

INDHOLD

- 2 **Dendritcellebaserede
cancervacciner**
- 5 **Vidste du, at ...?**
- 6 **Lægemiddel nyt: Alimta**
- 7 **Sundhedsstyrelsens
Second Opinion Projekt**
- 9 **SKA aktivitetskalender
2004**
- 10 **Mødekalender**
- 10 **Organisations nyt:
Foreningen af Yngre
Onkologer**
- 11 **Enhed for Eksperimentel
kræftbehandling,
Rigshospitalet**

Leder

Overlæge, dr. med. Mogens Hansen, FAS Hillerød
Formand for SKA Forretningsudvalg

Sammenslutningen af kræftafdelinger i Østdanmark, SKA, blev i 1995 grundlagt som en samarbejdsorganisation af de klinisk onkologiske/hæmatologiske afdelinger i Østdanmark. Formålet med organisationen er "at varetage afdelingernes fælles kliniske og videnskabelige onkologiske/hæmatologiske interesser såvel nationalt som internationalt".

SKA har gennem årene udviklet en række aktiviteter, som kommer medarbejderne på de kliniske afdelinger til gode i deres daglige arbejde.

SKA arbejder fortrinsvis med kommunikation og formidling på forskellige niveauer og gennem forskellige medier. Ud over offentliggørelse af referenceprogrammer, omfattende 18 sygdomsenheder, instrukser med fokus på enkelte aspekter og symptomer, samt kliniske retningslinier, der alle henvender sig til de professionelle brugere, tilbyder SKA patienter og deres pårørende bred oplysning om kræftsygdomme og deres behandlingsmuligheder. Hjemmesiden frembyder desuden en liste over samtlige igangværende protokollerede behandlinger i Danmark – et initiativ der på landsplan er enestående.

SKA's publikationer findes på SKA's hjemmeside (www.skaccd.org), der er forum for organisationen, dens medlemmer og brugere. SKA forsyner de kliniske afdelinger med pjecen "Patientinformation om kemoterapi", der fungerer som et nyttigt kommunikationsmiddel mellem patienten og de kliniske afdelinger/ambulatorier samt bøger med overvejende fokus på billedformidling om "Strålebehandling på

Rigshospitalet" og "Strålebehandling på KAS Herlev". SKA stiller video til rådighed, og har udgivet video om følgende emner "Strålebehandling af kvinder opereret for brystkræft", "Indvendig strålebehandling til kvinder med livmoderhalskræft" og "Tid til eftertanke" – om deltagelse i eksperimental behandling.

Fra 2004 udgiver SKA også et nyhedsbrev, SKA NYT, der udkommer fire gange om året.

SKA NYT henvender sig primært til medarbejderne i sundhedssektoren. SKA satser på at skabe et forum, hvor ordet er frit, og hvor aktuelle emner præsenteres og overordnede, faglige temaer bliver diskuteret. SKA vil tage emner op, som man beskæftiger sig i den offentlige debat med det formål at give sundhedspersonalet relevant baggrundsviden, som kan være en støtte i kommunikationen med patienter og i lokale debatter. Derudover vil SKA NYT løbende formidle nyheder fra ind- og udland.

Det er SKA's mål, at skabe et levende forum, med interaktiv deltagelse fra mange sider. SKA satser på, at vores medlemmer oplever SKA NYT, som endnu et nyttigt redskab, der kan bruges i hverdagen, og vi byder dig velkommen til at tage ordet.

Værsgo—
her har du
SKA NYT

Dendritcellebaserede cancervacciner

Inge-Marie Svane, læge, ph.d., seniorforsker, Onkologisk afdeling, Herlev Amtssygehus



Gennem de sidste par år har dendritcellebehandling fået tiltagende opmærksomhed fra medier og patienters side herhjemme. Behandlingen er en ny form for immunterapi til cancerpatienter, der stiler mod at eliminere cancerceller via en målrettet aktivering af immunsystemet. Kliniske fase I/II forsøg med dendritcellebehandling har stået på i nogle år, men behandlingseffekten må fortsat siges at være udokumenteret. Dette har dog ikke forhindret behandlere i både ind- og udland i at tilbyde behandlingen uden for protokol, hvilket formentlig har bidraget til et stigende krav om adgang til denne behandlingsform fra patienter og pårørendes side. Denne korte gennemgang af emnet kan forhåbentlig være en hjælp i håndteringen af de forespørgsler vedrørende dendritcellebehandling læger og plejepersonale inden for onkologien jævnligt møder.

Grundlaget for cancervacciner

Formålet med behandling med en

cancervaccine er at igangsætte en effektiv aktivering af patientens eget immunforsvar, så cancercellerne, men ikke de normale celler, dræbes. For at immunsystemet specifikt skal kunne genkende og dræbe cancercellerne, må de kunne skelnes fra kroppens raske celler. Det er ofte muligt, fordi cancerceller indeholder nogle særlige proteiner kaldet tumorantigener. Da disse proteiner principielt er fremmede for kroppen, kan de genkendes af immunsystemet, og dermed danne grundlag for en målrettet immunreaktion.

Mange cancerpatienters immunsystem har på et tidspunkt genkendt og reageret på tilstedeværelsen af sådanne proteiner. Immunsystemet har dog ikke været i stand til at nedkæmpe cancercellerne. Dette kan have mange årsager, som fortsat ikke er fuldt afdækket.

