

INDHOLD

- 1 Et begivenhedsrigt år i dansk onkologi
- 2 Sundhedsministeren om den nye finanslov
- 3 Colorectal cancer
- 5 Brystkræft
- 6 Cancer Ovarii
- 7 Sarkomer, melanomer og hoved-halscancer
- 9 Lungecancer
- 10 Er ESMO noget for sygeplejersker?
- 12 Abstracts fra ESMO
- 16 Om ESMO
- 17 The ESTRO 23 meeting
- 18 Om ESTRO
- 19 SKA's årsmøde
- 20 Urokinase har betydning for spredning af kræft
- 22 Lungekræft – en teknologisk udfordring
- 23 Vidste du at ...
- 25 Organisationsnyt
- 28 Personnyt
- 29 SKA aktivitetskalender
- 30 Internationale møder
- 31 Godt nytår fra SKA
- 32 Måltrettet medicinsk kræftbehandling

2004

– Et begivenhedsrigt år i dansk onkologi

Af professor Heine Høi Hansen

Året går på hæld, og der gøres status – på mange måder. For dansk onkologi har året 2004 været skelsættende. De to rivalerende onkologiske selskaber, Dansk Selskab for Onkologi og Dansk Selskab for Medicinsk Onkologi, har endelig efter mange års interne stridigheder forbrødet sig med etablering af et nyt selskab, Dansk Selskab for Klinisk Onkologi (DSKO), som med større vægt vil være i stand til at profilere den kliniske onkologi over for såvel Sundhedsstyrelsen som sygehus-ejerne. En god start har DSKO fået via etablering af den nye speciallægeuddannelse i klinisk onkologi med ligelig hensyntagen til såvel den medicinske onkologi og radioterapi, som funktionerne på både de centrale og decentrale enheder. Samtidig er der skelet til, at den danske uddannelse er tilpasset den internationale udvikling, hvor ESMO/ASCO har etableret et globalt curriculum for medicinsk onkologi, ligesom der er udarbejdet europæiske retningslinier af ESTRO inden for radio-terapeutisk onkologi. Sammenlægningen af DMO og DSO vil forhåbentlig samle kræfterne, således at der vil være endnu mere fokus på uddannelse af yngre læger, herunder også et øget engagement i den kliniske forskning, specielt den internationale. Sidstnævnte er et absolut 'must', hvis vi som fagpersoner skal være i stand til at tilbyde de danske kræftpatienter optimal rådgivning og behandling.

Kræftbehandlingen står over for et nyt afgørende skridt i form af indførelsen af måltrettet molekylær biologisk

terapi, hvad enten denne gives som enkeltstof eller sammen med diverse cytostatika og/eller strålebehandling. 'Skræddersyet' behandling har allerede vundet indpas i behandlingen af flere maligne hæmatologiske sygdomme og også ved enkelte solide tumorer, f.eks. GIST-tumorer. De nyeste internationale data peger ligeledes på, at måltrettet terapi inden længe vil være at finde i den daglige klinik ved flere hyppigt forekommende solide tumorer.

Denne udvikling stiller store krav – ikke blot til sundhedsvæsenet, men også til den enkelte afdeling og læge. Kravet om 'up-to-date'-viden er steget betragteligt, bl.a. fordi information via internettet hurtigt når frem til patienter og deres pårørende. Det har derfor været en af SKA's hovedopgaver i 2004 at være vidensformidler, hvilket bl.a. er sket ved nye tiltag i form af SKA-Nyt, POST-ASCO symposium, og i januar 2005 et symposium om måltrettet medicinsk kræftbehandling. Næste år vil vi også se udviklingen af et landsdækkende system for cytostatika, der vil være at finde på SKA's hjemmeside.

Siden 2003 har der været mulighed for at henvise patienter til udlandet med statslige midler i fald den bedste behandling ikke kunne finde sted herhjemme, og i efteråret 2004 blev det Nationale Koordinations Udvalg for Eksperimentel Kræftbehandling etableret, og indvielse af de første af i alt 6 eksperimentelle enheder for kræftbehandling herhjemme med startudgifterne betalt af staten er umiddelbart forestående. Heldigvis har denne dynamiske udvikling også

Finansministeren om den nye finanslov:

MERE OG BEDRE KRÆFTBEHANDLING



Af Lars Løkke Rasmussen
Indenrigs- og sundhedsminister

Behandlingsgarantien på kræftbehandling er under pres. Den stiger, fordi flere og flere patientgrupper heldigvis kan få gavn af strålebehandling. Så mange, at vi trods en massiv udvidelse af kapaciteten har svært ved at følge med.

Til foråret kommer en ny kræftplan – Kræftplan II, som vil vise vejen for en yderligere forbedring af kræftbehandlingen i Danmark. Men når presset er stort, kan vi ikke sidde med hænderne

i skødet. Derfor har regeringen og Dansk Folkeparti i finanslovsaftalen afsat 400 mio. kr. til mere og bedre behandling her og nu.

Vi afsætter en låneramme på 150 mio. kr. til udskiftning og anskaffelse af nye strålekanoner for at møde det stigende behov. Dertil kommer endnu en låneramme på 150 mio. kr. til nye skannere, der skal sikre en hurtigere og mere sikker diagnostik.

Men bedre kræftbehandling handler ikke kun om at anskaffe nyt isenkram. Undersøgelser af patientforløb viser, at flere patienter kan blive behandlet på den samme tid, hvis arbejdet på kræftafdelingerne tilrettelægges bedre. Derfor skal vi ikke nøjes med at købe nyt. Vi skal også bruge både mennesker og apparatur bedre.

Men det kan være svært at ændre indgroede rutiner og ideer om, hvordan arbejdet bedst tilrettelægges. Derfor har vi afsat en pulje på 100 mio. kr. til at gøre den danske kræftbehandling mere effektiv. For at få del i puljen, skal et kræftcenter kunne dokumentere, at man f.eks. ved at ændre på arbejdsgangene udnytter skannere og strålekanoner bedre og bruger lægers og sygeplejerskers

dyrebare tid mere effektivt.

Puljen skal være en gulerod for fremsynede afdelinger og læger, sygeplejersker, radiologer og andre personalegrupper, der tør udfordre sig selv og den måde, de er vant til at arbejde på. Dermed bygger vi videre på regeringens princip om, at det skal kunne betale sig at gøre en ekstra indsats. Det er et princip, der allerede har givet markante resultater på sundhedsområdet – bl.a. med 10.000 flere strålebehandlinger i 2003 end året før.

Kampen mod kræft er lang og hård. Med mere forskning bliver vi i stand til at hjælpe flere med at vinde kampen mod kræften. Regeringen og Dansk Folkeparti styrkede kræftforskningen med 43 mio. kr. i forbindelse med Forårspakken, og med finanslovsaftalen føjer vi yderligere 20 mio. kr. til.

Om få måneder kommer Kræftplan II. Planen følger op på evalueringen af den første kræftplan og skal sikre en fortsat forbedring af alle faser i kræftbehandlingen. Når Kræftplan II ligger klar, har regeringen og Dansk Folkeparti givet hinanden håndslag på at tage de nødvendige initiativer til at bringe kræftbehandlingen endnu et skridt fremad.

Et begivenhedsrigt år i dansk onkologi fortsat fra forsiden

haft de bevilgende myndigheds bevågenhed, og som anført i indlæg af indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen i dette nummer af SKA-Nyt, er der afsat betydelige summer i finanslovsaftalen for 2005 til flere og bedre behandlinger her og nu, til udskiftning og anskaffelse af nyt strå-

leapparatur, eller til nye skannere, og også til forbedring af arbejdsgange. Det er ligeledes glædeligt, at der er afsat midler til yderligere styrkelse af kræftforskning inklusive målrettet medicinsk kræftbehandling.

Den gode udvikling for kræftbehand-

lingen i 2004 danner grobund for betydelig optimisme for 2005 med forbedrede muligheder for såvel patientbehandling som den kliniske forskning. Nu er det op til hver enkelt læge og hver enkelt afdeling at udnytte disse muligheder til gavn for hver eneste kræftpatient herhjemme. Carpe diem!

ESMO, WIEN 2004

Colorectal cancer (CRC)



Eva Ehrnrooth

Endnu for få år siden blev de gastro-intestinale foredrag holdt i de mindste mødelokaler ved internationale kongresser såsom ESMO. Der var intet nyt at rapportere, og der herskede en nærmest nihilistisk indstilling til behandlingen af gastrointestinale cancers. I den medicinske behandling af CRC var antimetabolitten 5-fluorouracil (5FU) i en årrække det eneste cytotstatikum, der blev brugt både som adjuverende og pallierende behandling af patienter med CRC. Der er nu en markant fremgang i behandlingen af patienter med gastrointestinale cancers. Behandlingen af CRC er i dag multidisciplinær og således et samspil mellem bl.a. kirurger, onkologer og radiologer. Lovende resultater er opnået såvel i den medicinske som i den kirurgiske behandling.

I det følgende er highlights fra ESMO 2004 i Wien opsummeret.

Adjuverende behandling af patienter med colon cancer

Det var særdeles opmuntrende at høre gode resuméer over de seneste 10-15 års behandlingsresultater inden for den adjuverende behandling: Ved den adjuverende behandling af patienter med colon cancer Dukes C kunne man i 1989 for første gang demonstrere en effekt ved kombinationen af 5FU og levamisol. I begyndelsen af 1990'erne opnåede man en betydelig reduktion af risikoen for recidiv (30 – 40 %) ved at kombinere 5FU med leukovorin, sammenlignet med en kontrolgruppe. 5FU i kombination med leukovorin var mere effektiv end 5FU og levamisol, og behandlingsvarigheden kunne reduceres fra 12 til 6 måneder uden tab af effekt. En værdifuld information er desuden, at ældre patienter (> 74 år) bør tilbydes adjuverende kemoterapi (KT), idet behandlingseffekten er bevaret og graden af bivirkninger ikke er øget ved sammenligning med patienter med en median alder på 62 år.

MOSAIC (FOLFOX (5FU, leukovorin og oxaliplatin) ved CRC Dukes B og C), opdatering:

Målet var at påvise en 25 % risikoreduktion efter 3 år sammenlignet med LV5FU2. Der blev påvist en forskel på 23 % efter 3 år (N.EnglJMed 2004;350:2343-2351). Ved ESMO præsenteredes 4 års follow-up, hvor forskellen mellem FOLFOX 4 og kontrolarmen i den relative risikoreduktion var på 25 % ved stadium III patienter og 21 % ved stadium II. Efter 4 år havde

0.5 % af patienterne i FOLFOX 4 armen fortsat grad 3 perifer sensorisk neuropati og 2.3 % hhv 14 % grad 1 og 2 sensorisk neuropati.

Anbefalingen var at bruge FOLFOX4 som standard adjuverende behandling ved stadium III (Dukes C). Risikoreduktionen for højrisiko patienter med stadium II (T4, obstruktion, perforation, lav differentieringsgrad, perineural eller venøs invasion eller < 10 fjernede og undersøgte lymfeknuder) var 28 %, og disse patienter bør derfor også tilbydes FOLFOX 4. Udvalgte patienter kan tilbydes behandling med orale fluoropyrimidiner. FOLFOX4 er godkendt som standard adjuverende behandling af stadium III colon cancer i Europa i september 2004, men behandlingen er endnu ikke indført i Danmark

Konklusionen fra poster-sessionen, som omhandlede orale fluoropyrimidiner var, at capecitabine er mere "kosteffektiv" end infusionel 5FU. Orale fluoropyrimidiner (fp) har samme effekt som bolus 5FU regimer, men er nemmere at administrere for patienterne. Den sidste konklusion blev dog ikke bekræftet i abstract 342P, hvor man konkluderede, at administrationsmåden er mindre væsentlig end graden af bivirkninger (Pfeiffer et. al.). (I et engelsk studie fandt man at 50% foretrak capecitabin og 50% deGramont).

Som de mest robuste data ved Dukes C, nævntes XACT trial (abstract 276, Cassidy et. al.), der demonstrerede en trend mod bedre DFS og OS samt en bedre RFS og færre bivirkninger

ESMO, WIEN 2004

Colorectal cancer (CRC)

end ved Mayo regimet. Anbefalingen var således at vælge Xeloda (X) frem for bolus 5FU (Mayo og Roswell park regimerne).

Metastatisk CRC

5FU + Avastin (Roswell Park regimet) vs. 5FU + placebo til patienter, der ikke var optimale kandidater til IFL som 1. ste linie, gav en forlænget overlevelse (20.34 mdr vs. 15.61 mdr.) (Kabbinavar et. al., Ann Oncol;15, suppl 3, 2004, abstract 261O). Hos 2 % af patienterne i Avastin armen sås GI perforation, og den hyppigste bivirkning var hypertension (16.0 % vs. 2.9 %), som dog kunne behandles med perorale antihypertensiva.

Van Cutsem præsenterede data fra fase II studie med FOLFOX 4 + cetuximab som 1. ste. linie behandling til pt med EGFR udtrykkende tumorer (abstract 339P). De foreløbige resultater tyder på, at kombinationen har en acceptabel bivirkningsprofil med en høj tumor aktivitet. Den samlede responsrate var således 81 % (5 % CR og 76 % PR), og sygdomskontrol raten 98 %. EGFR status fra primær tumor korrelerer dog ikke altid med EGFR status i metastaser. Derfor er udvælgelsen af patienter til behandling med EGFR targeterede monoklonale antistoffer en stor udfordring. I et italiensk studie fandt man, at 11 ud af 27 (41 %) metastaser var negative for EGFR, mens primær tumor var positiv. Desuden var 12.5 % af EGFR negative primær tumorer EGFR positive i metastaser (abstract 281P).

