuse hovedtraumer eller uden kendt årsag".

Der findes 20 - 30 tilfælde hvert år og lidt flere mænd end kvinder får diagnosen. Der er tendens til, at ependymomer kan spredes i kroppen via den væske, der udgår fra hjernens hulrum.

Behandlingen er oftest operation. Hvis det ikke er muligt at fjerne hele tumoren, vil man ofte supplere med strålebehandling.

Ependymom kan udvikle sig til anaplastisk ependymom grad 3.

Neurokirurgisk vurdering

Hvis den neurologiske udredning viser, at du har en tumor i hjernen, bliver du henvist til neurokirurgisk vurdering. Det vil sige, at du bliver indkaldt til en ambulant samtale med en neurokirurg, der vil tale med dig om mulighederne for at operere.

Det er meget forskelligt, hvilken type operation man bliver tilbudt. Det afhænger blandt andet af, hvilken tumor du har, hvor den sidder, og hvordan dit helbred er. Nogle gange er det kun muligt at tage en biopsi, andre gange kan man fjerne hele eller dele af tumoren.

Kolofon

Fra symptomer til diagnose

En e-bog i serien "Livet med hjernetumor"

©2023 HjernetumorForeningen

Konsulenter:

Tiit Mathiesen, neurokirurg, klinisk professor Rigshospitalet

Andra Maier, Læge, PhD studerende

Illustrationer og layout: Charlotte Mannstaedt

Udgivelse: Oktober 2023

Udgivet af HjernetumorForeningen

CVR 34667373

Tlf. 8191 9208



HJERNETUMORFORENINGEN

hjernetumorforeningen.dk

formand@hjernetumorforeningen.dk

www.hjernetumorforeningen.dk

Facebook, Instagram og LinkedIn: HjernetumorForeningen

Gengivelse af tekst eller illustrationer er ikke tilladt uden forudgående aftale.

 **Kræftens Bekæmpelse**