For at understøtte patientens immunforsvar kan der gives en vaccine, som indeholder et eller flere af de antigener, som cancercellerne udtrykker. Udover selve tumorantigenet indeholder de fleste vacciner supplerende stoffer benævnt adjuvans, der hjælper med til at starte og fremme immunreaktionen. Vaccinen indsprøjtes typisk under huden, antigenet i vaccinen optages derefter i særlige antigenpræsenterende celler, der søger til lymfeknuderne, hvor de præsenterer antigenet for immunsystemet. Via en kompliceret proces kan de her starte en aktivering af immunsystemets celler, en aktivering som er målrettet mod cancerceller, der indeholder dette antigen.

Cancervacciner adskiller sig afgørende fra de traditionelle forebyggende

vacciner, f.eks. influenzavaccinen, som gives før virus er til stede i patienten. På nuværende tidspunkt finder behandling med cancervacciner derimod sted for at bekæmpe tilstedeværende cancerceller (terapeutisk vaccine). Den kliniske situation ved cancervaccination er således langt vanskeligere end ved den kendte forebyggende form for vaccination, og der savnes fortsat tilstrækkelig viden om dette område.

Det antages på den anden side, at cancervacciner vil have størst mulighed for effekt hos patienter med lav sygdomsbyrde og et velfungerende immunsystem. Enkelte studier har da også anvendt cancervaccination som adjuverende behandling efter operation og har for patienter med malignt melanom og coloncancer kunnet vise en signifikant forlænget sygdomsfri periode.

Grundlaget for dendritcellers anvendelse i cancervacciner

Dendritceller har en central rolle som budbringer i det normale immunsystem. De umodne dendritceller optager antigen (f.eks. virus eller bakteriebestanddele) i det perifere væv; f.eks. hud, lunger og tarm. Når dendritcellerne har optaget antigen undergår de en opmodning, der påvirker dem til at søge via lymfekanalerne til lymfeknuderne og starte et immunrespons mod det pågældende antigen. På baggrund af denne højt specialiserede evne til at præsentere antigener for immunsystemet, anvendes dendritceller i nogle cancervacciner som adjuvans. De øger således vacciners

virkning ved at transportere antigenet til lymfeknuderne og bidrage til immunaktivering. På dendritcellernes overflade findes antigenet eller dele af antigenet bundet til vævstypemolekylerne (HLA) og det er via disse komplekser dendritcellen interagerer med T-lymfocytterne, der udgør effektor-delen af det cellulære immunsystem.

Fremstilling af dendritceller til klinisk brug

Dendritcellerne kan fremstilles fra patientens eget blod enten fra en normal blodtapning eller fra et leukafereseprodukt (se illustration). Fordele ved at udføre leukaferese er, at patientens blodprocent ikke påvirkes samt, at man kan opnå et betydeligt større antal dendritceller fra én tapning.

I blodet findes der forstadier til dendritceller i form af den del af leukocyterne, der benævnes monocytter. Leukafereseproduktet består af både leukocyter og granulocytter, men i laboratoriet kan monocytter isoleres fra de øvrige celler. Man udnytter her det fænomen, at monocytter sætter sig fast på plastikken i bunden af vævdyrknings-skåle, mens de øvrige blodceller ikke har den evne og derfor forsigtigt kan skylles væk. Når monocytterne er isoleret videreudvikles de til dendritceller ved stimulation med særlige signalstoffer typisk cytokinerne GM-CSF og Interleukin-4 i 5-7 dage. Yderligere opmodning kan opnås ved tilsætning af supplerende cytokiner. Herefter får dendritcellerne tilsat antigenet, der kan have forskellige former som f.eks. syntetisk fremstillede peptider (protein-stumper), der direkte

binder til dendritcellens vævstypemolekyler, eller proteinbestanddele fra tumorceller, der optages og nedbrydes i dendritcellen før binding til vævstypemolekylerne.

Den enkelte behandling består typisk af en indsprøjtning med 1-10 millioner antigenbærende dendritceller enten subcutant, intradermalt eller intranodalt.

Kliniske undersøgelser af dendritcellebaserede cancerrvacciner

Dendritcellers evne til at inducere et effektivt immunrespons mod cancerceller blev først studeret i mus. Her viste flere undersøgelser, at dendritceller var i stand til at starte en immunreaktion, der både kunne forebygge tumorvækst og eliminere etablerede tumorer. Disse meget lovende resultater dannede grundlag for de kliniske undersøgelser, der er gennemført indenfor de seneste 6-8 år. De kliniske studier har indtil nu været små og er præget af stor variation i behandlingsprogram og vaccinesammensætning. Patienter med mange forskellige former for kræft heriblandt cancer mæle, malignt melanom og maligne hæmatologiske lidelser har deltaget i undersøgelserne, oftest har patienterne haft svær dissemineret sygdom. Undersøgelserne har vist, at man hos en del af patienterne kan inducere det ønskede immunrespons. Samtidig har der ikke været påvist alvorlige bivirkninger til behandlingen. Sygdomsrespons har varieret mellem 0-30 % i de enkelte studier ligesom varighed af det opnåede respons variere. Oftest beskrives sygdomsstabilisering, men

partielt og komplet respons er også observeret.