Levermetastaser ved CRC

Ved behandling af levermetastaser fra CRC havde et ekspertpanel udviklet en konsensus (365P). Følgende sygdoms karakteristika scorede højest på en "appropriateness" skala for præoperativ kemoterapi: portal lymfadenopati, resecerbar ekstra hepatisk sygdom, > 4 metastaser, 2-4 levermetastaser (2 eller 4?), største metastase > 4 cm, bilobær sygdom og utilstrækkelig resektionsmargin (?). Præoperativt anbefaledes som første valg FOLFOX (75 %) mod FOLFIRI (65 %) og 5FUFA+Oxa + Iri (33 %). Efter R0 resektion var første valg FOLFOX (55 %) og sluttelig efter R1 resektion FOLFOX (80 %), FOLFIRI (75 %). Absolutte kontraindikationer for leverkirurgi var: > 70 % tumorinvolvering, > 6 involverede segmenter og ikke resecerbar ekstra hepatisk sygdom.

Varighed af KT og antal regimer

Sobrero gennemgik i sin "educational session" det optimale antal af kemoterapi linjer og den optimale behandlingsvarighed. Han fremførte, at man ikke for nuværende kan give entydige retningslinjer, der besvarer spørgsmålet. Hvis man således ser på pragmatiske trials, er der ikke vist effekt af den initiale behandling ud over 3 mdr. varighed. Han opridsede dog tre forskellige scenarier: 1) Patienter med resecerbar stadium IV sygdom begrænset til lever eller lunger: Disse patienter bør tilbydes kortvarig kemoterapi mhp. klarlægning af tumors følsomhed for KT. Efter responsevaluering foretages kirurgisk resektion. Såfremt tumor var følsom for den neo-adjuverende terapi bør man fortsætte med

samme KT i adjuverende øjemed. 2) Patienter med ikke-resecerbar stadium IV: Målet er dog at opnå et svind af metastaserne, således at de bliver resecerbare. Dette scenarie ses kun hos ca. 15 % af patienterne. Endepunktet er dog vigtigt, dvs. resektion og potentiel kurabilitet. Der anbefales kombinationskemoterapi med stoffer, der har vist aktivitet (5FU, X, IFL, OX) og behandlingen vil med stor sandsynlighed skulle vare i minimum 4 måneder. Hvis metastaserne på den givne behandling bliver radikalt reseceret, skal patienterne tilbydes 4 måneders adjuverende behandling med den samme kombination som præoperativt. 3) Patienter i stadium IV, men ikke hvor metastaserne ikke forventes at blive resecerbare. Disse patienter kan tilbydes behandling med kemoterapi med faldende intensitet, hvis chancerne for respons er små. Således kan patienterne tilbydes kombinationskemoterapi, infusionel 5FU, orale FP eller kun understøttende behandling. Hos disse patienter foreslås intermitterende behandling frem for langvarige behandlingsforløb.

ESMO, WIEN 2004

Brystkræft

Af Silke Spahn-Horn

Dette år var brystkræfts-sessionen på ESMO præget af publikationer med relativt få patienter eller studier, hvor de endelige resultater forventes senere i år. Store fase III-studier eller resultater, som kunne have indflydelse på behandlingsstrategien hos kvinder med cancer mammae, vil blive præsenteret ved San Antonio Breast Cancer Symposium i december, som er det største og vigtigste møde på brystkræftområdet.

Der herskede overordnet enighed om at prioritere undersøgelser vedrørende forebyggelse og adjuverende behandling. Der blev rejst et ønske om en intensiveret forskningsindsats af nye prognostiske faktorer. Ved brug af den nye chipteknologi vil det være muligt at identificere lavrisiko-patienter, som ikke behøver adjuverende kemo-, stråle- eller endokrin behandling.

I et foredrag på "Presidential Symposium" fremlagte D. Purdie en sekundær analyse af CORE (The Continuing Outcomes Relevant to Evista) og MORE-undersøgelserne (Multiple Outcomes of Raloxifene Evaluation), hvor man sammenligner effekten af otteårs Raloxifen- eller placebobehandling på brystkræft-risikoen af postmenopausale kvinder med osteoporose, som tidligere har fået "hormonreplacemant"-terapi.

I alt 7705 postmenopausale kvinder deltog i MORE-undersøgelsen, en dobbelt-blind, fireårs follow up-un-

dersøgelse, hvor patienterne med osteoporose er blevet randomiseret til enten Raloxifenbehandling (60 eller 120 mg/d) eller Placebo. Undersøgelsen viste, at fire års behandling med Raloxifen nedsætter tilfælde af brystkræft hos postmenopausale kvinder med 72 % sammenlignet med placebo. Herefter valgte 5213 kvinder at deltage i CORE-studiet, hvor patienterne fortsatte med enten raloxifen (60mg/d) eller placebobehandling i endnu fire år. Efter otte år blevet data samlet, og det viste sig, at tilfælde med invasiv mammacancer og ER + invasiv mammacancer i Raloxifengruppen var reduceret med 66 % og 76 %. Bivirkninger til Raloxifen er beskrevet med en øget risiko for thromboembolier.

Præsentationen på ESMO er en sekundær analyse af data fra disse studier, hvor man fokuserede på hormonbehandlingerne med enten østrogen eller østrogen/progesteron i patienternes anamnese. Informationer fra i alt 7683 patienter (5111 deltager af Ramoxifengruppen og 2571 af placebogruppen) indgik i analysen. Begge grupper blev sammenlignet med henblik på invasiv brystkræft i en "Cox proportional hazards" model.

I alt 2235 kvinder havde brugt hormonterapi, hvorimod 5447 patienter aldrig tog østrogen eller østrogen/progesteron-præparater. I placebogruppen fik 2,7 % af kvinder med hormonterapi og 2,1 % uden hormonbehandling diagnosticeret brystkræft. Ved kvinder med tidligere hormonindtagelse kunne behandling med Raloxifen i 8 år reducere incidens signifikant af inva-

sivt mamma cancer med 71 %; antallet af brystkræfttilfælde hos patienter uden hormonterapi er blevet mindsket med 64 %. På den baggrund konkluderes det, at Raloxifen signifikant reducerede tilfælde af invasiv brystkræft ved postmenopausale kvinder med osteoporose efter en tidligere hormonbehandling.

Ved to foredrag blev der fremlagt data om et relativt nyt stof, lapatinib. Lapatinib er en oral, reversibel og specific tyrosinkinase-hæmmer af HER2- og EGFR-receptorerne. Signaler igennem receptorerne regulerer cellernes proliferation og overlevelse. I fase I-studierne viste man, at Lapatinib er aktivt i forskellige tumortyper, herunder cancer mammae. Blackwell et al. undersøgte i et fase II-studie (Abstract 103) effektiviteten af lapatinib hos kvinder med metastaserende brystkræft. I alt 41 HER2-positive patienter, der tidligere havde progredieret på trastuzumab og evt. en anden behandlingsmodalitet blev inkluderet. Man fandt CR hos 2,4 % og PR hos 7,3 % af i alt 41 patienter. 12 patienter (29,3 %) havde progressionsfri overlevelse i minimum 16 uger. De hyppigste bivirkninger var udslett (37 %), træthed (34 %), diarre (27 %), kvalme (24 %) og opkastning (12 %). En patient fik påvist et asymptomatisk, forbigående grad 2-tilfælde af EF under behandlingen.

Studiet af Burstein et al. (Abstract 204) var baseret på to forskellige patientgrupper. I gruppe A er det planlagt at inkludere 120 HER2 + patienter, der tidligere har fået behandling med anthracycliner, taxaner eller capecit-

ESMO, WIEN 2004

Brystkræft

tibine samt trastuzumab. Medens der i gruppe B skal inkluderes 80 patienter, der var HER2-patienter, som ikke tidligere havde modtaget behandling med trastuzumab. Præliminære data tyder på, at lapatinib er virksomt hos HER2+ og HER2-patienter. Der er foreløbig kun rapporteret GI og dermatologiske bivirkninger, men ingen cardiologiske. Endelige data vil blive fremlagt ved SABCS i december 2005.

På baggrund af de to fase II-undersøgelser kan det konkluderes, at lapatinib er virksom, efter progression på behandling med trastuzumab hos patienter med metastaserende og HER2-positiv brystkræft. Dette er spe-

cielt interessant på baggrund af, at to randomiserede forsøg samstemmende har vist, at kemoterapi plus trastuzumab fører til en levetidsgevinst på fem til otte måneder sammenlignet med kemoterapi alene til patienter med fremskreden HER2-positiv mammacancer (Slamon NEJM2001, Cameron EBBC-42004#abstr239).

Trastuzumab er det første humaniserede antistof, som er selektivt rettet mod HER2-receptoren, og det kan kun administreres intravenøst. I modsætning til trastuzumab passerer lapatinib blodhjernebarrieren, hvilket teoretisk kan give terapeutiske fordele.

Lapatinib er en kombineret EGFR- og HER2-inhibitor, men i de to diskutererede abstracts er patienterne alene inkluderet på grund af deres HER2 status. Det er således fortsat uafklaret om lapatinib har aktivitet hos andre EGFR-positive patienter.

Cancer Ovarii



Af overlæge dr.med. Mogens Hansen

Der blev ikke præsenteret nye randomiserede kliniske undersøgelser. Der var dog enkelte abstracts/posters, som skal omtales kort nedenfor, først nogle kliniske og til sidst de mere eksperimentelle. Der var i alt 44 abstracts involverende ovariecancer.

Carboplatin (AUC= 6-6,5) + doxorubicin 50 mg/m² hver 3. uge som 1. liniebehandling hos 67 patienter gav TTP på 17 mdr. og medianoverlevelse på 45 mdr. (# 486). Altså ikke umiddelbart ringere end den nuværende standardbehandling med Carboplatin + Taxol. I en anden fase II-undersøgelse (# 481) blev Carboplatin (AUC=5)

+ Calyx 50 mg/m² afprøvet hver 4. uge hos "platin-følsomme" patienter med recidiv. Hos 32 ptt. opnåedes 12 CR og 8 PR, altså tilsyneladende på samme niveau som første recidiv behandling med Carbo-Tax.

For patienter i recidiv-behandling er det et problem, at patienten kan udvikle overfølsomhedsreaktion over for Carboplatin. V.A. Potter et al fra Birmingham (# 498) har afprøvet desensibilisering hos 14 patienter, hvor det lykkedes at gennemføre yderligere behandling med Carboplatin hos de 10 patienter. Forfatterne vurderer, at der herved blev opnået CR hos 5

ESMO, WIEN 2004

Cancer Ovarii

patienter og PR hos 3.

I en russisk undersøgelse (# 480) blev 35 "platin-resistente" patienter med 2-9 tidligere regimer behandlet med Vepesid 200 mg p.o. dagligt i 5 dage. Der opnåedes i denne "tunge" gruppe en respons-pct. på 29 med 3 CR og 7 PR. Vepesid bør således fortsat have en plads i recidiv-behandlingen af patienter med ovariecancer.

En anden sen recidiv-behandling kan være tamoxifen 20 mg + medroxyprogesteron acetat 300 mg dgl. Hos 25 "platinrefraktære" patienter i stadium III og IV opnåedes respons hos 24% (# 499). Ligeledes er Topotecan givet 4 mg/m² ugentlig x 3 hver 4. uge også aktiv ved "platinresistente patienter" (# 512). Disse to undersøgelser mangler – som de øvrige – regelret sammenligning i randomiserede undersøgelser.

Men også 2 nye stoffer har vist aktivitet i fase I-undersøgelser. Det drejer sig om patupilone (# 473+474), der virker på mikrotubuli. I laboratoriet virker stoffet ved Taxol-resistens med additiv/synergistisk effekt i kombination med Carboplatin. Det andet, trabectedin (# 479), virker på platin-sensitiv xenograft synergistisk sammen med cis-platin.

En italiensk gruppe (# 497) havde samlet 21 patienter med ovariecancer med mutation i BRCA1 (16 patienter) eller BRCA2 (6 patienter). Alle var behandlet med platin-regimer, hvorved blev opnået CR hos 12 af 16 med BRCA1 mutation og hos 6 af 6 med BRCA2. Medianoverlevelsen for alle 21 patienter var 80 måneder! I denne gruppe med arvelig ovariecancer var histologi og stadier som ved ikke-arvelig, men median alderen var lavere: 53 år. Og prognosen altså noget bedre!

PC Kaiser et al. fra Schweiz (# 72) påviste retinoid receptorer hos >80% af patienter med ovariecancer, især i avancerede stadier. Dette fund er måske interessant set i sammenhæng med en italiensk præsentation af F. Recchia et al. (# 491), som behandlede 40 "platinfølsomme" recidiv patienter med Calyx + Oxaliplatin efterfulgt af daglig s.c. interleukin-2 og per oral retinoid. Begrundelsen for denne supplerende behandling blev dog angivet at være, at der efter kemoterapi kan findes høje koncentrationer af VEGF, og at IL-2 og retinoid kan reducere VEGF koncentrationen. Undersøgelsen afslørede et signifikant fald af s-VEGF samt en statistisk signifikant forlængelse af den sygdomsfri overlevelse og "overall" overlevelse – baseret på sammenligning med historiske kontroller.

Sarcomer, melanomer og hoved-halscancer

af Læge Anita Gothelf, Onk. Klinik, RH

Soft tissue sarcoma

På kongressen blev der afholdt en "educational session" med emnet: Multidisciplinary treatment of soft tissue sarcoma (STS). Foredraget var en opsummering af behandlingsmuligheder og overordnet var konklusionen, at STS er en heterogen sygdomsgruppe, og at behandlingen er multidisciplinær

bestående af kirurgi, stråleterapi og kemoterapi. Det kan anbefales at læse afsnittet i *Annals of Oncology*, 2004, suppl. 4, 181-196.

Et enkelt abstract skal nævnes: Dazzi (#759) undersøgte værdien af serum VEGF (vascular endothelial growth factor) og bFGF (basic fibroblast growth factor), inden start på kemoterapi, hos patienter med Ewing's sarcom (31 ptt.) og osteosarcom (21

ptt.). De fandt en signifikant bedre tid til progression (TTP) og "overall survival" (OS) hos patienter med lav VEGF-værdi. De fandt ikke signifikant sammenhæng mellem serum bFGF og OS, og kun en tendens til bedre TTP hos patienter med lav bFGF. Forfatterne konkluderer, at serumværdier af VEGF målt inden start på kemoterapi kan have en rolle som prognostisk markør, og at det angiveligt skyldes, at VEGF er en proangiogenetisk faktor.

