

INDHOLD

- 1 Succeskriterier i kræftbe-
handlingen
- 2 NKU Highlights
- 3 Ukendt primær tumor
- 7 TAT2006 16-18. marts
i Amsterdam
- 8 Personalenytt
- 12 Nye lægemidler mod
kræftsygdomme
- 13 Yngre Læger i onkologisk
forskning
- 13 Nyt fra Sygeplejen
- 14 Vidste du, at....?
- 16 Nyt fra SKA
- 21 Mødekalendar
- Internationale møder
- 22 Program:
Yngre læger i
onkologisk forskning
- 23 Registrering:
FYO-kursus
- 23 Registrering:
Nye behandlings
modaliteter
- 24 Program:
Nye behandlings
modaliteter

Succeskriterier i kræftbehandlingen

– hvem måler hvad?

af Heine Høi Hansen, SKA

Kræftområdet har de sidste par år været genstand for stor interesse fra central sundhedspolitisk side med betydeligt øgede økonomiske ressourcer via Kræftplan I og efterfølgende Kræftplan II, der nu er ved at blive implementeret. Set ud fra det markant øgede antal af patienter der modtager stråleterapi eller kemoterapi, er der tale om en succes, ligesom strømmen af patienter, der tager til udlandet for at modtage eksperimentel behandling, er faldet drastisk, bl.a. takket være etableringen af de eksperimentelle enheder på 6 onkologiske afdelinger.

Samtidig indicerer de første spæde tal, at en forbedring i overlevelsen er på vej – bl.a. på grund af nye behandlingsmuligheder.

Så langt, så godt.

De kliniske afdelinger er i tiltagende grad på grund af ønske om effektivisering blevet vurderet på ydelser, som fx antal sengedage og ambulatoriebesøg. Derimod er *arbejds miljø, uddannelse og forskning* samt ikke at forglemme *omsorg* - først og fremmest for patienter og pårørende, men også for personale - gledet i baggrunden.

Arbejds miljøet i storkøbenhavnske klinisk onkologiske afdelinger var i fokus på SKA's årsmøde 2005 med efterfølgende omtale i en leder her i bladet. Foreningen af Yngre Onkologer (FYO)

har taget spørgsmålet om arbejdsmiljø alvorligt og har iværksat en undersøgelse blandt yngre læger på landets onkologiske afdelinger med henblik på at kortlægge problematikken. Læs mere om dette prisværdige initiativ andetsteds i bladet.

Hvad angår *omsorg for patienter*, er dette for nylig blevet belyst i en stor, omfattende undersøgelse af 1600 kræftpatienter foretaget af Kræftens Bekæmpelse. Resultatet var på ingen måde flatterende, hvilket bør give anledning til seriøs eftertanke, - også hvad angår antallet af hospicesenge i Danmark i forhold til andre europæiske lande (se rubrikken: Vidste du, at...)

'Fokus på pårørende' var emnet for 110 kræftsygeplejersker d. 18. maj 2006 på SKA's årlige Temadag for Sygeplejersker, og videreuddannelse af såvel læger som sygeplejersker er fortsat i fokus i en lang række af SKA's aktiviteter.

Videreuddannelse lider imidlertid nød i den daglige klinik, hvor der administrativt er fokus på produktion og økonomi. Disse parametre måles nøje, desværre med negativ indflydelse på arbejdsmiljøet, hvilket giver sig udtryk i form af afgang af onkologer og sygeplejersker til bl.a. medicinalindustrien, ligesom det er svært at tiltrække yngre læger til specialiet. Desuden kan man konstatere, at en tredjedel af

NKU Highlights

"Det Nationale Koordinationsudvalg for eksperimentel kræftbehandling", NKU, holdt sit seneste møde 27. april 2006. Følgende hovedemner blev drøftet:

Sundhedsministeriet har modtaget 43 ansøgninger vedr. puljemidlerne til forskningsprojekter inden for molekylær biologi. Ansøgningerne er videresendt til Det Strategiske Forskningsråd (DSF), som i henhold til gældende regler skal foretage den forskningsfaglige vurdering, inden den endelige afgørelse træffes.

Udvalget vedtog notatet "Retningslinier for vurdering af iværksættelse af protokoller for NKU midler". Kriterierne er bl.a. at protokolforslag skal visiteres via de 6 eksperimentelle enheder, at der skal fokuseres på sjældne sygdomme og/eller områder, hvor der er et udækket behov, samt at det skal være fase I eller tidlig fase II undersøgelser.

Udvalget besluttede at godkende følgende protokol: Behandling med Cetuximab og bevacizumab til patienter med hjernetumorer, tidligere behandlet med kirurgi, stråleterapi og Temodal, (RH + Århus).

Protokol: Erlotinib og bevacizumab til behandling af øvre GI og pancreatico-biliære avanceret karcinom, blev preliminært godkendt (RH).

Udvalget godkendte forslag til en rapporteringsmodel for de eksperimentelle enheder, udarbejdet i samarbejde mellem SST og Onkologisk afdeling, Herlev Amtssygehus.

Den kliniske, netbaserede database til registrering af patientgrupper i NKU regi er klar. Dog resterer enkelte tekniske problemer, hvortil der bliver søgt assistance i Kompetencecenter Øst.

Den seneste opgørelse af Second Opinion Panelets arbejde, årsopgørelse 2005, og evalueringen af second opinion ordningen blev offentliggjort d.

3.3.06. Materialet kan ses på Sundhedsministeriets og Sundhedsstyrelsens hjemmesider.

Indenrigs- og sundhedsministeriets konklusion er positiv over for ordningen.

Når der i panelets sager viser sig et behov for behandlingstilbud til en gruppe patienter, kan der via NKU besluttes oprettet en protokollert behandling på de eksperimentelle enheder.

Fra Lægemiddelstyrelsen oplyses det, at Sutent (sunitinib) og Nexavar (sorafenib) får en positiv EU opinion som hhv. second-line behandling til GIST og second-line beh. til metastatisk renalcellecancer.

Herceptin godkendes i kombination med kemoterapi til adjuverende behandling for primær brystcancer.

Næste møde finder sted 5. oktober 2006 i Sundhedsstyrelsen. NKU protokoloversigt kan ses på www.skaccd.org

Succeskriterier i kræftbehandlingen... *fortsat fra forsiden*

de 18 hoveduddannelsesstillinger på de store kræftcentre for øjeblikket er ubesat.

Uddannelsesaktiviteterne, især supervision og sparring med erfarne kolleger, er underlagt et stort tidspres i dagligdagen, og ingen ved reelt, hvilken effekt de forskellige uddannelsesaktiviteter har på den postgraduate uddannelse.

Det er derfor sidste udkald, når SKA via den Østdanske Styregruppe har fremsendt et oplæg om synliggørelse af ressourcer til postgraduate uddannelse til Dansk Selskab for Klinisk Onkologi.

Foruden synliggørelse af uddannelsesressourcer indeholder oplægget også et forslag til måling af effekten af aktiviteterne på den postgraduate uddannelse.

Tilsvarende bør der rettes op på de *forskningsmæssige aktiviteter* i den enkelte afdeling med regelmæssig videnskabelig kvalitetsvurdering, herunder publikationslister, akademisk profilering med disputatser og ph.d. afhandlinger, ligesom en uvildig udenlandsk analyse af de enkelte afdelinger vil være frugtbar.

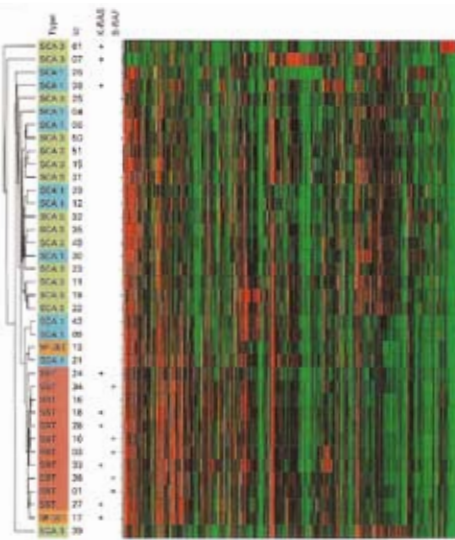
Ressourcer til de kliniske afdelinger

bør således vurderes fra flere vinkler med hensyntagen til afdelingens målsætning og med parametre, der er i stand til ikke blot at måle produktion men også omfatte omsorg for patienten, inklusiv kontinuerlige patientforløb, arbejdsmiljø og uddannelse og forskning set i international sammenhæng.

Det haster i fald hospitalsvæsenet skal kunne leve op til politikernes ønske om at satsning på kræftområdet skal udmønte sig i, at dansk onkologi kommer på højde med internationale standarder.