Overordnet mangler man dog fortsat afgørende viden om den optimale vaccineopbygning samt om hvilke patienter, der kan have gavn af behandlingen.

Hvornår er dendritcellevaccination relevant ?

Udviklingen af dendritcelle baserede cancerrvaccine er som beskrevet stadig i en tidlig fase, hvor forskellige vacciner undersøges for mulige bivirkninger og behandlingseffekt i mindre kliniske studier. Al behandling med dendritcellevacciner er således fortsat eksperimentel og bør som følge heraf foregå i kliniske protokoller, der kan bidrage til den fortsatte udvikling af behandlingsmetoden.

Behandlingen kan på nuværende tidspunkt ikke erstatte etablerede behandlinger som operation, kemoterapi og strålebehandling, der alle har vist at bidrage til helbredelse eller livsførelse ved mange cancersygdomme. Derfor vil det typisk først være et behandlingstilbud, når de øvrige behandlingsformer er forsøgt og såfremt der foreligger en forsøgsprotokol for den pågældende patientgruppe. Dendritcellevaccination er således ikke en etableret behandling, og der findes derfor hverken her eller i udlandet et standardbehandlingstilbud. Enkelte steder særligt i udlandet er det på den anden side muligt for cancerpatienter mod betaling at modtage dendritcellebehandling uafhængigt af sygdom og stadiet. Patienterne finder typisk frem til disse steder via patientforeninger og Internettet og

Dendritcellebaserede cancervacciner

har ofte urealistisk høje forventninger til den mulige effekt. Behandlingstilbudene er desuden ofte dårligt beskrevet, hvilket vanskeliggør vejledning af patienterne.

Hvornår er vaccinen klar ?

Effektiv aktivering af immunsystemet til bekæmpelse af kræftceller er en yderst kompliceret proces. Forståelsen af såvel immunsystemet som kræft øges hastigt, men det er fortsat sådan, at for hvert svar vi får, kan der mindst stilles ét nyt og lige så væsentligt spørgsmål. Der vil formentlig gå adskillige år, før man har fundet frem til cancervacciners placering blandt andre former for kræftbehandling. Forskningen i cancervacciner har været præget af næsten parallel basal, præklinisk og klinisk forskning. Således er den basale biologiske forståelse af dendritceller og deres interaktion med immunsystemet langtfra fuldstændig

og de prækliniske forsøg på især mus mangler fortsat at belyse adskillige afgørende problemstillinger. Det er derfor overordentlig væsentligt, at der også i forbindelse med de kliniske studier søges mere basal immunologisk viden, da dette skal udgøre fundamentet for den fortsatte udvikling af denne behandlingsmodalitet.

Dendritcellevaccination i Danmark

På Onkologisk afdeling, Herlev Hospital blev for 2½ år siden påbegyndt et forsøg, hvor brystkræftpatienter behandles med en vaccine baseret på dendritceller og antigenet p53. Alle deltagerne i undersøgelsen er patienter, der har fået recidiv af deres sygdom efter primær operation og efterbehandling. De har oftest udtalt sygdomsdisseminering og har typisk været i behandling med adskillige former for kemoterapi og eller endo-

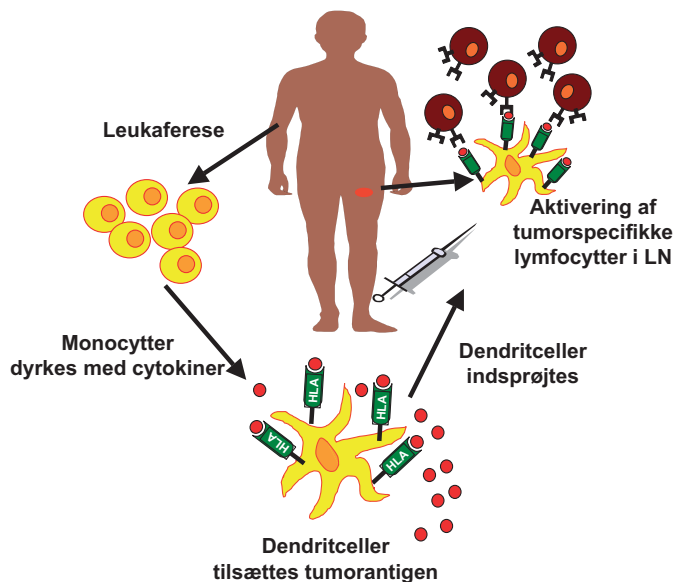
krin behandling gennem længere tid. Resultaterne fra Fase I delen af studiet har vist, at der ikke er særlige bivirkninger til behandlingen. Immunreaktion på vaccinen kunne påvises hos en del af de behandlede patienter og hos nogle patienter har der været tegn på, at vaccinen har bremset sygdommen i en periode (ASCO 2003). Da Fase II delen af undersøgelsen fortsat er i gang, vides det endnu ikke, hvad det endelige resultat vil blive. Undersøgelsen forventes afsluttet inden for et år.

I efteråret 2003 blev yderligere en protokol åbnet med en tilsvarende dendritcellevaccine til patienter med dissemineret malignt melanom. Derudover vil der i løbet af foråret blive etableret afprøvning af dendritcellevaccine til behandling af patienter med renalcellecarcinom. Det er ydermere planen at udvide disse behandlingstilbud således, at patienter med alle vævstyper kan modtage behandling. Samtidig vil behandlingen blive tilbudt patienter med brystcancer tidligere i recidivforløbet, hvor patienterne har mindre sygdomsbyrde og bedre immunkapacitet.