ESMO, WIEN 2004

Sarcomer, melanomer og hoved-halscancer

Malignt melanom

Der blev på kongressen præsenteret 18 abstracts omhandlende malignt melanom.

Af abstracts med systemisk behandling til patienter med malignt melanom skal følgende omtales:

Castel Rodò (#766) undersøgte resultatet af 108 patienter med stadie IIa – IV malignt melanom behandlet med Interferon (IFN- α 2b) 20 Mu/m²/dag iv, 5 dage/uge i 4 uger efterfulgt af 10 Mu/m²/dag, 3 dage/uge i 11 mdr. Tredive patienter fik yderligere behandling med Melanoma Heterologue Vaccine (MHV); 18 patienter efter afsluttet behandling med IFN, 8 efter ophør med IFN p.g.a. toxicitet og 4 efter ophør med IFN p.g.a. progression.

Efter en median follow-up på 26,4 mdr. (range 2-74 mdr.) havde 48 patienter fået recidiv. Nioogtyve patienter havde ikke gennemført behandlingen; 16 pga. recidiv, 13 pga. toxicitet. Der var ikke forskel på OS (83,3% vs. 85,2%) eller disease free survival (DFS) (50 vs. 54 mdr.), når de sammenlignede de patienter, der havde fået IFN+MHV med dem, der kun havde fået IFN. Forfatterne konkluderede, at den manglende forskel kan skyldes for få patienter, samt at MHV-gruppen var så heterogen.

Andreadis (#767) delte 108 patienter med stadium II malignt melanom ind i tre grupper: (1) 25 patienter behandlet med kemoterapi (CT) i form af Vin-desin og Dacarbazin, (2) 28 patienter behandlet med (CT) og Interferon

5-10 Mu sc, 3 dage/uge (IFN) og (3) 49 patienter uden behandling. De fandt signifikant forskel i DFS, når man sammenlignede CT+IFN med kontrolgruppen, men ikke når man sammenlignede CT med kontrolgruppen. Der var ingen signifikant forskel grupperne mellem i OS.

Et randomiseret fase II-studie blev foretaget af Babovic (#770), hvor 76 patienter med stadie IIIc – IV malignt melanom blev randomiseret til Dacarbazin +/- Carboplatin. De fandt signifikant bedre sygdomskontrol (dvs. CR+PR+SD) i Carboplatin-gruppen (53 % mod 28%), men ingen forbedring i TTP eller OS.

Vedrørende diagnostik af malignt melanom var der et interessant abstract af Santisteban (#776). De sammenlignede PET- og CT-scanninger for at undersøge for regional sygdom eller fjernmetastaser hos 144 patienter med kutant malignt melanom. PET var bedre end CT til at påvise sygdom i de regionale lymfeknuder samt metastatisk sygdom i knogler, lymfeknuder, bløddele, milt, peritoneum og binyrer. Der var ingen statistisk forskel mellem PET og CT i påvisning af lever- eller lungemetastaser.

Hoved-halscancer

Inden for hoved-halscancer blev der på kongressen præsenteret 35 abstracts. I dette indlæg omtales enkelte abstracts vedr. behandlingen af recidiverende/metastatisk sygdom samt et enkelt vedr. VEGF.

Guardiola (#518) præsenterede

resultaterne fra en randomiseret fase II-undersøgelse, hvor 57 patienter med recidiverende (28 ptt.) eller metastatisk (29 ptt.) hoved-halscancer blev randomiseret til at modtage enten (A) ugentlig Taxotere 40 mg/m² iv (37 ptt.) eller (B) ugentlig Methotrexat 40 mg/m² iv (20 ptt.). Responsraten var signifikant højere i gruppe (A) end i gruppe (B); 27 % objective respons mod 15 %. Der var ingen forskel i OS eller TTP. Forfatterne anbefaler en fase III-undersøgelse for at afgøre evt. gevinst i overlevelse. Kombinationen Taxol og Carboplatin er blevet undersøgt hos tilsvarende patientgruppe, dels som ugentlig infusion (Taxol 90 mg/m² + Carboplatin AUC 2, Hiller, #519), dels som infusion hver 3. uge (Taxol 175mg/m + Carboplatin AUC 2, Hiller, #528), dels som infusion hver 3. uge (Taxol 175mg/m² + Carboplatin *AUC 6, Lovidhaya, #528). Man fandt samlede responsrater (CR+PR) på henholdsvis 22 % og 45 %.

Til sidst skal nævnes Palmero (#538), som undersøgte om serum VEGF havde prædiktiv værdi hos 29 patienter med avanceret hoved-halscancer behandlet med ugentlig Taxol. Serum VEGF blev målt før og under behandlingen. Atten ud af 29 patienter responderede på behandlingen (CR+PR). De sammenlignede serum VEGF-målingerne hos respondenter vs. non-respondenter, men fandt ingen signifikante forskelle. Det er modsat af, hvad Dazzi (#759) beskrev for sarcomer, men det viser blot, at VEGF langt fra er færdigundersøgt. Palmero konkluderer da også, at resultaterne bør valideres i større undersøgelser.

ESMO, WIEN 2004

Lungecancer

Af overlæge Nina Jeppesen, 1. reservelæge dr. Med. Ellen Friche, Onkologisk afdeling, Roskilde Amtssygehus.

På lungecancer området var der specielt lagt vægt på "educational" samt "controversy"-sessionerne. Derudover indeholdt programmet en session med "proffered papers" og to "poster discussions". Alt omhandlende ikke-småcellet lungecancer (NSCLC). Kun en minimal del af programmet, otte posters, omhandlede småcellet lungecancer (SCLC).

Ligesom ved ASCO 2004 var de store emner på kongressen: adjuverende kemoterapi til radikalt opereret NSCLC samt Epidermal Growth Factor Receptor inhibitors (EGFR- I), ex. Iressa og Tarceva.

Educational-sessionen, blev analogt til andre sessioner repeteret, hvilket gav gode muligheder for at planlægge deltagelse i så mange forskellige sessioner som muligt. Giaccone opsummerede de sidste 25 års udvikling inden for behandlingen af avanceret NSCLC. Han konkluderede, at det først i slutningen af 90-erne blev accepteret, at platin-baseret kemoterapi skulle

være standard 1. linie behandling. Herefter blev det klart, at adskillige patienter, som relapser efter første behandling, er egnet til yderligere behandling. De sidste års focus på "targetteret" behandling har givet fornyet håb om forbedring i overlevelsen.

På controversy session var der en meget livlig debat for og imod adjuverende behandling til radikalt opereret NSCLC mellem Thierry Le Chevalier (pro) og Giorgio Scagliotti (contra). Chevalier gennemgik data fra I ALT studiet, hvor man havde randomiseret 1867 patienter til enten kirurgi alene eller kirurgi efterfulgt af platinholdig kemoterapi. Man fandt en absolut øgning i 5 års-overlevelsen på 4,1% i den kemobehandlede arm.

Scaliotti formåede ved at sætte Chevaliers data i relief til andre opgørelser, at vende stemningen i salen, således at efterfølgende votering af publikum gik i retning af at afstå fra adjuverende kemoterapi.

Som anført omhandlede mange abstracts undersøgelser med anvendelse af EGFR-I's. Genetiske undersøgelser vil blive et vigtigt middel til at forud-

sige, hvilke lungecancer-patienter, som vil opnå en gavnlig effekt af behandling med disse stoffer. Specielt to studier af Cappuzzo og Rosell belyste, hvor tæt vi er på at træde ind i denne nye æra. Cappuzzo konkluderede, at høj EGFR genamplifikation er en stærk prediktiv faktor for respons på Iressa-behandling. Samtidig tilstedeværelse af HER 2-genamplifikation har vist sig at resultere i endnu mere øget følsomhed og dermed bedre behandlingsrespons.

Med hensyn til kemoterapi er Pemetrexed (alimta) seneste nye cytostatikum. Undersøgelser sammenlignet med Docetaxel som 2. linie-behandling til NSCLC har vist samme overlevelse, men med en meget bedre bivirkningprofil til fordel for Alimta. Alissa Brown, Australien, konkluderede signifikant lavere risiko for febril neutropeni samt neuropati. Undersøgelser fra dels Italien, dels Houston bekræftede disse data.

Inden for forskellige kemokombinationer med kendte cytostatica samt varierende schedules synes der ikke at være afgørende nyt.

ESMO, WIEN 2004

To sygeplejersker fra Rigshospitalet deltog i ESMO-kongressen – og SKA-nyt har derfor stillet dem spørgsmålet:

Er ESMO noget for sygeplejersker?

Til daglig arbejder vi i onkologisk ambulatorium på Rigshospitalet. De afsnit, vi dækker, har med mamma cancer, gynækologiske cancere, analcancer samt sarkomer at gøre. Vi følte begge, vi havde et behov for at få en større viden om, hvad der rører sig inden for vores områder, og hvad der foregår ude omkring i Europa. Derfor gik vi i foråret 2004 i gang med at søge forskellige firmaer og fonde om midler til vores kongresdeltagelse, og det lykkedes os at få pengene. Vi skulle til ESMO-kongres ...

Første kongresdag, fredag, var dagen for satelit-symposier fra industrien. Vi hørte om Aprepitant, et nyt stof til kvalmebehandling som supplement til den behandling, vi kender i dag. Vi havde ikke hørt så meget om dette stof tidligere, så det var rigtig spændende. Det var overlæge dr.med. Jørn Herrstedt fra Herlev, der holdt oplægget, så vi tog en lille snak med ham efter oplægget, og hørte også senere på ugen posterpræsentationen om dette stof.

Vi var senere til en session om GIST. Her kunne man via stemmeboks melde ind, hvordan vi behandler GIST-patienter med Glivec. Det var godt at kunne konstatere, at vores praksis stemte helt overens med det, der blev anbefalet.

Lørdag hørte vi om behandling af sarkomer med henholdsvis kirurgi, strålebehandling og kemoterapi. Alle oplægsholdere var enige om, at netop behandlingen af sarkompatienter med fordel centrerer på centre, hvor alle de pågældende specialer



Af afdelingssygeplejerske Rie Rosendal og Klinisk sygeplejevejleder Dorte Hemmingsen, Onkologisk Ambulatorium 5011/12

er repræsenteret. Ikke så meget ny viden, men det gav inspiration og mere indsigt til evt. at lave en patientforløbsbeskrivelse for denne patientgruppe.

Herefter hørte vi om palliativ behandling, hvor især den del, som handlede om kommunikation med patienten og lidt om behandleres udbrændthed, var meget spændende. Både læger og plejepersonale har risiko for at blive udbrændte, og begge grupper går måske alene med problemet. Det kunne være, vi kunne finde en anden praksis for at tale med hinanden om det svære.

Søndag var det især en session om arvelige cancere og guidelines for klinisk praksis på dette område, vi fandt spændende. I vores afsnit har vi en enhed, hvor der ydes genetisk rådgivning. Området er spændende,

og der blev rejst spørgsmål, som vi ikke havde tænkt over. F.eks. at det i nogle lande kan have konsekvenser for patientens livsforsikringsforhold, hvis han/hun er arveligt disponeret for en kræftsygdom.

På kongressen hørte vi, som det fremgår, om mange forskellige emner. Det stiller store krav til koncentrationen, når oplæggene indeholder mange tal og grafer, men det var muligt at følge med! Det var godt at være to af sted, for så kunne vi ind i mellem diskutere, om vi havde forstået tingene på samme måde. Vi savnede oplæg inden for gynækologi, til gengæld fik vi en større viden om genetisk rådgivning, og dette har affødt en række nye spørgsmål, fx hvilken rolle sygeplejersken har, og hvilke grupper der skal tilbydes genetisk rådgivning.

ESMO, WIEN 2004

Er ESMO noget for sygeplejersker?

På kvalmeområdet fik vi ny viden og håb om at kunne hjælpe vores patienter endnu bedre. Det kunne være spændende at være med i projekter på dette felt, hvis det skulle blive aktuelt.

Udover alt det faglige mødte vi kollegaer fra andre hospitaler i Danmark. Vi fik diskuteret vores kliniske praksis – og grinet en del. Alt i alt var det en spændende og inspirerende oplevelse at deltage i ESMO-kongressen,

og vi kan varmt anbefale vores sygeplejekolleger at gøre forarbejdet for at kunne deltage i en kongres – også selv om der ikke er sygeplejeoplæg på programmet ...

Abstracts fra ESMO

Her bringer vi de danske abstracts fra ESMO-kongressen. De kan også findes på ESMO's hjemmeside – og i *Annals of Oncology*, volume 15, 2004 Supplement 3.

30IN Worldwide recommendations for requirements to qualify as a medical oncologist

Heine Hansen. National University Hospital Copenhagen, Denmark.
Chairman of the ESMO/ASCO Global Core Curriculum Task Force

During the ESMO Congress, Nice 2002, the boards of ESMO and ASCO decided to establish guidelines for a global core curriculum in medical oncology. The purpose was to outline uniform standards of quality in oncology training programmes in response to colleagues' request from across the globe. The task force included representatives from both ASCO and ESMO.

With the globalization of health care information, and the standard of having a coordinated, multi-disciplinary approach to cancer management, it has become increasingly important to develop common recommendations for the clinical training required for physicians to qualify as medical oncologists. The document consists of two parts:

- Standard requirements for training in medical oncology
- Special requirements for disease entities

To secure a truly global approach the document was also reviewed by oncology leaders from Asia, Latin America, and India. In addition two young medical oncologists representing Europe and the US were heard before finalizing the document to make sure that new generation of oncologists and today's oncology leaders share the same philosophy.

The document is planned for publication in *Annals of Oncology* and in *Journal of Clinical Oncology*.