Ukendt primær tumor - en speciel sygdom

Af Anne Kristine Møller
Onkologisk afd., Finsencentret,
Rigshospitalet



Eksempel på microarray

Baggrund

Ukendt primær tumor (UPT) er en unik sygdomsgruppe, idet patienterne har en biopsiverificeret malign sygdom, men en primær tumor kan ikke identificeres klinisk, radiologisk eller biokemisk. Incidensen af UPT er mellem 0,5 % og 6,5 %, med en middellæder omkring 60 år og en let overvægt af mænd.¹

Omkring 5 % af de patienter der henvises til Onkologisk Klinik, Rigshospitalet (RH) ender med diagnosen UPT. UPT kan, histologisk, klassificeres i fire undergrupper: (i) adenocarcinom (højt eller moderat differentieret), der udgør 50-60 %, (ii) udifferentieret carcinom 25-40 %, (iii) planocellulært carcinom 5-8 %, og (iv) småcellet carcinom.^{1,2}

UPT er karakteriseret ved et meget aggressivt forløb, idet medianoverlevelsen for hele gruppen kun er få måneder³, og et uforudsigeligt meta-

staseringsmønster. Det sidste refererer til forskelle i lokaliseringen af metastaser fundet ved UPT, hvor primær tumor er identificeret ved autopsi og en kendt primær tumor fra samme organ. For eksempel, metastaserer 30-50 % af primære lungecancerer til knoglerne, mens lungecancerer som præsenterer sig som UPT kun involverer knoglerne i 4 % af tilfældene.³

En primær tumor identificeres kun i 10-20 % af patienterne antemortem. Ved autopsi identificeres primær tumor i 60-80 % af tilfældene.

Incidensen af de forskellige tumortyper fundet ved autopsi hos patienter med UPT afviger fra incidensen af de samme tumortyper hos patienter med kendt primær tumor. Baseret på 436 autopsier fra patienter med UPT blev de hyppigste primære tumorer påvist i pancreas (22 %) og lunger (20 %), hvorimod renalcelle carcinom, colon-, lever-, prostata-, urinvejs- og ovariecancer hver udgjorde mellem 2 og 5 % af tilfældene.¹ I et andet retrospektivt studie, blev de hyppigste primære tumorer fundet i mavetarmkanalen (26 %), lungerne (23 %) samt i pancreas og galdevejene (37 %).⁴ Muligheden for at identificere primær tumor er i de fleste tilfælde korreleret til den histologiske gradering af tumoren, idet højt differentierede tumorer resulterer i en højere succes rate end udifferentierede tumorer.^{1,4}

Da specifik kræftbehandling kræver kendskab til den primære tumor, er behandlingen af patienter med UPT en stor udfordring. Patienter med UPT gennemgår ofte utallige undersøgelser med henblik på at identificere primær tumor. Udredningstiden er ofte lang og data vedrørende et rationelt udred-

ningsforløb er mangelfulde. Med flere nye, mere specifikke og mere effektive cytostatika er vigtigheden af at identificere primær tumor blevet mere preserende. Der er således et klart behov for at etablere nye og bedre diagnostiske værktøjer og behandlingsstrategier for denne patientgruppe.

Hidtil har Rigshospitalets onkologiske center været det eneste i Danmark der har taget sig af denne patientgruppe og Onkologisk Klinik, RH, har valgt denne sygdomsgruppe som et af sine udviklingsområder. Der henvises hvert år mellem 80 og 100 patienter med UPT til Rigshospitalet.

Udredningsprogram

Der foreligger som anført ikke et standard udredningsprogram for disse patienter, men der skal som minimum foretages en grundig anamneseoptagelse, objektiv undersøgelse samt tages diverse blodprøver (hæmatologi, nyre- og levertal, inkl. LDH). Tumormarkører er generelt relativt uspecifikke og værdien hos patienter med UPT er kun begrænset belyst. Vi forsøger for øjeblikket at afklare værdien af α -fættoprotein, Hcg, PSA, CA 19-9 og CA-125.

Der bør derudover foreligge en CT scanning af thorax og abdomen. Der findes ingen data til belysning af om endoskopisk undersøgelse af mavetarmkanalen er indiceret hos patienter med UPT og adenocarcinom og man har hidtil kun anbefalet undersøgelse af GI-kanalen hos patienter i fald der er symptomer. Bronkoskopi anbefales hos patienter med mistanke om primær lungecancer.

Det er vigtigt at identificere de patienter med cancertyper, hvor

Ukendt primær tumor - en speciel sygdom

prognosen er god og der forefindes en specifik behandling.

Hos kvinder med adenocarcinom bør der således foretages følgende undersøgelser:

- Klinisk mammografi (mammografi og UL af mammae) mhp mamma-cancer
- Gynækologisk undersøgelse, CT af bækken, og evt. abrasio mhp gynækologisk cancer
- Palpation af thyroidea mhp thyroideacarcinom

Hos mænd med adenocarcinom:

- Måling af PSA og palpation af prostata mhp prostatacancer
- Palpation af mammae mhp mamma-cancer
- Palpation af thyroidea mhp thyroideacarcinom

Patienter med lymfeknudemetastase på hals med planocellulært carcinom bør udredes og behandles i henhold til retningslinier udarbejdet af DAHANCA.

Hvis ovenstående undersøgelser ikke identificere primær tumor bør patienten henvises til Onkologisk Klinik, Rigshospitalet mhp behandling for ukendt primær tumor.

Fremtidige udredningsmuligheder for patienter med UPT

På Rigshospitalet undersøges i øjeblikket, i en prospektiv undersøgelse, værdien af nye diagnostiske værktøjer for patienter med UPT.

DNA microarray

DNA microarray (gen ekspression

profiler) er for nylig blevet introduceret inden for cancerområdet. Som beskrevet ovenfor, er identifikation af primær tumor af stor vigtighed for at give den optimale behandling. I den sammenhæng er det af speciel interesse, at DNA microarray teknik i blinde forsøg har kunnet påvise det anatomiske udgangspunkt for tumorer i op til 90 % af tilfældene og for deres tilsvarende metastaser i 75-84 % af tilfældene.⁵⁻⁷ Disse data tyder derfor på at metastaser bibeholder mange af primær tumorens molekylærbiologiske karakteristika. Med den antagelse at UPT bevarer karakteristika af primær tumor, kunne anvendelsen af DNA microarray på friskt metastatisk tumorvæv således spille en betydningsfuld diagnostisk rolle for patienter med UPT.

Patienter med UPT får derfor foretaget en ultralydsvejledt biopsi fra en eller flere let tilgængelige metastaser. Gen expression profiler fra UPT metastaserne vil blive sammenlignet med genprofiler i et tumorbibliotek med kendte cancertyper i et forsøg på at identificere det anatomiske udgangspunkt for UPT.

PET/CT scanning som et diagnostisk værktøj til patienter med UPT

Hel krops FDG PET scanning har vist sig værdifuld til at identificere primære tumorer og deres metastaser i mange forskellige maligne lidelser, inkl. hoved- og halscancer, colorektal cancer, lymfom og malignt melanom. Det har også været vist i mindre studier, at FDG PET scanning er et godt diagnostisk værktøj til patienter med UPT. Det har således været muligt at foreslå en primær tumor i mellem 24 og 53 % af

tilfældene.¹ Begrænsningen ved FDG PET scanning er, at man kun opnår sparsomme anatomiske informationer. Kombinationen af PET og CT scanning vil formentlig kunne bedre dette. To studier har undersøgt værdien af at fusionere CT og PET scanning hos patienter med UPT. Gutzeit et al identificerede primær tumor i 15 (33 %) ud af 45 patienter ved denne metode. Ved bedømmelse af PET og CT side-by-side fandt man primær tumor hos 13 (29 %) ud af 45 patienter. PET og CT alene afslørede henholdsvis 11 (24 %) og 8 (18 %) primære tumorer. Der var ingen signifikante forskelle.⁸ Nanni et al inkluderede 21 patienter med UPT og de påviste en primær tumor i 12 (57 %) ud af 21 patienter.⁹ I begge studier indgik mange patienter med lymfeknudemetastaser i hoved-hals området.

136 patienter med UPT vil på RH få foretaget PET/CT som en del af deres udredningsprogram for at afklare om antallet af primære tumorer, der kan påvises, øges med 15 % ved at bruge PET/CT i forhold til CT alene. Desuden vil det blive undersøgt om anvendelsen af PET/CT kan forkorte udredningsforløbet betydeligt og om samme information opnås ved denne undersøgelse sammenlignet med de øvrige undersøgelser patienten har gennemgået inden henvisning.

Patienter med UPT og adenocarcinom

Patienter med metastaserende adenocarcinom udgør mellem 50-80 % af alle tilfælde af UPT. I litteraturen foreligger der forskellige data vedrørende hvor mange primære tumorer der påvises i mavetarmkanalen hos patienter med UPT. Antallet af GI

cancere varierede således mellem 3 % og 20 %.^{1;4;10} Der foreligger ingen data om at endoskopisk undersøgelse af mavetarm-kanalen er indiceret hos patienter med UPT og adenocarcinom. Behandlingsmulighederne for dissemineret gastrointestinal cancer var indtil få år siden meget beskedne. I dag findes flere kemoterapiregimer for denne patientgruppe,¹¹ og cisplatinholdige regimer som gives til patienter med UPT er ikke det optimale.