Henvi sning af patienter til behandling på Herlev Sygehus

Alle afdelinger med onkologisk funktion kan henvise patienter til dendritcellebehandling via visitationskontoret på Onkologisk afdeling, Herlev Sygehus. Oplysninger om hvilke inklusionskriterier, der skal være opfyldt før henvi sning, kan indhentes enten på SKAs hjemmeside eller via den kliniske forskningsenhed på Onkologisk afdeling, Herlev Sygehus.

Fremstilling og behandling med dendritcelle-baseret cancervaccine



Vidste du, at...?

... ASCO's opdaterede retningslinier for behandling af ikke-resecerbar ikke-småcellet lungecancer er publiceret i januar nummeret af Journal of Clinical Oncology, vol 22, p. 330. 2003

... patienter med cholangiocarcinom kan per 1. marts 2004 henvises til cytostatisk behandling med Oxaliplatin, Gemcitabin og Xeloda til henholdsvis onkologisk afdeling, Rigshospitalet (Øst-Danmark) og onkologisk afdeling, Vejle (Vest-Danmark)

... patienter med enten pleuralt eller abdominalt mesotheliom kan henvises til onkologisk afdeling, Rigshospitalet med henblik på behandling med Alimta fra 1. marts 2004

... analyse af to store randomiserede undersøgelser hos patienter med avanceret ovarie cancer efter 6,5 års opfølgning viser fortsat signifikant bedre resultater for Cisplatin og Taxol sammenlignet med Cisplatin og Cykloforamid med 11% forbedring af overlevelsen og 25-30% reduktion af dødsraten.

Piccard et al. International Journal of Gyn. Cancer; 13 (supp. 2), PP 144-148. 2003

... Capecitabine (Xeloda®) er aktiv ved platinresistent ovariecancer

I dosis på 1250mg/m² 2 x dgl p.o i 2 uger hver 3. uge blev der observeret en responsrate på 29% (95% CI 13 - 49) med respons hos 8 af 28 patienter behandlet.

Medianoverlevelse 8 måneder. (95% CI 4,1 – 11,8 måneder).

Efter 6 måneders behandling var 28% uden tegn på progression.

Vasey et al. Western Infirmary, Glasgow GII og Royal Marsden Hospital, London.
British Journal of Cancer, 2003: 89, pp 1842-1848

LÆGEMIDDEL NYT

ALIMTA

Afdelingslæge, ph.d. Ulrik Lassen, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet

Pemetrexed LY231514 (Alimta) er et unikt multitargetet antifolat, der hæmmer mindst 3 enzymer:

- thymidylat synthase,
- dihydrofolat reductase og
- glycinamid ribonucleotid formyltransferase (GARFT).

Hæmning af enzymet thymidylat synthase (TS) er den primære virkningsmekanisme for ALIMTA, en folat antime-tabolit (Grindey et al. 1992; Shih et al. 1992; Lilly 2000).

Thymidylat synthase, et folat-afhængigt enzym, katalyserer transformationen af deoxyuridin monofosfat (dUMP) til deoxythymidin monofosfat (dTMP).

Hæmning af TS medfører en mindskning af thymidin, et pyrimidin der er nødvendigt for DNA syntese (Grem 1990; Schilsky 1992).

ALIMTA hæmmer også dihydrofolat reductase (DHFR) og glycinamid ribonucleotid formyl transferase (GARFT), et folat-afhængigt enzym som er involveret i purin syntese (Shih et al. 1996).

Disse målområder er relateret til ALIMTA's cytotoxicitet, da der kræves både thymidin og hypoxanthin for at cirkumvenere cellulær død forårsaget af ALIMTA (Schultz et al. 1996).

Alimta har vist aktivitet over for en række tumorformer, herunder malignt mesotheliom (Vogelzang et al., 2002), ikke-småcellet lungecancer (Shephard et al., 2003), samt gastrointestinale tumorer (Cripps et al., 1999).

Alimta kan nu tilbydes på Rigshospitalet som 2. linie behandling af malignt mesotheliom, alene eller i kombination med platinderivater, og flere forsøgsprotokoller er på vej.

Alimta administreres sædvanligvis som Infusion over 10 min, i en dosis på 500 mg/m² hver 3. uge.

Bivirkningerne er Myelosuppression, kvalme/opkastning, stomatit, let alopeci, hududslæt og diarré. Det har vist sig at graden af bivirkninger reduceres betydeligt ved tilskud af folinsyre og B-12 vitamin, som reducerer homocystein. Dette sker via homocysteins involvering i den cellulære methylering via folat-afhængige methionin synthetase enzym. Reduceret folinsyre og/eller B-12 status medfører således risiko for toksiske plasma koncentrationer.

Endvidere kan der ses hududslæt, som kan forebygges med prednison.