45IN MRC TE19/EORTC 30982: Carboplatin versus radiotherapy in the treatment of stage I seminoma

Tim Oliver¹, M. Mason², H. von der Maase³, S.P. Stenning⁴, S.J. Kirk⁴, G.J. Rustin⁵, R. de Wit⁶, G.M. Mead⁷. 1St Bartholomew's Hospital, Medical Oncology Department, London, United Kingdom; 2Velindre Hospital, Clinical Oncology Department, Cardiff, United Kingdom; 3Aarhus University Hospital, Dept of Oncology, Aarhus, Denmark; 4Medical Research Council Clinical Trials Unit, Cancer Division, London, United Kingdom; 5Mount Vernon Hospital, Dept of Radiotherapy, Northwood, United Kingdom; 6Erasmus Medical Centre, Dept of Oncology, Rotterdam, Netherlands; 7Southampton General Hospital, CRC Wessex Medical Oncology Unit, Southampton, United Kingdom

Background: Although adjuvant radiotherapy is effective treatment for stage I seminoma, it is associated with a late risk of 2nd cancers. The MRC has undertaken two trials to reduce adjuvant radiation dose (TE18: 30Gy vs 20Gy) and volume (TE10: PA strip vs dog-led field) without loss of effectiveness. Following reports that 1 course of carboplatin (C) may be equivalent to radiation (R) this large randomized trial was undertaken to compare these approaches.

Methods: The primary randomisation was between R and 1 course of C AUCx7; R dose was optionally decided by randomisation between 20 Gy/10f and 30 Gy /15f prior to results of TE18, or centre choice of schedule. The trial was powered to exclude absolute differences in the 2 year relapse rates of >3%.

Results: From June 96 to March 01 1447 patients (pts) were randomized (ratio 3:5) between C and R. Pt characteristics were well balanced: mean age 38 years, 14% had elevated HCG and 10% had previous ipsilateral inguinal operations. Of pts randomized to R 13% had dogleg field and 87% PA strip. Median follow up (FU) is now 4 years and over 90% of patients have at least 2 years FU. Relapse-free survival rates for R vs C (95%CI) are 96.7% (95.3, 97.7) v 97.7% (96.0, 98.6) at 2 years and 95.9% (94.4, 97.1) v 94.8% (92.5m 96.4) at 3 years; HR 1.28 (90% CI: 0.85, 1.93) p=0.321; the 90% CI excludes an increase in relapse rates in the C arm of more than 3% at 2 years and of more than 4% at 3 years. Pattern of relapse varied, sites being the PA nodes in 89% (C) v 16% (R), and pelvis in 4% (C) vs 38% (R). New germ cell primary tumours (GCTs) have been reported in 2pts allocated C and 10 allocated R, non-GCTs 3 C vs 4 R. No disease or treatment related deaths have been reported after C and only 1 after R; non-cancer deaths 1 (C) vs 2 (R).

Conclusions: With a median FU of 4 years, an absolute increase in relapse rate in the C arm of more than 32% at 2 years can be excluded reliably, early data on new primary malignancies favours the C group and to date there have been no disease or treatment related deaths. Further FU is needed to confirm that these results are maintained beyond 4 years.

342P A randomized crossover trial comparing oral Capecitabine and intravenous fluorouracil + folinic acid (Nordic FU/FA regimen) for patient preference in colorectal cancer

Per Pfeiffer¹, Anders Jakobsen², Brita Bjerregaard³, Erik Sandberg⁴, Kristian Aabo⁵, Helle A. Jensen¹, John P. Mortensen². 1Odense University Hospital, Department of Oncology, Odense, Denmark; 2Vejele Hospital, Department of Oncology, Vejele, Denmark; 3Sønderborg Hospital, Department of Oncology, Sønderborg, Denmark; 4Esbjerg Hospital, Department of Oncology, Esbjerg, Denmark; 5Viborg Hospital, Department of Oncology, Viborg, Denmark

A total of 58 previously untreated colorectal cancer patients were randomized to start treatment (51 with curative and 7 with palliative intent) with either oral chemotherapy followed by iv chemotherapy (Arm A) or vice versa (Arm B). Arm A: Capecitabine 2500 mg/m²/d for 14 days every 3 weeks (2 cycles) followed by intravenous bolus FU 500 mg/m² days 1-2 and 30 minutes later FA 60 mg/m² days 1-2 each 2 weeks (3 cycles) or the opposite sequence (Arm B). Before the first cycle and after 12 weeks (5 cycles), pts were asked to complete a Preference Questionnaire (PQ). Pts were included from December 2002 to December 2003. We found no difference in dose-intensity. Three pts had PD, 6 pts wished to stop or change therapy while receiving Capecitabine and 1 pt while receiving FU/FA and thus 48 pts (Arm A/B: n=25/23) completed 12 weeks of chemotherapy

and filled in PQ.

Toxicity was generally mild or moderate but Capecitabine caused slightly higher non-hematological toxicity grade 2/3 (hand-foot syndrome and diarrhea) particularly in Arm B (iv → oral). Eighteen pts (38%) preferred oral Capecitabine and 30 pts (62%) preferred Nordic FU/FA, in most cases the strength of preference was very high. The reasons for choosing oral therapy was most often "I preferred that it was a pill" and "I preferred taking the medication at home" whereas the reasons for iv therapy was "The medicine interfered less with daily activity", "I preferred taking the medication at the hospital" and "I had less diarrhea".

It is claimed that patients prefer oral therapy but we conclude that patients prefer regimen with the least toxicity.

349P **Adjuvant chemotherapy in elderly patients (>75 years) completely resected for colon cancer stage III compared to younger patients; toxicity and prognosis**

Søren A. Jensen, Adam Vilmar, Jens B. Jørgensen, Finsen Centre, Rigshospitalet, Clinical Oncology 5073, Copenhagen, Denmark

Background: Elderly patients completely resected for node positive colon cancer stage III are often in good performance status and may thus be candidates for adjuvant chemotherapy. However, it is not clear if the result from the randomized trials on adjuvant 5FU therapy in younger patients can be applied on an elderly population.

Aim: The primary objective was to compare the survival and toxicity to adjuvant chemotherapy following complete resection for colon cancer stage III (Dukes C) for patients aged >75 years and their younger counterparts.

Method: In a retrospective study among consecutive patients completely resected for colon cancer stage III from 1996-2003 we compared recurrence free and overall survival, toxicity and dose intensity of adjuvant 5-FU Mayo-regimen chemotherapy in patients aged 19-74 and > 75 years.

Results: A total of 207 patients aged 19-74 years and 24 patients aged 75-85 years were treated. Four patients died during chemotherapy, and 71 patients died during follow up mostly from recurrence of disease. The estimated 3- and 5 year proportional survival rates were 0.76 and 0.65 for patients age less than 75 years compared to 0.75 and 0.65 (p=0.96) for their elderly counterparts, respectively. The frequencies of CTC grade 3 or 4 toxicity in elderly patients were: Leucopenia 4%, infection 8%, bleeding 0%, emesis 0%, mucositis 17%, diarrhoea 13%, cutaneous 0%, myocardia ischaemia 0%, fatigue 0%, alopecia 4%, performance status 8%, which were not significantly different from younger patients (P>0.05). 5-FU dose reduction was necessary for significantly more elderly patients (51%) as compared to younger patients (28%) (p=0.001). Significantly fewer elderly patients (54%) completed the scheduled 6 treatment courses as compared to younger patients (82%) (p=0.001).

Conclusion: Adjuvant 5-FU chemotherapy should be considered to elderly patients aged >75 years in good performance at high risk of recurrence of resected colon carcinoma.

375 **A retrospective analysis of the combination therapy with Oxaliplatin and Capecitabin as second or third line treatment to patients with advanced colorectal cancer**

Svend E. Nielsen¹, Soeren Astrup², Henrik Skaksen¹, Birgitte Christiansen¹, Jens B. Soerensen², Benny V. Jensen¹. ¹Herlev Hospital, dept. of Oncology, Copenhagen, Denmark; ²Rigshospitalet, Dept. of Oncology, Copenhagen, Denmark

The combination of Oxaliplatin and Capecitabin (Capox) is a well recognised 1. line treatment for Advanced colorectal cancer (CRC) with high response rates described. However there are only few data on the efficiency of this combination used as a second and third line treatment. Therefore we made a retrospective analysis of all patients treated with Capox as 2. and 3. line. 41 patients with advanced CRC was included, 24 men and 17 women, medium age 63 years (range 31-73). 21 patients received Capox as 2. line and 20 patients as 3. line treatment. Prior treatment: 1. line: Single-agent 5-FU (Mayo, De Gramont or Capecitabine) 30%, 5-FU + camptothecin 50% or Folfox 20%. Second line treatment was: Camptothecin 80%, single agent 5-FU 10% of Folfox 10%. The response rate for second line treatment was 7% (CR 0%, PR 7%, NC 53%, PD 27%, NE 13%) and for third line 26% (CR 0%, PR 26%, NC 37%, PD 21%, NE 16%). Toxicity was acceptable with G 3-4 seen in 30 and 37% of all patients in 2. and 3. line treatment, respectively.

Conclusion: Capox is a reasonable treatment to offer patients as second and third line treatment.

550 O **Experience from a national programme for second opinion and experimental treatment**

Marie Brasholt, Hans von der Maase, Heine Høi Hansen, National Board of Health Care Planning, Copenhagen, Denmark

Because of the increasing information e.g. via the internet, and the progress in the treatment of cancer, many patients are aware of and ask for more advanced treatments.

Description: In January 2003, the Danish government launched a national programme for patients with advanced cancer. According to the programme, the physician in charge can ask for an independent assessment of the possibilities for further treatment from an expert panel consisting of two highly experienced oncologists. The panel may seek advice from specialists in Denmark as well as abroad. Based on the panel's advice, the National Board of Health may subsequently approve publicly financed experimental treatment abroad.

Results: During the first year, 310 patients have been assessed by the panel with the following advice: 67 cases: agreement with suggested treatment plans made by the referring physician; 95 cases: Advice given regarding further treatment or evaluation in Denmark; 94 cases: No further treatment options; 45 cases: Advice given regarding experimental treatment abroad. 9 patients died before any advice was given.

Conclusion: For many individuals, the programme has undoubtedly led to new treatment options. However, a systematic follow up of the patients

Abstracts fra ESMO

has not been possible. In the group of patients who hoped for further treatment but for whom no relevant treatment option could be found, or for whom a treatment suggested by the panel turned out to be non-applicable, the programme has led to understandable frustrations.

Nationally, the programme has contributed to a rapid introduction of new treatment options. Some of the treatments formerly recommended by the panel are now in routine use in Denmark. The programme has highlighted the need to provide treatment for severely ill cancer patients as close to their home as possible. As a direct consequence of the programme, the Danish Medicines Agency introduced a programme for individual permission to use non-registered drugs in Denmark based on an assessment by the expert panel, and recently the Danish government decided to co-finance 3 units for experimental cancer treatment in Denmark. Seen on a national level the programme has therefore had a major impact on the management of cancer patients.

631 PD **A phase I/II dose-escalation trial of patupilone (EPO906) administered every 3 weeks in patients with non-small cell lung cancer (NSCLC)**

Kell Oesterlind¹, Jose Sanchez², Petr Zatlouka³, Michael Perry⁴, John Hamm⁵, Chandra Belani⁶, Edward Kim⁷, Johan Vansteenkiste⁸, Enriqueta Felip⁹, Myriam Berton¹⁰, ¹Herlev University Hospital, Dept. of Oncology 54B1, Herlev, Denmark; ²Hospital German Trias i Pujol, Oncology, Barcelona, Spain; ³University Hospital, Oncology, Prague, Czech Republic; ⁴Ellis Fischel Cancer Center, Oncology, Columbia, MO; ⁵Norton Health Care/Hospital Inc., Oncology, Louisville, KY; ⁶University of Pittsburgh, Oncology, Pittsburgh, PA; ⁷M.D. Anderson Cancer Center, Oncology, Houston, TX; ⁸University Hospitals Leuven, Oncology, Leuven, Belgium; ⁹Hospital de la Vall d'Hebron, Oncology, Barcelona, Spain; ¹⁰Novartis Pharma AG, Oncology, Basel, Switzerland

First-line therapy for patients (pts) with newly diagnosed advanced NSCLC is usually a platinum-containing combination regimen. However, these treatments have not produced a marked improvement in the overall survival of these pts, and many of the drug combinations result in a cumulative toxicity. Thus, improved therapies for NSCLC are needed. Patupilone (EPO906) is a potent microtubule stabilizer that has demonstrated antitumor activity in a variety of human tumors, including those that are taxane-resistant. We initiated a phase I/II study to investigate the safety and efficacy and determine the maximum tolerated dose (MTD) of patupilone in pts with stage IIIB/NSCLC who had relapsed after platinum-based therapy. During phase I, dose escalation followed the standard 3+3 design until the MTD was reached. Patupilone via 5-min IV infusion once every 3 weeks was started at 6.5 mg/m² then escalated in 0.5 mg/m² increments. During the phase II portion of the study, pts will be treated at the MTD until disease progression or unacceptable toxicity occurs. To date, 24 pts (13 male) have been enrolled. Median age was 57 years (range, 38 to 77 years). Pts enrolled in the first 2 cohorts experienced no dose-limited toxicity (DLT). In cohorts 3 through 5, 1 of 6 pts in each cohort experienced DLT, including grade 3 asthenia (7.5 mg/m²), grade 3 diarrhea (8.0 mg/m²), and grade 3 diarrhea (8.5 mg/m²). Most common adverse events included diarrhea, nausea, fatigue, and abdominal pain/distension. Seven pts experienced grade 3 adverse events that were not DLT, most commonly diarrhea, vomiting, dyspnea, and asthenia. Hematologic toxicities included febrile neutropenia (1 pts had grade 3) and anemia (1 pt had grade 1 and 1 pt had grade 2). Radiologic assessment showed that of 20 evaluable pts, 2 had partial response and 6 had stable disease. The MTD has not been reached and dose escalation continues. Three pts have recently been enrolled in Cohort 6 (9.0 mg/m²). These data suggest that patupilone is generally well tolerated and has evidence of single agent activity in pts with advanced NSCLC.