Ved DNA microarray analyser har man for nylig identificeret en tyrosin phosphatase, kaldet PRL-3 som en stærk markør for metastaserende colorektal cancer (CRC). Dette protein er således højt udtrykt i alle CRC metastaser men ikke i andre cancer typer eller deres metastaser.^{12;13}

Patienter med UPT og adenocarcinom uden GI-symptomer vil på RH få foretaget gastroskopi og koloskopi som en del af deres udredningsprogram. Samtidig vil tumorevævet blive farvet for PRL-3.

Behandling af patienter med UPT

Patienter med UPT, hvor histologi og lokalisation af tumor leder mistanken hen på et specifikt udgangspunkt (organ), bør behandles i henhold til regimer/retningslinier for en cancer udgående fra det pågældende organ. Disse patienter har en god prognose med overlevelse svarende til en tumor med kendt udgangspunkt.

- Patienter med planocellulært carcinom på hals: bør udredes og behandles i henhold til DAHANCA's retningslinier

- Kvinder med lymfeknudemetastaser i axil med adenocarcinom: bør behandles som havende en c. mammae og behandles i henhold til DBCG's retningslinier.
- Yngre mænd (< 55 år) med hurtigt voksende midtlinie tumorer, hvor histologien enten er lavt differentieret carcinom eller adenocarcinom, evt. med forhøjet Hcg eller α -fætoprotein: bør behandles som havende en germinativ tumor.
- Kvinder med ascites og adenocarcinom (kaldet "multifocal extraovarian serous carcinoma"): bør behandles som havende en ovariecancer med platin-baseret kemoterapi og evt. debulking operation. CA-125 er oftest forhøjet.
- Mænd med primært skleroserende knoglemetastaser, adenocarcinom og forhøjet PSA i blod eller positiv PSA i tumorevæv: bør behandles som havende c. prostatae med endokrinbehandling.

Patienter med nogle af disse specifikke billeder, hvor det er muligt at pege på en primær tumor, indgår ikke i vores klassifikation af UPT og behandles ikke som sådan.

Behandling af patienter hvor man ikke kan komme med et muligt diagnoseforslag

Denne gruppe af patienter udgør størstedelen af patienterne med UPT. Der findes ikke en specifik behandling, og behandling med kemoterapi er den eneste mulighed. De har som udgangspunkt en dårligere prognose end de ovenfor beskrevne undergrupper.

Den mediane overlevelse hos pa-

tienter med UPT, der behandles med kemoterapi er mellem 2 og 17 måneder. Patienter med et objektivt respons på kemoterapi har en længere overlevelse (8-37 måneder) end patienter der ikke responderer (2-6 måneder).¹

For patienter behandlet med platinholdige regimer ligger responsraten mellem 25 og 50 %, og 10-25 % opnår komplet remission, hvorimod for patienter behandlet med ikke-platinholdige regimer ligger responsraten lavere (15-35 %), og kun få opnår komplet remission.¹

Nye stoffer som Gemcitabin, taxaner og irinotecan er undersøgt hos mindre grupper af patienter med UPT og har vist interessante resultater med responsrater på mellem 17-45 %.¹ På baggrund af tilgængelige data er det dog ikke muligt at opstille forslag til standardbehandlinger, men data tyder på at regimerne skal indeholde platin.

Behandlingen af patienter med UPT er fortsat eksperimentel. I øjeblikket findes der på RH to behandlingsprotokoller afhængig af alder og performance status (PS).

- Patienter mellem 18-65 år i PS 0-1: tilbydes en kombination af Cisplatin, Taxol og Gemcitabin. Denne behandling vil være aktiv mod tumorer udgået fra lunge, pancreas, genitalier, blære mv.
- Patienter mellem 66 og 75 år i PS 0-1 og patienter mellem 18 og 65 år i PS 2 hvor behandling findes indiceret: Behandles med en kombination af Oxaliplatin og Gemcitabin. Denne behandling har forventelig færre birkninger end ovenstående behandling og retter sig mod tumorer

Ukendt primær tumor - en speciel sygdom

udgået fra pancreas, gastrointestinalkanalen, genitaler mm.

Vi er i øjeblikket ved at opgøre resultaterne for patienter med UPT behandlet med Cisplatin, Taxol og Gemcitabin fra 1999 til nu. Resultaterne for de første 36 patienter har vist en respons rate på 50 %.

Mange nye targeterede biologiske stoffer bliver i øjeblikket undersøgt og anvendt til patienter med solide tumorer. Det humane HER2 onkogen (ErbB2) er overudtrykt hos op til 65 % af patienter med UPT.^{14,15} Hidtil er der dog ikke fundet nogen korrelation til prognose, som ved brystcancer.¹⁴⁻¹⁶ ErbB1 (Epidermal Growth Factor Receptor (EGF-R)) er ligeledes udtrykt i mange solide tumorer,¹⁷ men det er uvist om EGF-R er udtrykt hos patienter med UPT. VEGF er højt udtrykt hos 80 % af patienter med UPT.¹⁸ Inhibitorer mod HER-2, VEGF og EGF-R har vist anti-tumor aktivitet i mange solide tumorer.^{17,19} Undersøgelse af effekten af kemoterapi sammen med targeteret behandling hos patienter med UPT er det næste skridt i et forsøg på at udvikle en bedre behandling.

Onkologisk afdeling, RH, vil derfor om kort tid tilbyde patienter med UPT indgang i et randomiseret fase II forsøg med et af regimerne som ovenfor beskrevet +/- Avastin.

Reference liste

1. Daugaard G, Petersen L. Tumours of unknown origin. In: *Textbook of Medical Oncology* (Cavalli, F, Hansen, H, Kaye, S et al, eds), 3 edn. 2004: 341-51.
2. Hillen H. Unknown primary tumours. *Postgrad Med Journal* 2000; 76: 690-3.
3. Pavlidis N, Briasoulis E, Hainsworth J et al. Diagnostic and therapeutic management of cancer of unknown primary. *Eur J Cancer* 2003; 39: 1990-2005.
4. Blaszyk H, Hartmann A, Björnsson J. Cancer of unknown primary: clinicopathologic correlations. *APMIS* 2003; 111: 1089-94.
5. Bloom G, Yang I, Boulware D et al. multi-platform, multi-Site, microarray-based human tumor classification. *Am J Pathol* 2004; 164: 9-16.
6. Ramaswamy S, Tamayo P, Rifkin R et al. Multiclass cancer diagnosis using tumor gene expression signatures. *Proc.Natl. Acad.Sci.USA* 2001; 98: 15149-54.
7. Su A, Welsh J, Sapinoso L et al. Molecular Classification of Human Carcinomas by Use of Gene Expression Signatures. *Cancer Research* 2001; 61: 7388-93.
8. Gutzeit A, Antoch G, Kuhl H et al. Unknown primary tumours: Detection with dual-modality PET/CT - Initial experience. *Radiology* 2005; 234: 227-34.
9. Nanni C, Rubello D, Castellucci P et al. Role of 18F-FDG PET-CT imaging for detection of an unknown primary tumour: preliminary results in 21 patients. *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 2005; 32: 589-92.
10. Al-Brahim N, Ross C, Carter B et al. The value of postmortem examination in cases of metastasis of unknown origin - 20-year retrospective data from a tertiary care center. *Ann Diag Pathol* 2005; 9: 77-80.
11. Meyerhardt J, Mayer R. Systemic therapy for colorectal cancer. *NEJM* 2005; 352: 476-87.
12. Bardelli A, Saha S, Sager J et al. PRL-3 Expression in Metastatic Cancers. *Clin Cancer Res* 2003; 9: 5607-15.
13. Saha S, Bardelli A, Buckhaults P et al. A Phosphatase Associated with Metastasis of Colorectal Cancer. *Science* 2001; 294: 1343-6.
14. Hainsworth J, Lenington W, Greco F. Overexpression of Her-2 in Patients With Poorly Differentiated Carcinoma or Poorly Differentiated Adenocarcinoma of Unknown Primary Site. *J Clin Oncol* 2000; 18: 632-5.
15. Pavlidis N, Briasoulis E, Bai M et al. Overexpression of C-myc, Ras and C-erbB-2 oncoproteins in carcinoma of unknown primary origin. *Anticancer Research* 1995; 15: 2563-7.
16. Slamon D, Clark G, Wong S et al. Human breast cancer: correlation of relapse and survival with amplification of the HER-2/neu oncogene. *Science* 1987; 235: 177-82.
17. Laskin J, Sandler A. Epidermal growth factor receptors: a promising target in solid tumours. *Cancer Treatm Rev* 2004; 30: 1-17.
18. Karavasilis V, Malamou-Mitsi V, Briasoulis E et al. Angiogenesis in cancer of unknown primary: clinicopathological study of CD34, VEGF and TSP-1. *BMC Cancer* 2005; 5: 1-7.
19. El-Rayes B, LoRusso P. Targeting the epidermal growth factor receptor. *BR J Cancer* 2004; 91: 418-24.