Alimta behandling kræver derfor forebyggende behandling med:

- Tbl. Folinsyre 0,4 dgl med start senest 1 uge før dag 1 i første serie og fortsættes dagligt.
- Cyanokobalamin (B-12) inj. 1 mg im. Før første serie og gentaget hver 3. måned
- Tbl Prednison 25 mg x 2 dgl. i tre dage med start dagen før hver serie

Sædvanlig dosisreduktion omfatter hæmatologisk toksicitet, grad 3-4 diarré, mucositis eller anden ikke hæmatologisk toksicitet. Ved udsættelse pga toksicitet i > 42 dage bør behandlingen stoppes.

Der vil ikke blive foretaget dosis eskalering efter dosisreduktion. Ved evt. 3. dosisreduktion skal behandlingen seponeres i stedet for reduktion. Den første dosis af studiemedicin skal udsættes, indtil patienten har taget den forebyggende folinsyre, B-12 og prednison.

Kontraindikationer mod behandling med Alimta er samtidig indtagelse af acetylsalicylsyre (ASA) eller NASID stoffer 2 dage før, på selve dagen og 2 dage efter behandlingsdag 1. Hvis en patient tager et NSAID (Cox-2 hæmmere inkluderet) eller salicylat med lang halveringstid (for eksempel naproxen (Naprosyn®), piroxicam (Felden®), diflunisal (Donobid®), nabumeton, rofecoxib eller celecoxib), må det ikke tages 8 dage før dosis af Alimta, på selve dagen og 2 dage efter behandlingsdag 1.

Referencer

Chen VJ, Bewley JR, Gossett L, et al. 1996. Activity of LY231514 against several enzymes in the folate-dependent pathways [abstract]. In: Proc Am Assoc Cancer Res 37:381. Abstract 2598.

Cripps C, Burnell M, Jolivet J, et al. 1999. Phase II study of first-line LY231514 in patients with locally advanced or metastatic colorectal cancer. Ann Oncol 10: 1175-1179.

Eli Lilly and Company. November 2000. LY231514 (MTA) Clinical Investigator's Brochure.

Grindey GB, Shih C, Barnett CJ, et al. 1992. LY231514, a novel pyrrolopyrimidine antifolate that inhibits thymidylate synthase (TS) [abstract]. In: Proc Am Assoc Cancer Res 33:411 Abstract 2451.

Hanna NH, Shepherd FA, Rosell R, et al. 2003. A phase III study of pemetrexed vs docetaxel in patients with recurrent non-small cell lung cancer

(NSCLC) who were previously treated with chemotherapy. [abstract]. In: Proc Am Soc Clin Oncol 22: page 622, 2003 (abstr 2503)

Schilsky RL. 1992. Antimetabolites. In: Perry MC, editor. The chemotherapy source book. Baltimore (MD): Williams & Wilkins. p 301-317.

Schultz R, Andis S, Chen V, et al. 1996. Comparative antitumor activity of the multitargeted antifolate LY231514 and the thymidylate synthase (TS) inhibitor ZD1694 [abstract]. In: Ann Oncol 7(Suppl 1):85. Abstract 290.

Shih C, Grindey GB, Barnett CJ, et al. 1992. Structure-activity relationship studies of novel pyrrolopyrimidine antifolate LY231514 [abstract]. In: Proc Am Assoc Cancer Res 33:411. Abstract 2452.

Shih C, Gosset L, Gates S, et al. 1996. LY231514 and its polyglutamates exhibit potent inhibition against both human dihydrofolate reductase (DHFR) and thymidylate synthase (TS): multiple folate enzyme inhibition [abstract]. In: Ann Oncol 7(Suppl 1):85. Abstract 289.

Shin DM, Scagliotti GV, Kindler HL, et al. In press. 2002. A phase II trial of

pemetrexed in malignant pleural mesothelioma (MPM) patients: clinical outcome, role of vitamin supplementation, respiratory symptoms and lung function [abstract]. In: Proc Am Soc Clin Oncol.

Vogelzang N, Rusthoven J, Paoletti P, et al. In press. 2002. Phase III single-blinded study of pemetrexed plus cisplatin vs cisplatin alone in chemo-naive patients with malignant pleural mesothelioma [abstract]. In: Proc Am Soc Clin Oncol.

Sundhedsstyrelsens Second Opinion Projekt

Professor, dr. med. Heine Høi Hansen, Rigshospitalet og professor, dr. med Hans von der Maase, Århus Universitetshospital

Regeringen besluttede i 2002 gennem Sundhedsstyrelsen at oprette et second opinion projekt med henblik på at give alvorligt syge kræftpatienter tilbud om en vurdering af deres sygehistorie ved to eksperter fra det danske onkologiske miljø, ifald patienten havde ønske herom. Ordningen blev startet som et pilot projekt, der foreløbigt skulle vare ét år.

Baggrunden for ordningen var en igangværende debat og et stigende ønske i befolkningen om at få mulighed for at modtage eksperimentel behandling i udlandet under samme vilkår som behandling herhjemme, således at det offentlige sygehusvæsen afholdt udgifterne i forbindelse hermed.

Internettet giver gode muligheder for

at få specialiseret viden inklusiv de allerseneste resultater præsenteret ved internationale konferencer, ligesom store og små kræfthospitaler på mere eller mindre lødige vis annoncerer deres behandlingsforslag af mere eller mindre eksperimentel karakter. Dette forhold har i de senere år påvirket forholdet mellem patienter og hospitalsvæsenet markant. Det kan kun opfattes som positivt, at patienterne således aktivt går ind i situationen og stiller krav til behandlerne, men det kan være problematisk for sundhedspersonalet, når man som følge af traditioner og stramme økonomiske rammer har begrænsede muligheder for at være medspiller.