728 P **First line chemotherapy with vinorelbine and cisplatin in malignant pleural mesothelioma (MPM)**

Jens B Soerensen¹, Hanna Frank², Torben Palshof³, ¹National University Hospital, Dept. Oncology, Copenhagen, Denmark; ²Aalborg Hospital, Dept. Oncology, Aalborg, Denmark; ³Aarhus kommunehospital, Dept. Oncology, Aarhus, Denmark

Objective: Vinorelbine is among the most active single agents in MPM and some of the most active regimens include cisplatin. Hence, the aim here was to evaluate a combination of vinorelbine and cisplatin MPM.

Methods: Previously untreated pts with historically verified MPM received vinorelbine 25 mg/m² i.v. weekly and cisplatin 100 mg/m² i.v. every 4 weeks.

Results: Characteristics of 28 pts included: males 26; performance status 0, 1, and 2 in 8, 18 and 2 pts, respectively. Histologic type was epithelial in 22 pts (79%), sarcomatous in 2, and biphasic in 4 pts. IMIG stages were Ib, II, III, and IV in 1, 1, 11 and 15 pts, respectively. Median age was 59 years (range 44-74), and median number of treatment courses 3+ (range 1-6). Twenty three pts are at this point evaluable for response and toxicity while 5 pts are too early. Eight partial responses occurred (overall response rate 35%), and were seen exclusively in pts having the epithelial subtype (8 responses among 18 evaluable pts, 44%). The median response duration exceeds 7 months (range 4+ - 13), time to progression exceeds 4 months (range 1.5- 13+), and median survival exceeds 7 months (0.5 - 14+). Nausea grade 3 occurred in 5 pts. (22%) and nephrotoxicity grade 3 in 1, while leucopenia grade 3 and 4 occurred in 6 (26%) and 4 pts (17%). No other grade 3 or 4 toxicities occurred. There were 4 episodes of septicemia but no toxic deaths.

Conclusions: Vinorelbine and cisplatin is a highly active regimen in MPM with a response rate comparable to the most active combination chemotherapy regimens so far reported. Hematologic toxicity was moderate and the regimen is feasible in MPM without any toxic deaths.

731P **Malignant mesothelioma treated with Caelyx, gemcitabine and carboplatin**

Gunnar Hillerdal¹, Riska Henrik², Sorensen B. Jens³, Stein Sundstrom⁴. ¹Karolinska University Hospital, Lung, Stockholm, Sweden; ²University Hospital, Pulmonary, Helsinki, Finland; ³Rigshospitalet, Oncology, Copenhagen, Denmark; ⁴Regionssykehuset, Oncology, Trondheim, Norway

In an earlier study the Nordic Mesothelioma Groups noted that treatment with Caelyx (liposomized doxorubicin) gave a prolonged stable disease. We decided to combine this with gemcitabine and carboplatin, since a report from Australia showed a good response but not so very good survival with the combination of gemcitabine and cisplatin.

Dosage: Day1: gemcitabine 1000 mg/m², carboplatin AUC 5, Caelyx 30 mg/m²; day 8: gemcitabine 100 mg/m²; three-week cycles, if possible 6

cycles, dosages reduced if toxicity.

Result: One-year follow-up of the first 118 patients available. 34% responses, thereof one CR. Mean survival 1 year. Significant hematologic toxicity, almost all patients had to receive lower doses, but mainly laboratory toxicity. Quality of Life: for the whole group, no difference after three months; improved in stable disease and responders.

Conclusion: Active combination, results almost identical to ALIMTA study. Next step ought to be a randomised study with ALIMTA, planning is ongoing for that.

8270 **Randomized, double-blind trial comparing the effect of an aprepitant regimen versus a standard antiemetic regimen during four cycles of moderately emetogenic chemotherapy**

Jorn Herrstedt¹, Paul Hesketh², David Warr³, Hyman Muss⁴, Munir Gabriel⁵, Anthony Rodgers⁶, Carolyn Hustad⁷, Norman Bohidar⁶, Franck Skobieranda⁶. ¹Copenhagen University Hospital Herlev, Department of Oncology, Herlev, Denmark; ²St. Elizabeth's Medical Center, Department of Hematology/Oncology, Boston, MA; ³Princess Margaret Hospital, Department of Medical Oncology and Hematology, Toronto, ON, Canada; ⁴Vermont Cancer Center, Department of Medicine, Burlington, VT; ⁵Merck & Co., Inc, Merck Research Laboratories, Whitehouse Station, PA; ⁶Merck & Co., Inc, Clinical Development Program, West Point, PA; ⁷Merck & Co., Inc, Merck Research Laboratories, West Point, PA

Background: A regimen containing aprepitant (APR) is effective for the prevention of nausea and vomiting due to highly emetogenic, cisplatin-based chemotherapy. This is the first study in which APR has been evaluated for use with moderately emetogenic chemotherapy (MEC).

Methods: This was a multicenter, randomized, double-blind, parallelgroup study. Eligible breast cancer patients were naïve to emetogenic chemotherapy and treated with cyclophosphamide alone or with doxorubicin or epirubicin. Patients were randomized to either an APR regimen (day 1: APR 125mg, ondansetron (OND) 8mg, and dexamethasone (DEX) 12mg before chemotherapy and OND 8mg 8 hours later; days 2-3: APR 80mg qd) or a standard regimen (day 1: OND 8mg, and DEX 20mg before chemotherapy and OND 8mg 8 hours later; days 2-3: OND 8mg bid). Data on nausea, vomiting, and use of rescue medication were collected with a self-report diary. The primary endpoint was the proportion of patients with complete response (CR), defined as no vomiting and no use of rescue therapy, in the 120 hours after initiation of chemotherapy in cycle 1. Efficacy endpoints for the multiple cycle extension were the probabilities of a CR in cycles 2-4 and sustained CR rate across multiple cycles.

Results: Of 866 patients randomized, 744 (85.9%) entered the multiple cycle extension, and 650 (75.1%) completed all four cycles. Overall CR in cycle 1 was greater with the APR regimen (50.8% vs. 42.5%, $p=0.015$). This treatment advantage was maintained over the four cycles. The probabilities of a CR were 0.508, 0.538, 0.541, and 0.550 with the APR regimen compared to 0.425, 0.394, 0.393 and 0.384 with the standard regimen for cycles 1, 2, 3, and 4. The cumulative percentage of patients with a sustained CR over all four cycles was greater with the APR regimen ($p=0.017$); estimates after cycle 4 were 34.5% with the APR regimen and 23.9% with the standard regimen. Both treatments were generally well tolerated throughout all four cycles.

Conclusions: The APR regimen is more effective than a standard regimen for the prevention of nausea and vomiting induced by MEC. This advantage was maintained over multiple chemotherapy cycles.

895P **Carboplatin, capecitabine and docetaxel (CaCD) in patients with advanced gastric or gastro-esophageal (GE) adenocarcinoma. A single institutional experience.**

Lars Damstrup, Kim Wedervang, Heine H. Hansen, Finsen Center, 5073, Department of Oncology, Copenhagen, Denmark

Aim: The standard of care for patients with advanced gastric or GE carcinoma is in many European countries cisplatin, epirubicin and 5-FU (CEF). However, this regimen is quite toxic. We therefore changed this regimen to CaCD, and evaluated whether this regimen could be administered safely, with a comparable response rate and overall survival.

Patients and methods: Pts with metastatic gastric or GE cancer, performance status 0-2, age 18 – 75 years were included. Chemotherapy; Carboplatin: AUC=5 – capecitabine: 1000 mg/m² BID and docetaxel: 60 mg/m² q 4 weeks. All pts were included for toxicity evaluation and pts who received three cycles were included for response analysis.

Results: 36 pts referred from Dec 2001 until Apr 2004 were included, pretreatment characteristics were: Median Age 56.5 years (range 27-71), male: 28 - female: 8, performance status: 0, 1 and 2 in 10, 19, and 4 pts, respectively. An additional 5 pts will shortly commence treatment. 154 series has been given; median 3 (range 1-11).

Grade 3 and 4 toxicity occurred with respect to leucopenia, thrombocytopenia, PPE, vomiting and diarrhea in 2,1,2,1 and 1 pts, respectively. Dose modification due to toxicity was required in 6 pts. Ten pts were admitted due to toxicity for 6.5 days [median – range 1 to 21]. Nine pts could not be evaluated and six pts are awaiting evaluation. Of the remaining 21 pts PR, SD and PD were observed in 13, 7 and 1 pts, respectively. Response rate 13/21 = 61.9% [95% CI=38.4-81.9]. Close to complete clinical remission has been detected and these pts have been referred to either surgery or concomitant chemoradiation. Overall median survival for all 36 pts was 8.7 mo. [range 0.5-19.6], and for the 21 evaluated pts 11.3 mo [range 2.5-19.6].

Conclusions: CaCD used in advanced gastric or GE cancer in the applied dose and schedule is feasible with acceptable toxicity. The observed response rate of 61.9% is promising and the observed median survival is comparable to CEF. A few pts have obtained encouraging response suggesting that the treatment may have curative potential; however, further follow-up is necessary to draw firm conclusions and our results have to be tested in prospective randomized trials.

Om European Society for Medical Oncology – ESMO



Af Aage Schultz, Executive Director, ESMO Hovedkontor, Lugano

ESMO er et medicinsk selskab baseret på 4.500 individuelle medlemmer, fordelt i og uden for Europa. Selskabet fokuserer på klinisk onkologi og det multidisciplinære behandlingsprincip, hvor den medicinske onkolog naturligt kan følge patienten gennem sygdomsforløbet.

ESMO gennemfører en lang række aktiviteter med det hovedformål at forbedre kvaliteten af cancerforebyggelse, -diagnostik, -behandling, og opfølgning af cancerpatienter. Det gøres i samarbejde med mange specialer og med interessenter via uddannelse af læger involveret i klinisk onkologisk behandling samt forskning.

At beskrive hele uddannelsesprogrammet i ESMO vil føre for vidt her (se mere på vores hjemmeside www.esmo.org), men skulle jeg nævne to topprioriteter, skal det være vores arbejde med de yngre onkologer (YMO)

samt ESMO-kongressen.

Kraftigt promoveret af vores præsident, Paris A. Kosmidis, Grækenland har vi set en signifikant tilgang af yngre onkologer til vores selskab, baseret på en kombination af et entusiastisk netværk, gode uddannelsesmuligheder samt stadig bedre muligheder for stipendier. Dertil kommer, at yngre læger, der er under videreuddannelse som onkolog, kan blive medlem af ESMO for kun 25 € per år i sammenlagt 4 år, med adgang til alle medlemsfordele.

ESMO's flagskib er vores kongres, og den 29. af slagsen – med over 10.000 deltagere, har netop været afholdt i Wien, med stor succes såvel fagligt, politisk som økonomisk: På den faglige side havde den videnskabelige komite med professor Baselga, Spanien, i spidsen, skabt et bredt videnskabeligt uddannelsesprogram, indeholdende state-of-the-art foredrag inden for de større tumortyper, specielle sessioner for yngre onkologer, diskussion af kliniske retningslinjer samt opdatering af det medicinsk onkologiske curriculum. Til sidst nævnte hører publikation af "ESMO-ASCO Global Core Curriculum for Medical Oncology", med Heine H. Hansen, Danmark, som førsteforfatter. På den politiske front var repræsentanter fra Europaparlamentet og fra en række internationale organisationer til stede på ESMOs halvanden dages patientseminar; ligeledes var den internationale interesse stor ved det første fælles symposium mellem ESMO og den 3. verden. Kongressen markerede også et yderst konstruktivt samarbejde med den farmaceutiske

industri, og endelig – som resourceskabende begivenhed, blev ESMO FOUNDATION lanceret og præsenteret under en bevægende koncert i Wiens Konzerthus.

Næste større ESMO-begivenhed, er vores ESEC-møde (ESMO Scientific & Educational Conference), 2-6 juni 2005, i Budapest: Her mødes yngre onkologer i interaktive uddannelsesmoduler med mere etablerede onkologer i et post-ASCO state-of-the-art forelæsningsprogram for alle større tumortyper.



The European Society for Medical Oncology – ESMO

Headoffice, Via la Santa 7, 6962
Viganello-Lugano, Schweiz
Tel: +41 91 973 1901
Fax: +41 91 973 1902

Har du lyst til at blive medlem af ESMO og være en del af det globale netværk for medicinske onkologer?

Se mere om medlemskab og medlemsfordele på:

www.esmo.org/about/ESMO/membership

The ESTRO 23 meeting



Af Læge, klinisk assistent Trine Jakobi Nøttrup



Mødet blev holdt 24.-28. oktober i Amsterdam, på Amsterdam RAI International Exhibition and Congress Centre.

Traditionen tro var der "pre-meeting teaching courses" hele søndagen, delt op i syv forskellige sessioner, "Imaging for radiotherapy", "Interdisciplinary management of gastrointestinal cancer", "Current status of radiotherapy in lung cancer", "Risk management", "Radiobiology workshop on biological modifiers and radiation response", "Managing patients during radiotherapy" og "Introduction to new molecular techniques for radiotherapy".

Emnerne for disse syv indledende sessioner var kendetegnende for de fleste af sessionerne under selve kongressen. Der var særlig stor tilslutning til sessionen om "Imaging for radiotherapy", både af fysikere, læger og behandlingspersonale. I løbet af dagen blev principperne for de forskellige former for billeddannelse grundigt gennemgået og metoderne til billedfusionering blev diskuteret. Billeddannelse trækker mange tilhørere, da billeddannelse spiller en voksende rolle for alle, som dagligt beskæftiger sig med radioterapi. Nøjagtig gengivelse af tumorer og deres afgrænsning til normalt væv og risikoorganer er grundlaget for at gennemføre en skånsom behandling.

Når forskellige modaliteter fusioneres, er det afgørende at forholde sig til metoderne bag fusionering, så vi ikke forledes til at tro, at det er selve virkeligheden, der fremstilles, og ikke bare et billede af den.