SKØ NYT

Udgives af "Sammenslutningen af danske kræftafdelinger" og udkommer fire gange årligt.

REDAKTION

Ansvarshavende redaktør:
Heine Høi Hansen
Redaktør:
Bodil Diemer
SKA's sekretariat, afsnit 5072
Rigshospitalet
Blegdamsvej 9
2100 København Ø
Tlf.: 3545 4090
E-mail: bodil.diemer@rh.hosp.dk

Kontakt til redaktionen

Har du forslag til artikler eller andet indhold, så kontakt Heine Høi Hansen eller Bodil Diemer

TRYK

Hertz bogtrykkergården a/s
Tlf.: 3254 4022
E-mail: post@hertz.dk

LAYOUT

Diemer Illustration:
per@diemerillustration.dk

TAT 2006 – 16-18. marts i Amsterdam



Af Jon Lykkegaard Andersen & Kristoffer Staal Rohrberg
Finsen Centret, Rigshospitalet

For 4. gang afholdt NDDO (New Drug Development Office) og ESMO symposium om targeteret cancer behandling.

Symposiet foregår i Amsterdam, og har omkring 500 deltagere fra hele verden. Vi var fem yngre og en lidt ældre onkolog fra Rigshospitalet i en noget broget flok, der strakte sig fra repræsentanter fra de store medicinalfirmaer til folk der nærmest repræsenterede enkeltmands biotekfirmaer. Fokus lå på de tidlige faser af udviklingen af targeteret behandling. Således blev der præsenteret en del prækliniske studier samt fase I og II studier.

Renalcelle karcinom

Sidste år på TAT2005 blev der diskuteret nye medicinsk onkologiske behandlingsmuligheder til renalcelle karcinom (RCC) i form af de 2 orale multitarget tyrosinkinase hæmmere sorafenib og sunitinib. Professor Martin Gore fra Royal Mars-

den i London fulgte i år op på resultaterne. Status er, at begge stoffer er blevet godkendt af FDA til behandling af avanceret RCC. Godkendelsen er for sorafenibs vedkommende sket på baggrund af et fase III studie (præsenteret på ASCO 2005), der viste, at 2. linie behandling med sorafenib forlænger progressionsfri overlevelse fra 12 til 24 uger. Sunitinib er godkendt på baggrund to store fase II studier, der viste responsrater på op imod 40 % som 2. linie behandling.

Disse nye stoffers bivirkningsprofil gør, at man kan gøre sig forhåbninger om, at de vil kunne være reelle behandlingstilbud til patienter med stadium III og IV RCC-patienter, der har begrænset gavn af den eksisterende behandling med interferon og interleukin. Der pågår fase II studier, der skal afgøre om de har en plads som 1. liniebehandling, og hvordan de evt. skal kombineres.

Metoder i onkologiske fase I og II studier

Et stigende problem i studier med

targeteret behandling er, at man kun i enkelte tilfælde opnår respons efter RECIST kriterierne. I mange tilfælde er stabil sygdom eller langsom progression lig med en effekt af behandlingen. Mangel på evaluerbare parametre giver risiko for at effektiv behandling bliver kasseret inden den kommer ud i klinikken. Derfor blev der i forbindelse med symposiet afholdt et møde i en nyoprettet "Task Force on Methodological Issues in Oncology Drug Development" (MDICT).

MDICT havde i første omgang koncentreret sig om metodologien i fase I og II studier. Både i MDICT og i debatten i plenum var der enighed om, at den største opgave fremover lå i at finde valide surrogat mål for behandlingseffekt af den targeterede behandling. I den sammenhæng blev nævnt bl.a. biologiske markører og billeddiagnostik f.x. UL med doppler, High Field MRI, og PET.

Ingen biomarkør = intet studie!

Professor Alex Adjei fra Mayo Clinic

Personalenyt



Nightingale-prisen 2006

Lena Ankersen, udviklingssygeplejerske, Onkologisk klinik, Finsencentret deler Rigshospitalets Nightingale-pris 2006 med Anne Kolding Rørvik, Uddannelsesleder ved Anæstesi- og operationsklinikken, HovedOrtoCentret.

Lena Ankersen har arbejdet som onkologisk sygeplejerske siden 1982 og kom i 1990 til Rigshospitalets onkologiske afdeling. Lena har gennemført

flere efteruddannelser og er aktuelt i gang med den sygeplejefaglige kandidatuddannelse (cand.cur.) samtidig med jobbet som udviklingssygeplejerske. Lena Ankersen er desuden medforfatter til Lærebog for onkologisk sygepleje.

Sygeplejen til kræftsyge patienter har stået centralt i Lena Ankersens indsats gennem årene. Lena har således bidraget til optimering af patientforløb på tværs af klinikker på Rigshospitalet,

TAT 2006 – 16-18. marts i Amsterdam... fortsat fra side 7

holdt foredrag, der omhandlede design af studier med targeteret behandling.

Målet med fase I studier er at fastlægge den dosis, der skal benyttes i de videre studier. Tidligere har den maksimale tolererede dosis (MTD) været benyttet som endpoint i fase I studier. Da targeteret behandling ofte er relativt fattig på bivirkninger, er denne strategi ikke længere meningsfuld. Ved flere af disse nye stoffer opnår man ikke MTD.

Det blev foreslået, at fokus rettes mod dosis limiterende toxicitet, farmakokinetik og biomarkører i fremtidige fase I studier. I de tilfælde hvor MTD ikke kan bestemmes foreslås, at man ved hjælp af farmakokinetiske og in vitro data fastsætter anbefalede dosis i fase II studier. På længere sigt kan biomarkører få en central rolle i fastsættelse af dosis, men indtil nu har resultaterne været skuffende.

Professor Adjei gik så langt som til at sige at uden en relevant biomar-

kør intet studie. Målet er naturligvis at kunne monitorere behandlingseffekt og samtidig vurdere om stoffernes virkningsmekanisme er, som vi forventer.

Membranreceptorer

I erkendelsen af at der er adskillige intracellulære mekanismer, der kontrollerer proliferationen af cancerceller, var fokus i høj grad også lagt på de såkaldte "multi tyrosinkinase hæmmere". Under parolen "Dirty tumors need dirty drugs", fremlagde Frances Shepherd fra Princess Margaret hospitalet i Toronto lovende resultater med lapatinib, der er en EGFR og HER2 hæmmer, over for brystcancer - selv hos patienter, der er resistente over for herceptin. Til gengæld var resultaterne ved lungecancer skuffende.

Derudover var der en række andre lovende multi tyrosinkinase hæmmere, der targeterer både EGFR og VEGFR, såsom ZD6474 (Zactima), som netop er gået ind i fase III studie som 2. linie

behandling til NSCLC, bl.a. i Danmark.

Nanoteknologi

Ved hjælp af nanopartikel 'carriers' har en gruppe på Washington University i USA kunnet demonstrere levering af høje doser doxorubicin og taxol til selekterede celler. Perspektivet i denne behandling er naturligvis at kunne levere høje koncentrationer cytotoxika i maligne celler med kun meget små koncentrationer i normalvævet.

Et besøg værd

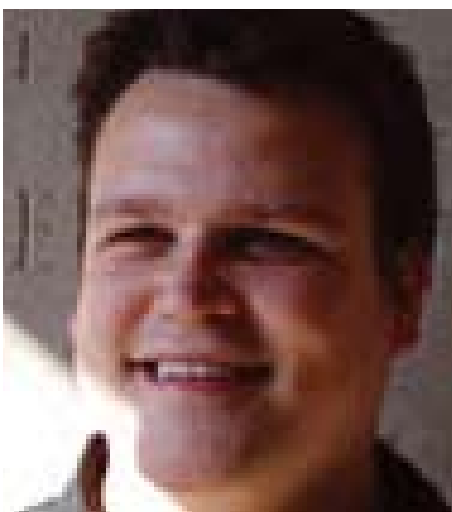
Foråret var her midt i marts heller ikke kommet til Amsterdam, hvor man ind i mellem de mange sessioner kunne nå et museumsbesøg i anledning af 400 året for Rembrandts fødsel. TAT2006 er et meget velarrangeret symposium og overordentlig anbefalelsesværdig for onkologer, der ønsker en grundig opdatering i de nye targeterede medicinske behandlingsmuligheder.

specielt patienter med hoved-hals-cancer. Derudover har Lena Ankersen været projektleder for udarbejdelse af en standard med definerede kvalitetsmål, ernæringsretningslinjer og ernæringsjournal, hvilket efterfølgende resulterede i etablering af en ernæringsenhed med Lena Ankersen som projektleder. Derudover er Lena formand for dokumentationsudvalget i Finsencentret.

I indstillingen til årets Nightingalepris hedder det bl.a.:

"Lena Ankersen er en visionær og dybt engageret sygeplejerske, en ildsjæl der ser sygeplejen i det store perspektiv. Omdrejningspunktet for Lena er patienten og de pårørende."