Regeringen ønskede med second opinion ordningen at øge patienternes adgang til behandling, og udnævnte

panelet for at sikre, at der var en lægeligt begrundet forventning om, at patienten kunne have mulighed for at få gavn af behandlingen.

I løbet af det første år ordningen har fungeret, har 310 patienter via den behandelende hospitalsafdeling henvendt sig til panelet i håb om at få tilbudt andre eller nye behandlingsmuligheder. I 140 tilfælde vurderede panelet, at der potentielt var mulighed for yderligere udredning eller behandling enten i udlandet (45 patienter) eller herhjemme (95 patienter).

Behandlingstilbudene omfatter både behandling i Danmark på specialiserede centre eller behandling i udlandet på centre, hvor speciel ekspertise i enkelte sygdomme er tilgængelig. Disse lande har fortrinsvis

været Tyskland, England og Schweiz. Ca. en tredjedel fik råd om behandling i udlandet, mens de resterende to tredjedele fik råd om behandling i Danmark, hvilket var overraskende, idet panelet således markerede, at ikke alle muligheder for behandling var forsøgt herhjemme. Det skal dog understreges, at panelets råd gives med en række forbehold, herunder specielt hvad angår patientens aktuelle kliniske tilstand, som ikke altid fremgår klart af henvisningerne. Det må derfor forventes, at panelets råd om yderligere behandling i nogle tilfælde ikke repræsenterer en reel mulighed. Panelet var enig i det aktuelle behandlingstilbud foreslået af henvissende afdeling til 67 patienter, mens panelet i 94 tilfælde konstaterede, at der ikke var yderligere behandlingstilbud, som kunne forventes, at gavne den aktuelle patient.

På Dansk Medicinsk Selskabs møde fredag d. 30. januar 2004 blev det konkluderet, at dansk onkologi er for tilbageholdende med at prøve nye behandlingsmetoder i forhold til udenlandske kolleger, og at der er behov for, at de onkologiske afdelinger realiserer dette og sætter sig nye mål.

Diagnosefordeling	
Lunge og lungehinde cancer	22%
Colon cancer	17%
Øvre GI cancer	17%
Gynækologisk cancer	11%
Urologisk cancer	7%
Hoved-hals cancer	5%
Mamma cancer	4%
Andre	17%

Forklaringen på denne situation er mangefold. Dels arbejder de onkologiske afdelinger ud fra evidensbaserede principper, hvilket er yderst positivt, blot det ikke resulterer i en konservativ holdning. Derudover har de seneste mange års stramme økonomi med nedskæringer i hospitalssektoren inklusiv onkologien på flere af centrene samt den tiltagende rutinemæssige behandlingsbyrde haft en tydelig virkning på den kliniske forskningsaktivitet, herunder initiering af nye behandlingsforsøg (fase 1 og tidlige fase 2 undersøgelser). Dels er der forskellige traditioner inden for de forskellige kræftsygdomme, hvor man i nogle tilfælde vælger at tilbyde mange forskellige typer behandling, mens andre kun har få behandlingsmuligheder, og enkelte ingen. For blot at nævne nogle enkelte forhold som har resulteret i, at den kliniske kræftforskning i Danmark har brug for en saltvandsindsprøjtning.

Forventningen i den danske befolkning er, at behandlingen er optimal og up-to-date, et synspunkt der også blev understreget af Sundhedsminister, Lars Løkke Rasmussen, ved Dansk Medicinsk Selskabs møde i januar. Derfor opstår frustration og aggression over for det etablerede sundhedsvæsen let, når patienten oplever, at virkeligheden er anderledes. Spørgsmålet er naturligvis, om det er den virkelighed den danske velfærdsstat har at tilbyde? Svaret herpå må komme fra politikerne. I fald politikernes målsætning skal kunne udmøntes i praksis, skal der allokeres betydelige ressourcer over en årrække til klinisk kræftforskning herhjemme, herunder genoptagelse af det videnskabelige

samarbejde med de bedste udenlandske kræftcentre, og det haster. I lægelige kredse er der heldigvis en stigende holdning til, at det skal gøres bedre, og at der er brug for at man definerer sin rolle i systemet mere klart.

Sundhedsstyrelsens Second Opinion panel er ét af mange redskaber til at sikre, at danske kræftpatienter får den optimale behandling og nyder godt af de seneste videnskabelige resultater. Hvad angår mulighed for behandling i udlandet, er dette et godt tilbud til danske patienter, men kun for en kortere periode. Behandlinger i udlandet, som kan gavne kræftpatienter, skal snarest muligt introduceres i Danmark. Panelet finder således, at det må være mere hensigtsmæssigt, at styrke danske onkologers muligheder for bedst muligt at hjælpe danske kræftpatienter i stedet for at sende patienter og penge til udlandet. Denne holdning er modtaget meget positivt af Sundhedsminister, Lars Løkke Rasmussen - og planerne for etablering af 3 enheder for eksperimentel behandling i henholdsvis region øst, syd og vest baseret på en national koordinering er under udarbejdelse.