En særlig oplevelse var "Breur Lecture". I år gik denne pris til Marcel van Herck, en hollandsk fysiker, som gennem de sidste 20 år har forestået et enestående udviklingsarbejde omkring billeddannelse, både som planlægningsredskab for radioterapi og ikke mindst som verifikation af, at behandlingen doseres korrekt. Forelæsningen ridsede på fornemste vis op, hvor langt billededannelse har bragt os, men gennemgik også de led i behandlingsprocessen, som stadig er forbundet med stor usikkerhed, så som patientpositionering og dag til dag reproducerbarhed.

Marcel van Herck's forskning er til stadighed med i front og på hans klinik arbejdes for tiden med udvikling af systemer til ct-skanning af patienter på behandlingslejet lige forud for strålebehandlingen. Dette gøres for nøjagtigt at kunne bestemme positionen af tumor og organer, lige før strålerne doseres. Teknikken (Cone beam CT) er nu så rafineret, at det kan lade sig gøre at udføre CT-skanningen, så man bagefter kan rekonstruere de ændringer, der sker under vejtrækningen. Denne skanningsmetode kaldes populært 4D-skanning, fordi de ændringer, der sker over tid, registreres og kan gengives som en "CT-skanningsfilm"

4D er det helt nye inden for radioterapi, og i flere præsentationer blev der forevist eksempler på teknikens muligheder. Specielt gruppen med Dr. Slotmann og van Sörensen de Koste fra VUMC demonstrerede i flere præsentationer deres store arbejde med at kortlægge lungetumorbevægelse for stadium I lungetumorer.

Der er ikke tvivl om, at teknikken er imponerende, men der mangler stadig værktøjer til at analysere alle de datamængder, scanningerne producerer. Der findes for tiden ingen dosisplanlægningsprogrammer, som kan håndtere 4D-informationerne, men bl.a. gruppen med E. Reitzel og G. Chen fra Massachusetts General Hospital i Boston, havde præsentationer, som tog hul på dette svære problem.

En anden opsigtsvækkende forelæsnings, ved C. Marijnen, fra Leiden Uni-

The ESTRO 23 meeting

versity Center, omhandlede princippet om præoperativ bestråling til rectum cancer (5 Gy * 5, givet på 1 uge, umiddelbart præoperativt). En behandling, som nedsætter risikoen for lokoregionalt cancerrecidiv. Nu er langstidsopfølgning på bivirkningsprofilen ved at modne, og det viser sig, at strålebehandlingen giver problemer med afføringsinkontinens. Der ses også nedsat seksualfunktion for mænd. Analyserne af de store datamaterialer er ikke færdig, men det bliver interessant at se, hvilke anbefalinger for fremtidig strategi gruppen kommer med efter disse analyser.

Der var sessioner nærmest udelukkende for fysikere med detaljerede

gennemgange af dosisberegningssystemer og de begrænsninger, der er i kommercielle systemer, og sessioner om alle de nyeste teknologiske landvindinger, med f.eks. tomoterapi og cyber knive.

Nogle sessioner var for radiografer og behandlingspersonale, men de omhandlede i høj grad lige så komplekse problemstillinger og teknikker som alle de øvrige sessioner.

For lægerne var der rig mulighed for at få opdateret viden inden for alle diagnosegrupper. Alle sygdomsgrupper blev grundigt behandlet i både "teaching lectures", "proffered pa-

pers" og til symposiesessioner.

Den eneste del af programmet, der generelt ikke fungerede, var "Poster workshops". Programmet til disse sessioner var for tæt til, at der var tid til nogen diskussion.

ESTRO kan varmt anbefales til alle med interesse for strålebehandling. Blandt deltagerne var alle de danske centre repræsenteret, og blandt disse var alle personalegrupper repræsenteret, både læger, fysikere, radiografer og sygeplejersker.

Om The European Society for Therapeutic Radiology and Oncology – ESTRO



ESTRO blev stiftet i 1980 som en forening af medlemmer, der arbejder inden for radioterapi og onkologi.

ESTRO's primære formål er at:

- fremme alle aspekter af stråleterapi
- udvikle standarder inden for stråleterapi, radiofysik, radiologisk teknologi og radiobiologi i Europa og medvirke til, at de bliver implementeret
- forbedre standarderne for kræftbehandling gennem at etablere stråleterapi som et klinisk speciale integreret i anden kræftbehandling
- sætte standarder for uddannelse og praksis samt fremme international udveksling af videnskabelig information om radioterapi og onkologi samt radiofysik og radiobiologi
- etablere forbindelser og samarbejde inden for internationale, regionale og nationale foreninger inden for feltet stråleterapi

Læs mere om ESTRO på: www.estroweb.org

SKA's årsmøde



Dorte S. Andersen

For syvende gang blev der den 24. november afholdt årsmøde i SKA regi. Det var dejligt at se, at læger, sygeplejersker og sekretærer fra hele Øst-Danmark havde fundet vej til Vilvorde kursuscenter, og at også gæster fra Vestdanmark var at finde blandt deltagerne.

Formand for Forretningsudvalget i SKA, overlæge Mogens Hansen, bød velkommen – hvorefter overlæge Svend Ottesen, afgående SKA-konsulent, aflagde status-rapport for året. Svend gjorde i et rask tempo rede for, hvad der er sket i SKA i 2004 – og hvilke aktiviteter der er planlagt i 2005 inden for: kvalitetssikring, vidensbank, patient-information, information og PR, uddannelse og samarbejde.

Herefter fremlagde overlæge Gedse Daugaard, Rigshospitalet, SKA's ana-



Lotte Mølsted

lyse af "Behandling af testis cancer i Øst-Danmark" – se en let forkortet udgave i SKA-nyt 3.

Klinisk assistent Malene Fischer fortalte om FOLK-gruppen, hvis mission det er at sætte "FOkus på LungeKræft". At det er et indsatsområde, der trænger til opmærksomhed, blev med al tydelighed demonstreret – især i betragtning af, hvor mange, der får sygdommen. Malene sluttede med at invitere flere til at træde ind i gruppen – opfordringen hermed givet videre.

Så var det overlæge Claus Kambys tur til at fortælle om den ny speciallægeuddannelse i klinisk onkologi. Uddannelsen har til hensigt at uddanne den enkelte læge til: medicinsk ekspert, kommunikator, samarbejder, leder/administrator, sundhedsfremmer, akademiker og professionel.

Næste indlæg handlede om Det Nationale Koordinationsudvalg for Eksperimentel Kræftbehandling, som Overlæge Dorte Nielsen fortalte om. Udvalgets opgave er at "vurdere patienter med livstruende sygdomme m.h.p. eksperimentel behandling, specielt i udlandet". Se også SKA-nyt 3 – og under organisationsnyt i dette nummer.

Efter kaffen var det tid for årsmødets tema: Når arbejdsmiljøet ta'r på kræfterne.

Det var et blændende godt indlæg de to opdragsholdere leverede ... I næsten to timer sad tilhørerne ude på kanten af stolen, og der blev skiftevis grinet højt af de rammende eksempler og lyttet med eftertænksomhed. En stor tak til cand. psyk. Dorte S. Andersen og cand. psyk. Lotte Mølsted, begge Rigshospitalet, for et veloplagt og spændende foredrag, som virkelig satte fokus på vigtigheden af et godt arbejdsmiljø.

SKA's årssdag bliver altid afholdt i november måned – vi glæder os til at se dig næste år ...

Så du også nyhederne om banebrydende kræftforskning i tv-avisen på DR1 den 15. november? Det lød meget overbevisende med store muligheder, ja, for ligefrem at revolutionere patientbehandlingen. Men hvad var det nu lige nyheden og de afgørende forsøgsresultater gik ud på? En tur omkring Finsen-laboratoriet på Rigshospitalet og cand.scient. ph.d. Kasper Almholt bringer klarhed i sagen:

Urokinase har betydning for spredning af kræft

Af Maj Dahl-Rasmussen
informationsmedarbejder, SKA

Kasper Almholt gør rede for forskergruppens forskning med en beundringsværdig præcision i ordvalget. Entydighed tilstræbes – lige ved og næsten er ikke godt nok i denne verden:

"Vi har gennem lang tid forsket i enzymer her på Finsenlaboratoriet. Det enzym, vi har undersøgt, hedder urokinase. Tidligere undersøgelser har antydnet, at der er en forbindelse mellem urokinase og spredning af kræft. Det nye er, at vi har afprøvet det i en kræftmodel, hvor kræften opstår spontant."

Fra transplanteret kræft til spontan kræft

"Tidligere undersøgelser er lavet på kræftmodeller, som er transplanterede" fortsætter Kasper Almholt". "Dvs. at mus får overført maligne celler. Det, vi nu har gjort, er, at vi har afprøvet betydningen af urokinase i en model, hvor kræftsvulster opstår spontant i musene. Det forsøg er aldrig lavet før."

"Ved at gøre det på denne måde får vi hele historien – fra normale celler, der udvikler en tumor – som vokser og så spreder sig. Derved kan vi se på urokinases indflydelse på hele forløbet – fra tumorstart til slut."

På mus – vel at mærke. Førhen fik musen transplanteret kræftceller ind i vævet – nu findes der en mus, der via sine gener helt sikkert udvikler brystkræft. Samtidig er det muligt at producere mus, som ikke har enzymet urokinase. Derved er der mulighed for at observere to grupper af mus, der begge udvikler brystkræft: Den ene gruppe mus har enzymet urokinase; den anden gruppe har det ikke.

Urokinase er markør for spredning

"Det nye er, at vi med stor sikkerhed nu kan sige, at urokinase medvirker til spredning af kræft – dvs. at en øget mængde urokinase giver mere spredning af kræft," understreger Kasper Almholt. "Man har i tidligere undersøgelser vist, at der var en forbindelse mellem niveauet af urokinase og kræft – i 1988 kom den første publikation om, at en forhøjet mængde af urokinase i kræftsvulsten kunne forbindes med en dårlig prognose for patienterne. Men dengang vidste man ikke, om stoffet selv havde en aktiv rolle i spredningen – eller om der var tale om en bystander-markør, der ikke selv spiller en rolle ... Det har vi nu vist, at den gør. Vi har vist, at alle musene får kræft, selv om de mangler urokinase – og at kræftsvulsterne vokser lige hurtigt hos de to grupper mus. Den eneste forskel, der er at se, er på slutproduktet: "spredning til lungerne". Det er reduceret kraftigt. Det har man ikke kunnet vise før".

Kræftspredning til lunger



Fig. 1. Ved at fjerne et af kroppens enzymer, urokinase, reduceres spredning af brystkræft til lungerne hos mus til under én syvendedel

Prognostisk kobling vs. funktionelt bevis

"Man har længe haft kendskab til, at urokinase havde noget med spredning af cancer at gøre – som en prognostisk kobling. Dvs., at patienter med en øget mængde urokinase – for dem vil risikoen for en spredning af deres bryst-, colon- eller lungecancer være større. Det, vi har fundet, er, at der er en årsagssammenhæng mellem forekomsten af urokinase og spredning af kræft."

Fra mus til behandling af mennesker...

På spørgsmålet om hvad den ny viden om urokinase betyder for behandling af mennesker understreger Kasper Almholt: "Det har lange udsigter, før vi kan overføre dette til behandling. Vi er der slet ikke endnu – vi skal først lave et specifikt stof, der hæmmer urokinase. Derefter skal det testes på mus. Så på mennesker. Der

er endvidere ingen garanti for, at når det virker på mus, at det så også vil virke i mennesker."

"Mens vi arbejder på en specifik urokinasehæmmer til kliniske afprøvninger, er man allerede idag godt på vej til at udnytte kendskabet til urokinasens prognostiske værdi til en bedre udvælgelse af patienter til konventionel kemoterapi", tilføjer Kasper Almholt. I dag inddeler man brystkræftpatienter i forskellige behandlingsgrupper efter kriterier som tumorstadiet og østrogenreceptor-status m.fl. Ikke desto mindre står man med en stor midtergruppe af patienter, hvor man mangler et værktøj til med større sikkerhed at afgøre, om de er kureret efter det kirurgiske

indgreb eller vil opleve et tilbagefald på et senere tidspunkt og derfor vil have gavn af kemoterapi. Brugen af urokinase (sammen med kroppens urokinase-hæmmer PAI-1) som prognostisk markør for brystkræft afprøves for tiden i et stort multi-center studie i Tyskland.

Det næste skridt...

"Det næste skridt her på laboratoriet er at finde et antistof, der hæmmer lige præcis urokinase. Vi vil lede efter et antistof, fordi antistoffer er meget specifikke. Der findes faktisk et firma i Tyskland, der hedder Wilex, som har en urokinasehæmmer i klinisk afprøvning. Men de indrømmer selv, at den ikke virker specifikt på urokinase. Den

hæmmer en lang række enzymer. Og hvis den fx også hæmmer tPA – et søsterstof til urokinase – så viser undersøgelser af mus, der mangler både urokinase og tPA, at musene bliver meget syge. Så vi skal finde det stof – og det er ikke til at sige noget fornuftigt om, hvor lang tid det vil tage. Men vi kan sige, at det har et langt tidsperspektiv," understreger Kasper Almholt.

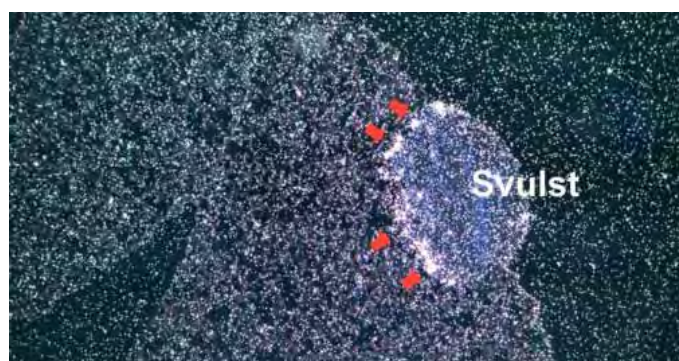
Urokinases funktion

Urokinase er et enzym, hvis naturlige funktioner ligger inden for kontrolleret vævsomlejring. Enzymet er aktivt i vævet uden for cellerne og er medvirkende til forskellige processer i kroppen – fx sårheling. Ved sårheling danner hudcellerne tættest på sårskorpen urokinase, som så tillader cellerne at æde sig ind under sårskorpen samtidig med, at der dannes ny hud. Denne proces er meget kontrolleret – og ophører, idet huden når sammen igen.