Portræt af Årets Yngre Forsker 2006



Thomas Tuxen Poulsen, der vandt førstepræmien i årets foredragskonkurrence arrangeret af Foreningen af Yngre Forskere på Rigshospitalet (FYF), har sin daglige gang som PhD-stude-

rende på Strålebiologisk Laboratorium. Thomas er uddannet cand. scient i humanbiologi fra 2004 og blev tilknyttet Strålebiologisk Laboratorium allerede som specialestuderende. Efter endt uddannelse fortsatte Thomas i en midlertidig forskningsassistentstilling indtil han fra 2005 blev ansat som Ph.d.-studerende finansieret af et stipendium fra Københavns Universitets sundhedsvidenskabelige fakultet.

Thomas' PhD-projekt omhandler udvikling af en genterapeutisk strategi til behandling af den ondartede småcellede lungekræft, der ikke kan rammes effektivt nok med de eksisterende behandlingstilbud. Mere specifikt går projektet ud på at identificere en såkaldt promoter, der er i stand til specifikt at aktivere et selvmordsgen i kræftceller, imens kroppens normale væv forbliver upåvirkede af behandlingen. Endemålet for genterapiprojektet er at udvikle en potent behandling, med få bivirkninger, der specifikt er målrettet imod at slå kræftcellerne ihjel og som kan erstatte eller supplere de eksisterende behandlingsformer. Det er lykkedes at identificere en ny promoter, der specifikt og potent kan aktivere et selvmordsgen, som slår småcellet lungekræftceller ihjel imens celler af anden oprindelse ikke påvirkes af behandlingen. Næste skridt bliver at teste systemet på dyremodeller inden man i fremtiden håber at kunne overføre behandlingen til patienter med småcellet lungekræft. Det var præsentationen af denne forskning, der blev belønnet med førstepræmien ved FYF's årlige foredragskonkurrence.

Thomas er er bragende dygtig formidler, kan træde i karakter, når det er nødvendigt og er en naturlig sam-

lende medarbejder i laboratoriet.

For yderligere informationer vedr. genterapi imod småcellet lungekræft og øvrige forskningsprojekter på Strålebiologisk laboratorium, se www.radiationbiology.dk

Onkologiprisen 2006

Overlæge Marie Overgaard, onkologisk afdeling, Århus Universitetshospital, har modtaget Dansk Selskab for Klinisk Onkologis hæderspris, Onkologiprisen 2006. Marie Overgaard hører til blandt de mest internationalt anerkendte kræftforskere i Danmark. Hendes forskning har primært været inden for strålebehandling af brystkræft og hoved-halskræft. Hendes forskning har bidraget til en stedse mere effektiv og mere skånsom behandling for disse kræftformer. Onkologiprisen er på 20.000 kr og betragtes som den fornemste hæder i Danmark inden for klinisk kræftforskning.

Ny professor i klinisk sygepleje

Københavns Universitet, UCSF og dermed også Rigshospitalet har fået sit første professorat i klinisk sygepleje. **Lis Adamsen**, som siden 1990 har været klinisk lektor og forskningsleder ved Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning (UCSF) har modtaget et 5-årigt forskningsprofessorat doneret af Lundbeckfonden. Forskningsområdet er "nye interven-

Personalenyt

tioner og perspektiver i forskning med kræftpatienter". Lideløbende med professoratet skal Lis Adamsen fortsat varetage stillingen som lektor og forskningsleder ved UCSF.

Ny doktordisputats



Speciallæge Bo Grønlund har forsvaret sin afhandling: "Progressive epithelial ovarian carcinoma - prognostic factors and clinical management" og fået tildelt doktorgraden i medicin.

Disputatsen drejede sig om behandling af kvinder med kræft i æggestokkene. Det vigtigste fund var at effekten ved kemoterapi fremover bør følges ved at måle blodværdien af tumormarkøren CA125 i stedet for ved CT-scanning eller ultralyd. Blodprøvemåling kan mere præcist end de tidligere anvendte metoder forudsige effekten af behandlingen.

Herudover blev det vist at ældre patienter ikke har forøgede bivirkninger når de modtager den samme kræftbehandling som yngre patienter. Der er derfor ikke nogen grund til at

ældre patienter ikke skal nyde godt af de seneste landvindinger indenfor kræftbehandling.

Det videnskabelige arbejde er støttet af Kræftens Bekæmpelse samt en lang række private fonde

Arbejdet er udført under Bo Grønlands ansættelse som læge og klinisk assistent på Onkologisk Klinik.

Afhandlingen kan rekvireres ved at kontakte e-mail: bo.gronlund@dadlnet.dk

Forsvaret fandt sted den 19. maj 2006, Medicinsk Museion, København.

Opponenten: Professor Claes Tropé, Norge og Professor Anders Jakobsen.

Anders Navrsted Pedersen



Ph.D. **Anders Navrsted Pedersen** er 1. marts tiltrådt som overlæge på Onkologisk Klinik, Finsencentret, Rigshospitalet. Anders Pedersen er speciallæge i onkologi, har brystkræft som sit hovedforskningsområde, og arbejder specielt med radioterapi, hvor han har en europæisk ekspert position indenfor åndedrættstilpassede behandlingsteknikker.

Seppo W. Langer



Overlæge fra 1. februar 2006 efter ansættelse i en årrække som afdelingslæge på Finsen Centret, Rigshospitalet. Tidligere ansvarsområdet var småcellet lungekræft. Desuden ansvar for implementering af Rigshospitalets behandlinger på Bornholm, i første omgang mammacancer, colorectal-cancer og NSCLC, samt for kontakten til Færøerne og Grønland og for udvikling af telemedicin i klinikken. Speciallæge i intern medicin og medicinsk onkologi. Translationel forskning, hovedsageligt inden for topoisomerase-rettede anticancermidler. Opdagede og startede udviklingen af Savene (dexrazoxan) som en helt ny ikke-kirurgisk behandling af extravasation af anthracykliner. Forsvarede Ph.d.-afhandling herom. Mangeårig aktiv i DMO's bestyrelse og kursusudvalg samt indenfor SKA og DOLG. Seppo Langer er 42 år, gift og har 3 børn i alderen 7 til 16 år.

Claus Andrup Kristensen



Claus Andrup Kristensen er ansat som overlæge ved Onkologisk Klinik, Rigshospitalet med ansvar for behandling af patienter med kræft i hovedhals området og strålebehandling af patienter med lungecancer. Han er speciallæge i onkologi og har flere års erfaring med eksperimentel kræftforskning fra laboratorier ved Massachusetts General Hospital, Boston, USA og Københavns Universitet samt ekspertise indenfor avanceret strålebehandling, især intensitets-moduleret stråleterapi (IMRT).

Personalenyt fra Odense Universitetshospital

Per 1. maj 2006 er speciallæge i onkologi, ph.d. **Steinbjørn Hansen** ansat som overlæge på Onkologisk Afdeling R, Odense Universitetshospital. Han får det overordnede ansvar for behand-

ling, forskning og udvikling af prostata cancer og CNS-tumorer.

Overlæge, dr.med. Kamma Bertelsen fratræder sin stilling og går på pension den 30. september 2006. Der vil blive afholdt et afskeds Symposium den 1. september 2006 i Odense.



Odense Universitetshospital **OUH**

Gynecologic Cancer Symposium in the honour of Kamma Bertelsen September 1, 2006, Odense, Denmark

Invitation til symposium

Vores kollega overlæge Kamma Bertelsen har besluttet sig for at træde tilbage i efteråret 2006. I den anledning har ledelsen på Onkologisk afdeling R i samarbejde med Syddansk Universitet arrangeret et 1-dags symposium den 1. september på Syddansk Universitet, Campusvej 55, 5230 Odense M, auditorie 100.

Foreløbigt program for dette symposium er vedlagt.

På vegne af organizing committee

Mansoor Raza Mirza
overlæge

NB: Af hensyn til planlægningen bedes du venligst tilmelde dig pr. e-mail til projektsekretær Christina Andersen (christina.andersen@ouh.fyns-amt.dk), Klinisk Forskningsenhed, OUH eller overlæge Mansoor Raza Mirza (mansoor.raza.mirza@ouh.fyns-amt.dk), Onkologisk afdeling R, OUH.

Nye lægemidler mod kræftsygdomme

Tarceva® (erlotinib) (Roche)

Baggrund for udvikling af Tarceva

Tarceva er et stof designet til at blokere tyrosinkinase (TK) der er knyttet til vækstfaktor-receptoren epidermal growth factor receptor type 1 (EGFR 1). Tarceva er et molekyle, der efter passage af cellemembranen binder sig til tyrosinkinase inhibitor (TKI) domænet på EGFR. Ved at blokere receptoren hæmmes EGFR 1 i at sende vækstfremmende signaler til cellens kerne, hvorved de funktioner i cellen, der afhænger af dette stimuli vil reduceres eller ophøre. Dette kan føre til væksthæmning og svind af tumor.

Hvem har gavn af behandling med Tarceva?