For yderligere information henvises til: www.dagensmedicin.dk / Dagens Medicin, 5 februar 2004 www.dr.dk/nyheder/ - søgeord "Second Opinion"

SKA aktivitetskalender 2004

Kurser

10. marts 2004

Good Clinical Practise kursus for yngre læger og sygeplejersker

Hotel Kong Arthur, Nørre Søgade 11, 1370 København

Fra maj 2004 skal samtlige kliniske forsøg opfylde reglerne for GCP, og det betyder, at den enkelte medarbejder i de onkologiske afdelinger ikke vil kunne undgå at blive konfronteret med problematikken.

15. juni 2004

Post ASCO symposium

Hotel Marriot, Kalvebod Brygge 5, 1560 København

De allernyeste forskningsresultater inden for mamma cancer, gastrointestinale tumorer, urologi, lunge cancer og gynækologisk cancer præsenteres fra ASCO's kongres holdt 5-8 juni 2004 præsenteres og debateres af et panel bestående af yngre og seniore onkologer.

Deltagerantal 75-100

18. - 20. oktober 2004

Avanceret GCP kursus for speciallæger, sygeplejersker og medarbejdere i medicinal industrien

Hotel Kong Arthur, Nørre Søgade 11, 1370 København

Det udvidede 3-dags kursus går dybere ned i teori og baggrund for de forskellige procedurer forbundet med GCP regler. Kurset omfatter foruden teoretiske forelæsninger også gruppearbejde og praktisk orienteret computer workshops.

08. - 12. november 2004

Klinisk onkologi for medarbejdere i medicinal industrien

Hotel Kong Arthur, Nørre Søgade 11, 1370 København

Indføring i basal medicinsk onkologi med inddragelse af regler for Good Clinical Practise

**Rekvirer
formeldingsskema til de enkelte kurser via
SKA's sekretariat,
Sekretær June Thygesen,
telefon 3545 4090.**

Møder

27. maj 2004

Temadag for Plejepersonale

Herlev Sygehus

24. november 2004

SKA Årsmøde

Vilvorde kursuscenter

Mødekalender

Nationale møder

- | | |
|-----------------------------|--|
| 29. - 30. april 2004 | DSO forårsmøde, Byggecentrum Middelfart
"Klinisk brug af IMRT – konform radioterapi" |
| 6. maj 2004 | Årsmøde i Dansk Selskab for Cancerforskning,
Vilvorde Kursuscenter, Charlottenlund, kl. 09.00 |
| 13. maj 2004 | "DSO og DMO fusionerer" –
Stiftende generalforsamling DSKO.
Kirkesalen, Odense Universitetshospital, kl. 17.00 |

Internationale møder

- | | |
|----------------------------------|--|
| 13. marts - 3. april 2004 | 12th Congress of the European Society for Surgical
Oncology, ESSO, Budapest, Hungary |
| 15. - 17. april 2004 | 4th EONS Spring Convention, Edinburgh, Scotland |
| 5. - 8. juni 2004 | ASCO Annual Meeting, "Forty Years of Quality Cancer Care"
New Orleans, Louisiana, USA |
| 3. - 6. juli 2004 | 18th Meeting of European Association for Cancer Research,
EACR, Innsbruck Austria |
| 16. -19. september 2004 | 36th Congress of the International Society of Pediatric Cancer SIOP, Oslo Norway |
| 28. sept - 1. okt 2004 | 16th EORTC Congress, Geneve Schweiz |
| 24. - 28. oktober 2004 | ESTRO 23, Amsterdam, The Netherlands |
| 29. okt - 2. nov 2004 | 29th ESMO Congress of the European Society for Medical Oncology, ESMO, Vienna, Austria |

ORGANISATIONS NYT

Foreningen af Yngre Onkologer

Foreningen af Yngre Onkologer (FYO) blev stiftet i 1983 og har således netop afholdt 20 års jubilæum. Foreningens formål er at styrke det onkologiske speciale og at varetage yngre onkologers uddannelsesmæssige, undervisningsmæssige og arbejdsmæssige

interesser. Foreningen har aktuelt ca. 120 medlemmer, som hovedsageligt er læger under uddannelse til speciallæge i onkologi.

FYO afholder med jævne mellemrum kurser af relevans for yngre onkologer

og har i 2003 afholdt kursus i "gynækologisk onkologi" og "biologisk responsmodifikation". I 2004/2005 planlægger vi at afholde kursus i "intensitetsmoduleret radioterapi (IMRT)".

En repræsentant fra FYOs bestyrelse

deltager i vurdering af ansøgninger og ansættelser af yngre onkologer i uddannelsesstillinger, og vi har deltaget aktivt i udarbejdelsen af ny målbeskrivelse for specialet klinisk onkologi.

Vi har årligt siden 2002 haft det privile-

gium at kunne uddele FYOs AstraZeneca forsknings- og uddannelseslegat på 100.000 kr. til forsknings- og uddannelsesrejser for yngre onkologer.

Generalforsamling afholdes én gang årligt i april, maj eller juni og som regel i forbindelse med et introduktionkursus

eller A-kursus i onkologi. Yderligere oplysninger om foreningen og indmeldelse kan ske via www.fyo.suite.dk.