Cancercellerne er i stand til at overtage styringen af denne funktion – og dermed bruge urokinasen til at nedbryde vævsmateriale, såsom membraner for at skaffe sig mere plads at vokse på, samt til at sprede sig fra et område til et andet via blodkar.

Figur 2 er et lysbillede af en tumor i en lunge. De hvide områder i udkanten af metastasen angiver, hvor urokinasen (uPA) bliver dannet. Billedet viser, at det bliver dannet i randen af cancersvulsten, hvor det sidder og tillader svulsten at æde sig ind i lungevævet. Kasper Almholt uddyber: "Vi ved, det sidder der – og vi ved, det har betyd-

ning for spredning. Men vi kan ikke sige, at det er fordi, det sidder der, at det har betydning for spredning" – laaang pause. "Men det er dog påfaldende, at det sidder lige der..."



Figur 2. Enzymet urokinase dannes i kanten af en kræftsvulst der har spredt sig lungerne. Enzymet hjælper svulsten med at gnave sig ind i den omliggende raske lunge

Lungekræft – en teknologisk udfordring



LUNGEKRÆFT – EN TEKNOLOGISK UDFORDRING

– resume af symposium i anledning af den internationale lungekræftdag

Af reservelæge Charlotte Almasi Elberling og læge Halla Skuladottir, medlemmer af FOLK-gruppen

Rigshospitalet, København, 17.11.04.

For andet år i træk markeredes den Internationale Lungekræftdag i Danmark med et symposium. Godt 130 deltagere var mødt op og opmærksomheden blev i år rettet mod den forskning, der danner grundlaget for fremtidens diagnostik og behandling af lungekræftpatienter. Karakteristisk for denne er, at den finder sted inden for mange forskellige videnskabelige discipliner, og dagens budskab var, at det netop er herved spektakulære resultater skabes. Emnet blev i dagene forinden taget op i flere dagblade, ligesom Ugeskrift for Læger bragte to statusartikler om henholdsvis diagnostik/stadieinddeling og nye behandlingstiltag ved lungekræft den 15. november 2004.

Dagens tema blev slået an ved HS administrerende direktør, læge Helle Ulrichsen, der trak vigtigheden af disciplinernes vekselvirkning frem ved såvel

forskning, forebyggelse og oplysning. Første halvdel af dagens program omhandlede molekylærbiologiske og diagnostiske aspekter af lungekræftforskningen: Princip og anvendelse af microarrays blev gennemgået af lic. scient. seniorforsker, Nina Pedersen, hvorefter professor, dr. med. Fred Hirsch fortalte om kemoprævention som tidlig angrebsform.

Dernæst berettede læge, klinisk assistent Søren Schytt Larsen om værdien af endoskopisk ultralydsskanning med transesophageal biopsi til stadietinddeling af lungekræft, og indviede deltagerne i muliggørelsen af at foretage endobronkial-ultralyd-vejledt biopsi.

Anden halvdel af mødet omhandlede tiltag inden for nuklearmedicin og radioterapi og bestod i en gennemgang af PET/CT-scanning til bedre og tidlig diagnostik ved klinikchef, professor, dr. med. Liselotte Højgaard, efterfulgt af læge, klinisk assistent Trine Jakobi Nøttrup om den

nyeste generation af stråleapparaturs mulighed for respirationstilpasset radioterapi, gating. Overlæge ph.d. Morten Høyer sluttede de specifikke indlæg med en status over stereotaktisk strålebehandling af lokaliseret, stadium I NSCLC.

Mødet blev til slut perspektiveret af professor, ph.d., dr. techn., m.sc. Jørgen Arendt Jensen, der bidrog til overblikket ved at gøre deltagerne bekendte med nye forskningsområder som for eksempel partikel terapi, brug af paramagnetiske agenter og ultralyd til targetering af cancerceller. At forskning også kan ligge i "det oplagte" blev eksemplificeret ved muligheden for at fremstille en antabus pille til rygeforebyggelse, som samtidigt gav en påmindelse om tobakseliminationen som vigtigste led i kampen mod lungekræft!

I dagens anledning blev der ydermere på Kræftens Bekæmpelse afholdt et aftenmøde med henblik på at etablere en patientforening for lungekræftpatienter.



FOLK-gruppen, fra venstre: Halla Skuladottir, Charlotte Almasi Elberling, Trine Jakobi Nøttrup, Helle Pappot, Barnara Malene Fischer

Vidste du, at...?

Glioma

... det nu er muligt at forudsige, hvilke patienter med glioma, der vil reagere positivt på behandling med Temodal?

Forskere på University Hospital of Lausanne har fundet en genetisk test, der kan forudsige, hvilke patienter der vil leve længere med Temodal-behandling. Testen involverer et gen kaldet MGMT, som reparerer beskadiget DNA. Patienter, hvis MGMT ikke er aktivt slået til, reagerer godt på Temodal, fordi deres cancerceller har sværere ved at reparere den DNA, som er ødelagt af lægemidlet. Dermed kan Temodal via en ret simpel laboratorietest blive en målrettet behandling ("targeted treatment").

(Hegi et al, Clin Cancer Res. 2004 mar 15;10(6):1871-4)

Cancer ovarii

... at Bo Grønlund og kolleger fra Rigshospitalet konkluderer, at Gynecologic Cancer Intergroup (GCIG) CA-125 response criteria er et bedre prognostisk redskab end RECIST-kriterier ved 2. linie-behandling af ovariecancerpatienter?

(J Clin Oncol 2004; 22:4051-58)

Cancer Rectii

... at en tysk undersøgelse har randomiseret 421 patienter med klinisk stadie T3 eller T4 rectalcancer med positive lymfeknuder til præoperativ kemoradioterapi (5040cgy med 180 cgy/daglig 5 dage om ugen + 120 timers intravenøs 5-fluorouracil-infusion i dosis på 1000 mg/m² daglig i uge 1 og 5) efterfulgt af postoperativ kemoterapi 1 måned efter operationen?

4-5 dages serier med 5-fluorouracil (500 mg/m²/daglig). Kemoradioterapien var identisk i den postoperative gruppe med undtagelse af et "boost" på 540 cgy. 5-årsoverlevelsen var hhv. 76 % og 74 % (p = 0,80). Der fandtes øget lokal kontrol (6 % vs 13% p = 0,006) i den postoperative gruppe.

(NEJM 2004;351:1731-40)

Cancer prostatae

... at patienter med avanceret prostatakræft har gavn af taxotere behandling?

I en randomiseret undersøgelse med 1006 mænd med metastatisk hormon-refraktær prostatakræft fandtes en kombination af docetaxel 30 mg/m² ugentlig i 5 af 6 uger + prednison p.o. 5 mg x 2 daglig at resultere i bedre overlevelse (hazard ratio for død 0,91 (95 % CL interval 0,75 – 1,11)) sammenlignet med mitoxantrone 12 mg/m² hver 3. uge (hazard ratio for død 0,76 (95 % CL 0,62 – 0,94)). Median overlevelse var hhv. 18,9 måneder for patienter, der blev behandlet med taxotere hver 3. uge vs. 16,5 måneder i metoxantrone-gruppen. Faldet i PSA-værdier var størst i Taxotere-gruppen,

Vidste du, af...?

ligesom livskvaliteten fandtes at være bedre i sidstnævnte sammenlignet med Mitoxantrone-gruppen.

(Tannock et al. NEJM 2004;351:1502 – 11)

I samme udgave af NEJM findes også resultaterne af en lignende undersøgelse med 674 patienter med avanceret prostatacancer, hvor median overlevelsen også fandtes at være signifikant bedre for docetaxel-holdig regime (docetaxel + estramustine) sammenlignet med mitoxantrone og prednison (17,5 – vs 16,5 måneder – p = 0,02)

(Petrylak et al. NEJM 2004;351:1513–20)

Begge artikler er diskuteret i en leder: Mechanisms of Androgen-Refractory Prostate Cancer. I øvrigt er en dansk patients erfaringer behandlet med taxotere på St. Georges Hospital, South East London, England at finde i PROPA's nyhedsbrev, september 2004. (Debes et al. NEJM 2004;351:1488-90. Martin Flood. PROPA, September 2004)

Behandling med Taxotere til patienter med dissemineret prostatacancer er nu initieret på diverse urologiske afdelinger herhjemme, bl.a. Herlev, Århus og Rigshospitalet, hvortil patienter kan henvises.

Cancer mamma

... et visse cancer mamma-patienter ikke har gavn af højdosis kemoterapi og knoglemarvs- eller stamcelletransplantation?

Ifølge analyse af et systematisk Cochrane-review med metaanalyser findes der ikke evidens for at højdosis kemoterapi og knoglemarvs- eller stamcelletransplantation øger den samlede overlevelse hos patienter med primær mamma cancer med høj risiko for recidiv eller hos patienter med metastatisk sygdom – konkluderer Dorte Nielsen og Inge Marie Svane i to artikler nyligt publiceret i Ugeskrift for læger.

(UGESKR LÆGER 166/46 p. 4145 og p. 4148, 8. november 2004)

... Dansk Pancreas Cancer Gruppe (DPCG) er dannet?

Gruppen er dannet i løbet af 2004 efter initiativ fra kirurger og onkologer, der beskæftiger sig med behandling af pancreascancer. Dansk Gastroenterologisk Selskab, Dansk Kirurgisk Selskab, Dansk Selskab for Klinisk Onkologi, Dansk Selskab for Patologisk Anatomi og Cytologi, Dansk Selskab for Radiologi og Onkoradiologisk Selskab har alle godkendt oprettelsen af gruppen som permanent udvalg under selskaberne. Alle selskaber er repræsenteret i den foreløbige arbejdsgruppe. Denne har udfærdiget udkast til kommissorium, forretningsudvalg, repræsentantskab mm. og vil i løbet af 2005 indkalde til endelig vedtagelse.

Der søges repræsentation fra alle afdelinger med lands-landsdelfunktion i diagnostik og behandling af pancreascancer samt de onkologiske afdelinger.

Gruppens første opgave vil være udfærdigelsen af en klaringsrapport om diagnostik, kirurgisk behandling, onkologisk behandling og kontrol af patienter med cancer pancreatis. Til dette arbejde er udvalgt redaktionsgruppe og forfattere fra ovennævnte specialer, og repræsenterende lands-landelsafdelingerne og de onkologiske afdelinger. Planen er, at første udkast skal være færdig til udsendelse til kommentarer og rettelser ca. maj 2005. Formålet med denne klaringsrapport er at skabe ensartede retningslinier for diagnostik og behandling af pancreas cancer. Gruppens videre arbejde vil være oprette landsdækkende database og videnskabelige protokoller.

Organisationsnyt

NKU

Det nationale Koordinationsudvalg for eksperimentel kræftbehandling holdt møde den 5. november 2004 i Sundhedsstyrelsen. Her drøftede de blandt andet visitation af følgende sygdomme, som fremover kan visiteres således:

Cholangiocarcinom:

Rigshospitalet og Vejle Sygehus (kombinationskemoterapi)

Hepatocellulært karcinom, (locoregionalt):

Rigshospitalet, Århus Universitetssygehus (kemoembolisering)

Hepatocellulært karcinom, dissemineret:

Rigshospitalet / Århus Universitetssygehus (systematisk kemoterapi)

Levermetastaser (fra colorektal cancer):

Amtssygehuset i Herlev (regional kemoterapi)

FDA (USA)

FDA har i november 2004 godkendt Tarceva®-Erlotinib til locoregional og metastaserende ikke-småcellet lungecancer efter progression på 1.-lin-

niebehandling (se: www.fda.gov/ – se under Press Releases).

Data som danner baggrund for, at Tarceva blev godkendt, er under-

søgelse af Shepherd et. Al. Omtalt i SKA-nyt 3 s. 15.

(The Cancer Letter, Vol. 19 No. 10)

EMA (Europe)

The European Committee for Medicines for Human Use (CHMP) har evalueret ansøgning om anvendelse af ALIMTA (Pemetrexed) positiv såvel

ved behandling af patienter med malign mesotheliom som til patienter med dissemineret ikke-småcellet lungecancer.

Pemetrexed® vil blive introduceret i DK i begyndelsen af 2005 af Eli Lilly (European Journal of Cancer, 40, 2004, 1797 – 1801)

Organisationsnyt

Storstrøms Amt gør klar til at strålebehandle

Efter langvarige forhandlinger med Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet mener Storstrøms Amt, at de nu er klar til at opbygge en strålebehandlingsfunktion ved Storstrømmens

Sygehus i Næstved. Amtet har modtaget den endelige godkendelse fra Sundhedsministeriet og satser på, at den første patient kan få behandling i løbet af 2007. Storstrøms Amt vil opføre

en ny bygning ved Storstrømmens Sygehus i Næstved, hvor der skal installeres to stråleacceleratorer.

(Dagens Medicin nr. 35, fredag 26. november 2004)

Hørsholm Sygehus koordinerer stor undersøgelse

Brystklinikken på Hørsholm Sygehus er udpeget som koordineringscenter i Danmark for et verdensomspændende forsøg med antihormonmedicin. Der har gennem de seneste år været tegn på, at medicin, som modvirker de kvindelige kønshormoner, har en forebyggende effekt på brystkræft. Men dette er ikke videnskabeligt do-

kumenteret. Undersøgelsens primære formål er at undersøge, om stoffet anastrozol er effektivt til at forebygge brystcancer hos postmenopausale kvinder, der har øget risiko for at få sygdommen.