Tarceva blev godkendt af de europæiske registreringsmyndigheder i september 2005. Den anbefalede dosis af Tarceva er 150 mg. En Medicinsk Teknologivurdering (MTV rapport) offentliggjort november 2005 anbefa-

ler, at Tarceva anvendes som 2./3. linie behandling til behandling af patienter med lokalt fremskreden eller metastatisk ikke-småcellet lungecancer (NSCLC).

Den kliniske effekt

Effekt og sikkerhed af Tarceva er bl.a. dokumenteret i et randomiseret, dobbeltblindet, placebokontrolleret studie (BR.21) hos 731 patienter med lokalt fremskreden eller metastatisk NSCLC efter behandlingssvigt af mindst et kemoterapiregime. Patienterne blev randomiseret i forholdet 2:1 til behandling med Tarceva 150 mg eller placebo oralt én gang daglig. Forsøgets primære endepunkt var overlevelse.

Den mediane overlevelse blev forbedret med 43 % og var 6,7 måneder i Tarceva-gruppen vs. 4,7 måneder i placebogruppen ($p = 0,002$). Efter 12 måneder var hhv. 31 % og 22 % i live i Tarceva- og placebogruppen.

Den objektive responsrate iht. RECIST kriterierne var 9 % i Tarceva-gruppen.

Andelen af patienter, som oplevede komplet respons, partiel respons eller stabil sygdom var hhv. 44 % vs. 28 % i Tarceva- og placebo-gruppen ($p = 0,004$).

Sammenlignet med placebo medførte Tarceva symptombedring ved signifikant at forlænge tiden indtil forværring af hoste, dyspnø og smerter.

De hyppigste bivirkninger i Tarceva-armen var udslæt (75% Tarceva vs. 17% placebo) og diarré (54% Tarceva vs. 18% placebo). Sværhedsgraden for hovedparten af disse hændelser var milde til moderate.

Flere igangværende undersøgelser vurderer også effekten af Tarceva ved andre solide tumorer, f.eks. hoved-hals-cancer, gastrointestinale tumorer etc.

I Danmark er behandlingen af NSCLC med Tarceva p.t. centraliseret på de onkologiske afdelinger i Århus, Odense og Rigshospitalet via Second Opinion udvalget.

Yngre Læger i onkologisk forskning

af Jesper Eriksen, FYO

"Yngre Læger i onkologisk forskning..."

..er titlen på et kursus som SKA planlægger i et samarbejde med Foreningen af Yngre Onkologer. Kurset henvender sig primært til yngre læger med få år i onkologien og/eller læger der har lyst til at komme i gang med onkologisk forskning. Kurset, der finder sted på Rungstedgaard i Rungsted i dagene 30/11 til 1/12 2006 giver en bred introduktion til såvel klinisk som basal kræftforskning i Danmark, ligesom der sættes fokus på litteratursøgning og statistiske grundbegreber relateret til onkologi. Vi har forsøgt

at sammensætte et spændende og informativt program således at der skulle være mulighed for at tage hjem med et godt udbytte. Der er længe til 30. november, men vi tror at der bliver rift om de relativt få pladser så det kunne være en god ide at overveje deltagelse allerede nu. Allerede i dette nummer vil der være mulighed for at tilmelde sig, ligesom tilmeldingsblanket vil være at finde i FYO-posten i den kommende tid. Det er lykkedes at holde kursusdeltagelse, bespisning og overnatning nede på en meget rimelig pris.

I sidste nummer af SKA-nyt blev FYO's kommende undersøgelse af arbejdsmiljøet på landets onkologiske afdelin-

ger nævnt. Undersøgelsen finder sted i samarbejde med arbejdsmedicinsk klinik på Århus Sygehus som står som garant for såvel fuld anonymitet som en lødig og valid udførelse og bearbejdning af data. Vi er nu kommet så langt at der sendes spørgeskemaer ud til alle yngre læger som var ansat på en onkologisk centerafdeling pr. 1/4 2006. Spørgeskemaerne sendes ud i løbet af juni måned og resultaterne af undersøgelsen forventes at foreligge sidst på efteråret. Vi håber meget at alle der får tilsendt spørgeskemaet vil tage sig tid til at udfylde og returnere det således at FYO's undersøgelse kan indgå som en vigtig del af den løbende debat om lægemangel og rekruttering til onkologien.

Nyt fra sygeplejen

PICC-LINE silikonekateter til behandling

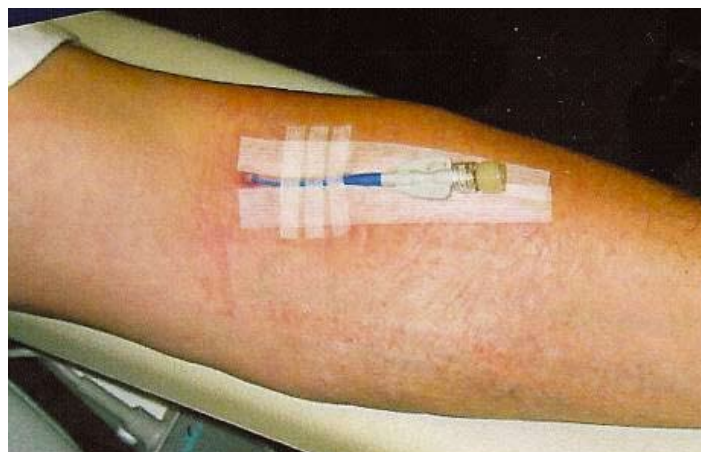
I Næstved har de første kræftpatienter fået anlagt et millimetertyndt kateter i en blodåre. Kateteret befrier patienterne for alle de mange stik, som de normalt får i forbindelse med kemoterapi, blodtransfusion og blodprøvetagning. Kateteret benyttes til udvalgte patientgrupper.

Et PICC-line kateter kan ligge i blodåren op til ét år, og patienterne kan gå i bad og svømme med kateteret. Forbindingen skal skiftes en gang om ugen.

Onkologisk Ambulatorium på Storstrømmens Sygehus er et af de første i landet, som kan tilbyde et sådant kateter til patienterne.

Yderligere information kan fås ved henvendelse til: Afdelingssygeplejerske Kirsten Halech, Onk. Amb.,

Næstved, tlf.: 5572 9000 lok. 3943



Vidste du at...?

... der er store variationer i antallet af palliationsenge i Europa.

Palliativ omsorg i de europæiske lande var i april genstand for en analyse i *Clinical Medicine*, udgivet af Royal College of Physicians i London, med et historisk tilbageblik og en statusrapport med opfordring til øget international samarbejde, inklusiv flere undersøgelser med relevante data til at støtte politiske nationale- og internationale tiltag.

Clin Med 2006;6:197-201

*The provision of specialist palliative care beds in 16 European countries**

Country	Population in millions (2000)	Number of beds	Beds per million
United Kingdom	58.689	3,195	54.44
Norway	4.473	190	42.51
Italy	57.536	2,133	37.07
Netherlands	15.898	590	37.11
Poland	38.671	1,268	32.79
Austria	8.102	190	23.46
Germany	82.282	1,788	21.73
Latvia	2.373	50	21.09
Czech Republic	10.269	185	18.01
France	59.296	772	13.02
Denmark	5.322	65	12.22
Estonia	1.367	16	11.70
Hungary	10.012	106	10.59
Ukraine	49.688	500	10.06
Slovakia	5.391	54	10.02
Lithuania	3.501	30	8.57

* Modified after Gronemeyer R et al. *Helfen am ende des lebens hospizarbeit und palliative care in Europa*. Giessen: Hospiz und Hospizbewegung, 2005. Available at:

www.uni-giessen.de/hospizprojekt/presse_pub.htm#HEL

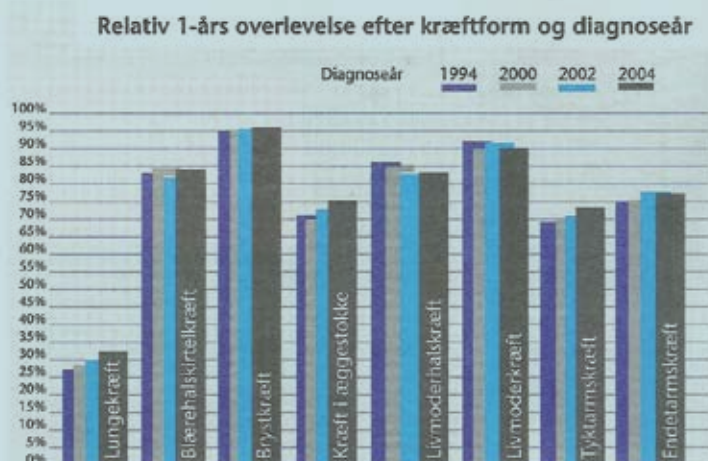
... WHO opfordrer medicinalindustrien til at offentliggøre informationer

fra samtlige kliniske forsøg med mennesker. WHO ønsker således en uafhængig registrering af alle fase I forsøg. Opfordringen er udløst af den debat, der opstod i kølvandet på et forsøget i UK med det eksperimentelle stof TGN1412, hvor seks mænd blev alvorligt syge. WHO håber på denne måde at kunne sikre at forsøgsresultater - også dem, der måtte vise at et stof ikke har den ønskede virkning eller har utilsigtede bivirkninger, når ud til forskerne. WHO planlægger en internet database, der skal 'linke' hundrevis af forsøgsregistre over hele kloden, idet det vurderes, at kun resultater fra under halvdelen af alle kliniske forsøg publiceres, og at mange kliniske forsøg overhovedet ikke registreres – specielt i udviklingslandene.