Claus Andrup Kristensen
Formand

Afsnit til eksperimentel kræftbehandling i Finsencentret, Rigshospitalet

Ulrik Lassen, afdelingslæge, ph.d, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet

Nye vinde blæser over onkologien i Danmark? Regeringens fokusering på kræftsygdomme herunder iværksættelse af Kræftplanen har ført til begyndende oprustning af behandlingen til gavn for danske kræftpatienter.

På trods af en øget opmærksomhed omkring kræftsygdomme og stadig nye behandlingsmuligheder sendes kræftpatienter hvert år til udlandet for at modtage eksisterende behandling, som ikke tilbydes i Danmark.

At sende patienter til udlandet er en ekstra belastning for patienten og dennes familie, og kan kun ses som en nødløsning. At kunne tilbyde patienterne eksperimentel behandling i Danmark, er både langt mindre belastende for patienterne og samtidig en faglig påkrævet erfaringsopsamling, således at man i årene fremover hurtigere vil kunne tilbyde forbedrede behandlingsmuligheder for patienterne.

På denne baggrund er det blevet besluttet at opbygge et afsnit for eksperimentel kræftbehandling på Rigshospitalet. Afsnittet rummer 4 senge

og ambulatoriefunktion.

Som udgangspunkt vil man her kunne modtage patienter med sjældne kræftformer, fx cholangiocarcinomer, hepatocellulært karcinom, binyrebark karcinomer, invasivt thymom, neuroendokrine tumorer og ukendt primær tumor.

Desuden vil det tværfaglige udviklingssamarbejde inden for fx neuro-onkologi, prostatacancer, blærecancer, øvre gastrointestinale tumorer, sarkomer, melanomer og mesotheliomer blive styrket.

Afsnittet vil omfatte fase I undersøgelse og tidlige fase II undersøgelser samt undersøgelser af mere specielle behandlings- og administrationsformer, herunder forskellige former for regional kemoterapi.

Klassiske fase I undersøgelser kan omfatte såkaldte "first in man" forsøg, hvor forsøgspersoner får behandling i stigende doser. Formålet er her at fastlægge den højst tålelige dosis for patienterne. I modsætning til fase I forsøg med non-cytostatiske lægemidler, hvor man benytter raske

forsøgspersoner, kræver fase I forsøg med cytostatika, at forsøgspersonerne har en cancer, hvortil der ikke findes standardbehandling.

Disse patienter skal observeres tæt, og er derfor indlagt i op til 1 uge. Undervejs bliver der løbende monitoreret, taget blodprøver og udført analyser. Desuden kan der laves effektvurdering i form af billeddiagnostiske og nuklearmedicinske metoder. Samarbejde med specialafdelinger i ind- og udland er en del af arbejdsformen.

Der er bred opbakning til projektet og de bagvedliggende intentioner fra det politiske system og de onkologiske centre i Danmark. Det er samtidig et mål, at afsnittet på Rigshospitalet skal kunne danne forbillede for etablering af tilsvarende enheder på andre universitetsafdelinger i Danmark, ligesom det er hensigten at etablere et tæt samarbejde mellem disse enheder for i fællesskab at løfte de mange udfordringer i den fremtidige kræftbehandling.

Finsen Centrets afsnit for eksperimentel kræftbehandling åbnede 1. marts 2004.

SKA's hjemmeside er det aktuelle forum, hvor man umiddelbart kan gøre brug af SKA's udbud af informationer til sundhedsmedarbejder, patienter og øvrige interesserede.

Hjemmesiden rummer følgende hovedområder:

Publikationer

- Referenceprogrammer, der beskriver alle aspekter af den enkelte kræftsygdom herunder ætiologi, epidemiologi, diagnostik, prognose, behandlingsformer, bivirkninger, m.v. Der eksisterer 14 forskellige referenceprogrammer
- Instrukser, der fokuserer på enkelte aspekter i forbindelse med sygdommen og dens behandling, fx anæmi, stråleinduceret diaré, mucositis, tværnsnitssyndrom, etc. I alt 28 emner er beskrevet
- Kliniske retningslinier for sygeplejersker, er instrukser der henvender sig specielt til sygeplejegruppen
- Patientinformation på hjemmesiden omfatter Patientinformation om kemoterapi samt bivirkningsark til denne pjece, Strålebehandling på Rigshospitalet og Strålebehandling på KAS Herlev (introduktion til strålebehandling i fotografisk form), præsentation af SKA video'er (Strålebehandling til kvinder opereret for brystkræft (2000), Indvendig strålebehandling af kvinder med livmoderhalskræft (2003) samt Tid til eftertanke – om eksperimentel behandling (2003), m.v.

Projektgrupper

- præsentation af de enkelte personer og grupper, som arbejder med SKA's publikationer

Behandlinger

- Protokoloversigt over samtlige igangværende protokoller i Danmark . Oplysninger om primær og recidiv behandling samt eksperimentelbehandling.

Nyheder

- meddelelser til brugerne af hjemmesiderne, herunder annoncering af møder, kurser, artikler, samt øvrigt stof inden for onkologi.

www.skaccd.org er også din hjemmeside!

**SKA Sekretariat
Rigshospitalet, 5072
Blegdamsvej 9, 2100 København Ø**

**Sekretær June Thygesen, 3545 4090
Projektsygeplejerske Karen Ringsing, 3545 4715
Information og dokumentation Marianne Bjerre-Jepsen, 3545 4611**