Det klinisk randomiserede forsøg vil strække sig over en femårig periode, hvor kvinder i den særlige risikogrup-

pe vil få tilbuddet om at medvirke. Kvinder vil blive bedt om at tage en pille hver dag i fem år. Undersøgelsen starter i december i år.

(Ugeskrift for læger, 166/49 p. 4438, 29. november 2004.)

Ny medicinsk/kirurgisk onkologisk afdeling (MKO) på Bornholms Centralsygehus (BCS)

1. januar 2005 oprettes en ny afdeling på Bornholms Centralsygehus for kræftpatienter. Hidtil har de bornholmske kræftpatienter været tilknyttet enten den kirurgiske eller den medicinske afdeling afhængig af kræftdiagnosen. Da den bornholmske

kræftpatient i forvejen kan have et noget komplekst patientforløb med involvering af forskellige kirurgiske afdelinger i HS samt onkologisk afdeling på Rigshospitalet, har BCS valgt at samle den lokale indsats og ekspertise på en afdeling. På den måde vil patienten

kun have en lokal afdeling at referere til samtidig med, at de eksternt samarbejdende afdelinger i HS kun får en bestemt afdeling at forholde sig til, med mulighed for at skabe mere optimale patientforløb.

Kræftpatienten sættes i centrum og serviceres af de forskellige faggrupper afhængig af behovet

MKO vil kunne udrede obs. cancer, behandle cancer i samarbejde med HS og tilbyde palliativ pleje og behandling. Samtidig oprettes en onkologisk konsulentfunktion med

eksterne speciallæger udefra, som så tillader hjemtagning af visse specifikke cancerdiagnoser, i første omgang ikke-småcellet lungecancer. Dermed slipper nogle af de svært syge og

svækkede kræftpatienter for at rejse til RH for at få kemoterapi.

MKO åbner officielt den 14. februar 2005.

Afsnit for lindrende behandling (ALB) oprettet på Onkologisk/hæmatologisk afdeling på Roskilde Amts Sygehus i Roskilde

Medicinsk afdeling i Roskilde er en af landets største medicinske afdelinger med 139 senge, hvoraf de 29 udgør

onkologisk/hæmatologisk sengeafsnit B81. Til onkologisk/hæmatologisk afdeling hører også et ambulatorium,

som årligt yder 15.000 kontroller og giver 9.000 behandlinger. Der behandles og kontrolleres patienter med

mammacancer, colorektalcancer, pancreascancer, lungecancer, ovarie- og testiscancer, samt patienter med en række hæmatologiske lidelser. Patienter med bopæl i Roskilde Amt vil have et uafbrudt forløb på afdelingen fra første behandling til afslutning (død eller helbredelse). Der var 140 kræftrelaterede dødsfald på B81 i 2003.

I efteråret 2003 skærpedes interessen for at forbedre patientforløbene under indlæggelse. Dette skyldes en stigende frustration og ærgrelse blandt læger og plejepersonale over, at patienter i aktiv behandling lå side om side med patienter i palliativ fase. Pleje, omsorg og behandling adskiller sig på en række punkter disse to store grupper af patienter imellem, og det forekom en stor udfordring at tilgode-se og individuelt tilpasse tilgangen til den enkelte patient og dennes pårørende under de eksisterende forhold.

For indlagte patienter, som er i palliativ fase eller døende, er det vigtigt, at der er trykke og rolige omgivelser, og at der er tid til at være der for patienterne og deres pårørende. Disse fundamentale behov er svære at tilvejebringe, når overbelægning hører til dagens orden, og en hektisk og fortravlet aktivitet sætter sine egne fodspor. Dertil kommer at en manglende lægelig kontinuitet på stuegang er uhensigtsmæssigt for såvel læge, patient som for plejepersonalet. Det blev derfor besluttet at opprioritere og fokusere på at forbedre den palliative indsats på afdelingen.

Inden for de eksisterende økonomiske og personalemæssige rammer foretog afdelingen derfor en omorganisering, der betød, at man pr. 1.

september 2004 åbnede afsnit for lindrende behandling (ALB). Dette afsnit udgør seks senge af de 29 senge og indeholder to to-sengs stuer, en en-sengs stue, et familierum, og er fysisk afskærmet med glasdøre fra det øvrige sengeafsnit. Overbelægning må ikke forekomme, og patienter skal visiteres via personalet tilknyttet ALB. Patienter, som vil kunne profitere af ophold på ALB, er alle patienter i palliativ fase og med åben indlæggelse. Dette betyder, at disse patienter eller deres pårørende døgnet rundt kan kontakte ALB, hvorefter patienten indlægges direkte på sengeafsnittet uden om de sædvanlige og ofte timelange normale indlæggelsesprocedurer. Udover patienter med åben indlæggelse kan også indlagte patienter i aktiv behandling visiteres til ALB, hvis de lider af sværere behandlelige smerter, dyspnø eller kvalme – eller har brug for, at der fokuseres på psykosociale komplicerede forhold.

Et af ALB's grundsyn er, at patienten skal kunne tilbringe længst mulig tid i eget hjem, hvilket ikke nødvendigvis betyder, at patienten skal dø hjemme. Det er derfor et af afsnittets indsatsområder at udvikle, standardisere og dokumentere tilgangen til patienter, som ønsker at dø på sygehus ved bl.a. at kombinere det bedste fra hospital og fra hospice.

Tværfaglighed er et nøgleord i den palliative indsats, og det er derfor vigtigt, at der udvises faglig og menneskelig indbyrdes respekt i det kollegiale samarbejde. Personalet tilknyttet ALB har alle det tilfælles, at de vil, tør og kan arbejde i det palliative felt. Der er udarbejdet kompetencebeskrivelser for sygeplejen, og alle medlemmer

af plejepersonalet (ni sygeplejersker og to sygehjælpere) er udvalgt blandt flere efter disse kompetencekrav. Overlæge Svend Ottesen er daglig lægelig leder af afsnittet, går stuegang fire gange om ugen og refererer i øvrigt direkte til onkologisk/hæmatologisk afdelingsledelse. I maj 2005 afslutter overlæge Svend Ottesen en toårig nordisk specialistuddannelse i palliativ medicin. Derudover er der til afsnittet tilknyttet præst, psykolog, diætist, socialrådgiver og fysioterapeut – et multidisciplinært team, hvis ekspertise også udnyttes i ALB. Endelig eksisterer et tæt samarbejde med sygehusets Palliative Enhed som indtil videre har sine rødder i anæstesiologisk afdeling. I de tilfælde, hvor der er fællespatienter på ALB, deltager Palliativ Enhed i de tværfaglige daglige morgenkonferencer.

Det er glædeligt, at ALB allerede i løbet af sine tre første måneder har vist at kunne gøre en forskel og dermed retfærdiggøre sin eksistens. De første børnesygdomme som skepsis og patient-ejerskabsfølelse blandt andre personalemedlemmer på B81 er næsten alle taget i opløbet gennem åben og gensidig respektfuld dialog. Etablering af ALB har ikke kunnet lade sig gøre udelukkende fordi, der har været stor opbakning til ideen blandt hele personalet ansat på onkologisk/hæmatologisk afdeling, men også fordi både afsnitsledelsen og den medicinske afdelingsledelse i ord og handling har støttet op omkring projektet.

Den 16. december 2004 åbnes ALB officielt ved en reception med inviterede gæster og live-musik med violinisten Kim Sjøgren.

Personnyt

Marie Overgaard

Overlæge og kræftforsker Marie Overgaard, Århus Sygehus, har fået Patientforeningen De Brystoperedes ærespris. Marie Overgaard arbejder til daglig på Århus Sygehus, onkologisk afdeling, og har i flere år forsket i og behandlet kræft. Gennem en række undersøgelser har Marie Overgaard vist, at strålebehandling er med til at sikre en større overlevelse for brystkræftpatienter, og hendes forskning har været medvirkende til, at patienterne kan få den mest effektive behandling med færrest mulige bivirkninger.

(Dagens Medicin, nr. 34)

Finn Cilius Nielsen



Overlæge, dr.med. Finn Cilius Nielsen er ansat som honorarlønnet professor i klinisk molekylær biologi ved klinisk molekylær biologi ved klinisk institut for diagnostiske fag, Københavns Universitet. Finn Cilius Niensens professorat er tilknyttet klinisk biokemisk afdeling på Rigshospitalet. Den 43-årige Finn Cilius Nielsen har i mange år arbejdet med at etablere diagnostik specielt inden for kræftområdet. Finn Cilius Nielsen er næstformand for Det Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd.

(Dagens Medicin, nr. 33)

Ole Steen Nielsen



Ledende overlæge Ole Steen Nielsen, onkologisk afdeling, Århus Sygehus, er blevet udnævnt til formand for det internationale sarkomselskab. Selskabet er tværfagligt og omfatter alle de specialer, der varetager behandling og diagnostik af sygdommen – radiologer, kræftlæger, kirurger, patologer, laboratorieforskere og sygeplejersker.

(Dagens Medicin, nr. 37)

SKA's aktivitetskalender

KURSER

21. januar 2005

Målrettet terapi i den medicinske kræftbehandling

Tilmeldingsfrist den 7. januar. Tilmeldingskema findes på vores hjemmeside

www.skaccd.org – under "nyheder".

Se også bagsiden for mere information og det fulde program

24-27. januar 2005

Praktisk onkologi for ansatte i medicinalindustrien

Kurset er overtegnet, men du kan blive skrevet på venteliste hos

Karen Ringsing på e-mail: kringsing@rh.dk

10. juni 2005

Post-ASCO symposium 2005 Hotel Merriott, København

Program kommer på hjemmesiden i løbet af foråret

MØDER

19. maj 2005

Sygeplejens temadag 2005

Tema: Ernæring

Tid: 14.00 – 18.00

Program følger senere.

Mødekalendar

Internationale møder

2005

3–5. marts 2005

3rd International Symposium on Targeted Anticancer Therapies
Amsterdam, The Netherlands
www.nddo.org (TAT 2005)

2–5. juni 2005

ESMO Scientific & Educational Conference
Budapest, Hungary.
www.esmo.org

28. sept. – 3. okt. 2005

31. ESMO Congres
Istanbul, Turkey
www.esmo.org

30. okt. – 3. nov. 2005

ECCO 13 – the European Cancer Conference
Paris, France
www.fecs.be

2006

8–12. juli, 2006

UICC. World Cancer Congress 2006: Bridging the Gap: Transforming Knowledge into Action
Washington, DC. USA
www.2006conferences.org

12–15. juli, 2006

13th World Conference on Tobacco OR-Health:
building capacity for a tobacco-free world.
Washington, DC. USA
www.2006conferences.org

Godt nytår

Her fra SKA ønsker vi alle et
Godt Nytår!

Samtidig en stor tak til alle medlemmer for jeres støtte og for den store arbejdsindsats, som I har leveret til SKA i årets løb. Vi ser frem til at fortsætte samarbejdet i det nye år.



SKA's sekretariat. Fra højre ses: Projektleder Marianne Bjerre-Jepsen, sekretær June Kayser Thygesen, lægelig leder Heine Høi Hansen, informationsmedarbejder Maj Dahl-Rasmussen og projektsygeplejerske Karen Ringsing

SKA | NYT

Udgives af
"Sammenslutningen af danske
kræftafdelinger" og udkom-
mer fire gange årligt.

REDAKTION

Ansvarshavende redaktør:
Heine Høi Hansen

Redaktionssekretær:
Maj Dahl-Rasmussen

SKA's sekretariat, afsnit 5072
Rigshospitalet
Blegdamsvej 9
2100 København Ø

Tlf.: 3545 4090
E-mail: maj.dahl@rh.dk

Kontakt til redaktionen

Har du forslag til artikler eller
andet indhold, så kontakt
Heine Høi Hansen eller Maj
Dahl-Rasmussen

TRYK

Kopicentralen
Tlf.: 3545 3194

LAYOUT

Grafisk Værksted
Tlf.: 3545 3970
E-mail: grafik@rh.dk

Mødekalender

Nationale møder

21. januar 2005

Målrettet medicinsk kræftbehandling

Inden for en relativt kort periode er en række nye, lovende stoffer inden for medicinsk kræft-behandling blevet udviklet. Nogle af disse stoffer er allerede tilgængelige i Danmark, mens andre endnu er undervejs.

SKA tilbyder et fagligt symposium, hvor danske eksperter vil give en præsentation af de enkelte stoffer, som det fremgår af det vedlagte program. Symposiet giver således en mulighed for at få et samlet overblik over de behandlingsmuligheder, der i den nærmeste fremtid vil blive en del af den daglige klinik. Ud over de enkelte forelæsnings, vil der blive god mulighed for diskussion mellem forelæserne og tilhørerne. Se det fulde program på bagsiden.

Deltagerbetaling for deltagere fra SKA-medlemshospitaler i Østdanmark er DKK 200,-, mens den for deltagere uden for Østdanmark er DKK 400,-

SKA ser frem til atter at samle de danske onkologer til en fagligt udfordrende diskussion.

Program

14.00 – 14.30	Teoretisk baggrund Paul E. G. Kristjansen, Københavns Universitet/Novo Nordisk
14.30 – 14.50	Trastuzumab, Herceptin® Michael Andersson, Rigshospitalet
14.50 – 15.10	Giftinib, Iressa® Kell Østerlind, Herlev Amtssygehus
15.30 – 15.50	Erlutinib, Tarceva® Olfred Hansen, Odense Universitetshospital
15.30 – 15.50	Humax – EgFr Lena Specht, Rigshospitalet
15.50 – 16.10	Pause
16.10 – 16.30	Cetuximab, Erbitux® Per Pfeiffer, Odense Universitetshospital
16.30 – 16.50	Bevacizumab, Avastin® Lars Damstrup, Rigshospitalet
16.50 – 17.10	Imatinib, Glivec® Ole Steen Nielsen, Århus Universitets Sygehus
17.10 – 17.30	GW-572016, Lapatinib® Frede Donskov, Århus Universitets Sygehus

Tid: 14.00 – 17.30

Sted: Hotel Marriott, Kalvebod Brygge 5, København