Financial Times 19.05.06

... danske kræftpatienter klarer sig bedre end tidligere.

Den nye opgørelse fra Sundhedsstyrelsen baseret på opdaterede tal for den såkaldt sygehusbaserede overlevelse (dvs kræftpatienter, der har været behandlet på sygehus) viser, at forbedringen særligt har fundet sted inden for de senere år, hvilket kunne tyde på, at den fokuserede indsats i forhold til kræft har den ønskede effekt. For lungekræft, brystkræft og tyktarmskræft ses forbedret overlevelse i tidsrummet 1 år efter diagnosticering. Den sygehusbaserede overlevelsesstatistik er et supplement til de populationsbaserede overlevelseregninger, som udarbejdes på baggrund af Cancerregisteret, og den giver et billede af behandlingsindsatsen i sygehusvæsnet. Opgørelserne af sygehus- og populationsbaseret overlevelse er ikke umiddelbart sammenlignelige på grund af forskelle i metode og datagrundlag. Den sygehusbaserede overlevelse vil fremover blive opdateret og udgivet halvårligt.



Tabel fra Dagens Medicin nr. 16, 12.maj 2006

... Taxotere er blevet godkendt af Food and Drug Administration i USA

til behandling af ventrikel- og cardiacancer. Godkendelsen er baseret på en randomiseret undersøgelse med 445 patienter, med ovennævnte diagnose, som ikke tidligere havde fået kemoterapi, og den sammenlignede taxotere, cisplatin og 5-FU med cisplatin og 5-Fu. Tid til progression var 5,6 vs 3,7 måneder ($P = 0.0004$) og median overlevelse var 9,2 vs 8,6 måneder, $p = 0,02$.

Cancer Letter, Marts 2006

...Sorafenib (Nexavar®) (Bayer) er blevet godkendt af såvel FDA i USA som EMEA i Europa

til behandling af patienter med avanceret nyrecancer, som ikke responderer på behandling med α -interferon eller interleukin-2.

Til sidstnævnte patientgruppe har EMEA ligeledes tentativt godkendt sunitib malate (Sutent®) (Pfizer) under forudsætning af at en igangværende undersøgelse bekræfter tidligere resultater.

Eur J Cancer 2006;42:427-31

... at patienter med lungekræft skal have nitroglycerin?

Ifald nitroglycerin tilføjes kemoterapi øges responserater og tid til progression signifikant. Yasuda et al fra Tohoku Universitet i Japan randomiserede 120 tidligere ubehandlede NSCLC patienter med stadie IIIb – IV til enten vinorelbine + carboplatin + 25 mg nitroglycerin transdermalt daglig i 5 dage eller placebo. Behandlingen blev givet hver 3. uge – i alt 4 serier. Responseraterne var 71 vs 42 ($P=0,001$), tid til progression hhv. 327 vs 185 dage og medianoverlevelse 413 vs 289 dage. 30% af patienterne, der fik nitroglycerin havde hovedpine (grad 1-2) vs 2% i placebogruppen. Det anføres i diskussionen, at nitroglycerin muligvis øger blodgennemstrømningen til tumor og dermed nedsætter hypoxi, som forårsager øget frigørelse af proteiner associeret med 'multi-drug resistance'. En stor fase III undersøgelse er igangsat for at validere ovennævnte observationer.

J Clin Oncol 2006;24:688-94

Nyt fra SKA

SKA's temadag - referat

SKAs-temadag for kræftsygeplejersker 18. maj 2006

Af Karen Ringsing, SKA

Temadagen for sygeplejersker satte i år fokus på pårørende til kræftpatienter. I det forløbne år har både Sygeplejegruppen og Patientinformationsgruppen arbejdet med dette tema, og Informationsgruppen har udarbejdet en poster med tilhørende folder, som nu hænger på mange afdelinger - efter sigende til stor glæde for de pårørende.

Emnet 'pårørende' viste sig at være særdeles aktuelt og mere end 100 sygeplejersker fra Øst-DK havde meldt sig til temadagen. Programmet var sammensat så både sygeplejerskens rolle, den pårørendes inddragelse og samarbejdet mellem disse blev belyst.

Når man bliver pårørende til en uheldeligt syg, ændrer livet sig på mange måder. Når de pårørende møder hospitalssystemet, er det vigtigste, at de føler sig mødt af personalet som unikke mennesker med egne behov og følelser. "Det er svært at være pårørende, der er ingen alternativer og vi bør anerkendes som de personer, vi er", siger Dina Bak, som fortsætter, at for hende var det vigtigt at beholde sit arbejde for at fastholde sin egen identitet og ikke definere sig selv som fuldtids-pårørende. Information og samtale er meget vigtigt, men at blive mødt med forståelse, medmenneskelighed og venlighed skaber tryghed og tillid hos den pårørende.

"Vil:kan" er navnet på et projekt, som Egmont Fondens Børne- og ungdomsrådgivning har etableret med det formål at støtte raske børn og unge mellem 3-18 år, hvis familie er ramt af alvorlig sygdom eller dødsfald. Cand. psyk. Eva Helberg, Egmont Fonden, fortalte medrivende om situationer fra rådgivningen. "Børn ser og hører alt. De ser signaler som fortæller, hvordan den syge har det". Med børn som er pårørende, handler det grundlæggende om at turde vise nærvær og plads, så børnene kan tale om deres følelser.

De pårørende til vores patienter skal som en selvfølge inddrages i hele sygdoms- og behandlingsforløbet. De pårørende er en ressource, først og fremmest for patienten, men også for sygeplejersken og lægen.

Temadagen afsluttedes med håbet om, at de fremragende indlæg ville inspirere til at fortsætte udviklingen af en pårørendepolitik.

Indlæggene vil kunne ses på SKA's hjemmeside www.skaccd.org under publikationer/bibliotek

Nyt fra SKA

GCP-kurser – et SKA tilbud

EU vedtog i 2004 et direktiv, der har til formål at harmonisere medlemslandenes lovgivning og sagsbehandling i forbindelse med gennemførelse af kliniske lægemiddelforsøg på mennesker.

På den baggrund tog SKA allerede i 2004 initiativ til at afholde kurser for personalet ansat på onkologiske og hæmatologiske afdelinger i Danmark. Formålet med undervisningen er, at kursisterne skal opnå kendskab til opgave- og ansvarsfordeling, principperne ved fase 1-2-3 undersøgelser, bivirkningsregistrering, lovgivning og godkendelsesprocedurer samt lovmæssige krav i forbindelse med det informerede samtykke.

SKA-kurset afholdes på det sygehus, som har rekvireret kurset, som regel om eftermiddagen fra kl. 14-20. En sygeplejerske og en læge underviser i nedenstående program og har udarbejdet sygehistorier så kursisterne kan få lejlighed til at øve sig.

SKA fungerer som "igang sætter", og afdelingerne laver efter kurset opfølgende undervisning for nyansat personale.

I efteråret 2005 har SKA afholdt 2 kurser i Århus og blev i foråret 2006 inviteret til at afholde kurset på Ålborg Sygehus og på Esbjerg Sygehus. Begge kurser er blevet evalueret meget tilfredsstillende. Underviserne, Projektsygeplejerske Maj-Britt Rathcke og Overlæge Morten Ladekarl begge onkologisk afdeling Århus Sygehus, tog udgangspunkt i følgende emner:

Hvad er et klinisk forsøg? • Hvad er GCP? • Involverede parter • Hvad er en protokol? • Toxicitet/CTC • Responsevurdering • Praktiske øvelser • Informeret samtykke.

I Århus er kurserne blevet gentaget med SKA's undervisningsmateriale og lokale undervisere.

SKA står gerne til rådighed med oplysninger vedr. afholdelse af GCP-kurset. Kontakt venligst Sygeplejerske Karen Ringsing, SKA Sekretariat tlf.: 3545 4715 eller på mail kringsing@rh.dk

Udarbejdelse af skriftlig information til kræftpatienter

Patientinformationsgruppen SKA-DK har i de tre år den har eksisteret udarbejdet "Retningslinjer for udformning af skriftlig information til kræftpatienter, der tilbydes medicinsk standardbehandling". Ydermere har gruppen forfattet ca. 20 udvalgte skriftlige patientinformationer til forskellige behandlingsforløb (se SKA's hjemmeside: www.skaccd.org under publikationer/patientinformationer). Fremtidige forfattere af informationsmateriale til kræftpatienter kan få god hjælp og rådgivning ved at konsultere disse retningslinjer såvel som eksemplerne på hjemmesiden.

Gruppens medlemmer tilbyder gerne deres hjælp ved tvivlsspørgsmål og vil også gerne være behjælpelig ved udarbejdelsen af individuelle skriftlige patientinformationer til medicinsk standardbehandling.

Gruppen forbeholder sig ret til at godkende evt. udarbejdede skriftlige patientinformationer, inden disse lægges på SKA's hjemmeside.

Gruppens medlemmer kontaktes gerne:

Vejle:	Berit Bigum:	berbig@vgs.vejleamt.dk
Roskilde:	Lone Holst:	rsllho@rh.dk
Århus:	Morten Ladekarl:	mlade@as.aaa.dk
Herlev:	Helle Skov Lund:	hsl@herlevhosp.kbhamt.dk
Odense:	Kirsten Rasmussen:	kir.rasmussen@ouh.fyns-amt.dk
SKA sekretariat:	Karen Ringsing:	kringsing@rh.dk

Nyt fra SKA

SKA Uddannelsesaktiviteter 2006

Aktivitet	september	Sted:
- Smertebehandling til kræftpatienter	06	København
- Nye behandlingsmodaliteter, SKA symposium	15	København
- GCP v. klinisk kræftforskning	18-19	København
	oktober	
- SKA Workshop II Molekylær profilering - targeteret kræftbehandling. Status og opdatering	26-27	Nordsjælland
	November	
- SKA Årsmøde/Jubilæum	09	København
- Lungesymposium	16-17	København
	Nov./Dec.	
- Yngre læger i onkologisk forskning	30.11-01.12	Rungsted
2007		
	Februar	
- Lægesekretærens rolle i det onkologiske team	07	København

Kursus i smertebehandling af kræftpatienter

Foreløbigt program (hold venligst øje med SKA's hjemmeside)

Dato:	6. september 2006 fra kl. 15 – 18
Hvor:	Hotel Kong Arthur, Nørre Søgade 11, København
Målgruppe:	sygeplejersker og læger, ansat i onkologiske afdelinger i Danmark
Formål:	At indvie fagpersonale i en effektiv og rationel medikamentel smertebehandling
Kursusledelse:	Overlæge Svend Ottesen Onkologisk afdeling, Roskilde Sygehus Sygeplejerske Karen Ringsing, SKA sekretariat
Pris og deltagerantal:	40 personer Betaling for ansatte fra SKA medlemshospitaler i Østdanmark: Kr. 200.- For hospitalsansatte uden for Østdanmark: Kr. 300.- Yderligere oplysning: Sygeplejerske Karen Ringsing, SKA Sekretariat, tlf.: 3545 4715 eller email: kringsing@rh.dk

Nyt fra SKA

GCP ved klinisk kræftforskning, 18-19. september 2006

GCP ved klinisk kræftforskning

SKA (Sammenslutningen af Kræftafdelinger)
afholder mandag d. 18. – tirsdag 19. september 2006
kursus i
"GCP ved klinisk kræftforskning".
Kurset bliver afholdt på Copenhagen Admiral Hotel i København.

Kurset henvender sig til læger involveret i klinisk kræftforskning, projektsygeplejersker og ansatte i lægemiddelindustrien med interesse i klinisk kræftforskning.

Deltagerantal: max 30 personer. Registrering sker i kronologisk rækkefølge.

Kursusledere: Overlæge, dr.med. Dorte Nielsen, Projektsygeplejerske Birgitte Christiansen, onkologisk afdeling i Herlev samt Overlæge, ph.d. Ulrik Lassen, onkologisk klinik, Rigshospitalet.

Kursus afgift hospitalspersonale (postgraduat undervisning)
2 kursusdage, inkl. kursusmateriale, ekskl. overnatning 2.500,-
2 kursusdage, inkl. kursusmateriale, inkl. 1 overnatning 3.500,-

Eventuelle deltagere fra den farmaceutiske industri bedes venligst kontakte SKA's sekretariat, June K. Thygesen, tlf. 3545 4090 el. e-mail: thygesen@rh.dk

Tilmeldingsblanket findes på www.skaccd.org ved separat opslag under kurser og møder. Blanketten sendes til: thygesen@rh.dk eller pr. fax på: 3535 6906. Gør venligst tydeligt opmærksom på om du ønsker overnatning.

Program for dagene vil ligeledes være at finde på www.skaccd.org under kurser og møder.

Nyt fra SKA

GCP ved klinisk kræftforskning

Program (foreløbigt) Mandag den 18. september 2006, Copenhagen Admiral Hotel

Tidspunkt:	Emne:	Foredragsholder:
10.00-11.30	Check-in og registrering	
10.30-11.00	Velkomst og introduktion	Kursusledelse
11.00-11.30	GCP oversigt og baggrund	Kursusledelse/workshop
11.30-12.00	Opbygning af forsøgsprotokol	Karin Friis Bach, Gentofte Hospital
12.00-13.00	Anmeldelse og rapportering	Karin Friis Bach, Gentofte Hospital
13.00-13.45	Frokost	
13.45-14.15	Det Videnskabsetiske Komitéssystem	Unna Scherer Kbh. Amt, Videnskabsetisk Komité
14.15-15.30	Synopsis for og godkendelse af en protokol	Kursusledelse/workshop
	Pause	
15.30-16.30	Statistik og sample size	Ole Roer, Amtssygehuset i Herlev
16.30-17.30	Kliniske forsøg, fase I – III	Ulrik Lassen/workshop
17.30-18.30	Quality of life og socioøkonomiske data	Anders Bonde, Århus Sygehus
18.30-19.00	Afslutning dag 1	
19.00	Middag	

Program (foreløbigt) Tirsdag den 19. september 2006, Copenhagen Admiral Hotel

Tidspunkt:	Emne:	Foredragsholder:
08.30-12.00	Investigatorinitieret protokol - Ansvarsområder – sponsor, investigator, monitor - CRF, monitorering, kildedata	Kursusledelse/workshop/ Per Pfeiffer Odense Universitetshospital
12.00-13.00	Frokost	
13.00-14.30	Gradering af bivirkninger, CTC og sponsorevaluering, Resist	Sven Tyge Langkjær Vejle Sygehus
	Serious adverse events	Susanne Ranek Amtssygehuset i Herlev
14.30-15.00	Pause	
15.00-17.00	Patientinformation og samtykke	Kursusledelse/workshop
17.00-18.00	Evaluering	
18.00	Afslutning	

Kursusledelse: Dorte Nielsen, Birgitte Christiansen, KAS Herlev, Onkologisk afdeling
Ulrik Lassen, RH, Finsencentret, Onkologisk afdeling
June K. Thygesen, SKA Sekretariat

Mødekalender

Internationale møder

2006

- 18– 21. juni 10th Central European Lung Cancer Conference
Prague, Czech Republic
Contact: +420-608-408-708
E-mail: celcc@conference.cz
www.conference.cz/celcc2006-03-15
8. juni – 1.juli 8th World Congress on Gastrointestinal Cancer
Barcelona, Spanien
European Society for Medical Oncology (ESMO)
www.worldgicancer.com/WCGI
- 1–4. juli 19th Meeting of the European Association for Cancer Research (EACR)
Budapest, Hungary
Federation of European Cancer Societies (FECS)
www.fecs.be/emc.asp
- 8–12. juli UICC World Cancer Congress 2006
Bridging the Gap:
Transforming Knowledge into Action
Washington DC
www.worldcancercongress.org
- 12–15. juli 13th World Conference on Tobacco OR Health
Washington, DC, USA
American Cancer Society (ACS)
www.13thwctoh.org
- 18–28. juli International Summer School Oncology for Medical Students
Groningen, Holland
World Health Organization (WHO)
Collaborating Centre for Cancer Education
www.isoms.nl
- 8–9. sept. 7th European Conference: Perspectives in Lung Cancer
Athens, Greece
Chairs: Pieter E. Postmus and Giorgio V. Scagliotti
Local Chair: Paris A. Kosmidis
www.imedex.com/calendars/oncology.asp
29. sept. – 3. okt. 31st European Society for Medical Oncology (ESMO) Congress
Istanbul, Tyrkiet
www.esmo.org/congress2006
- 8–12. oktober European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO 25)

Leipzig, Tyskland
www.estro.be

- 26–28. oktober 4th International Chicago Symposium on Malignancies of the Chest, Head & Neck.
Sheraton Hotel, Chicago, Illinois
E-mail: evokes@medicine.bsd.uchicago.edu
www.mchnsymposium.com
- 5–9. nov. 48th American Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ASTRO) Annual Meeting
Philadelphia, Pennsylvania, United States
www.astro.org
- 5–10. nov. 18th FIGO World Congress of Gynaecology and Obstetrics
Kuala Lumpur, Malaysia
International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO)
www.figo2006kl.com
- 7–10. nov. 18th EORTC-NCI-AACR Symposium on "Molecular Targets and Cancer Therapeutics"
Prag, Tjekkiet
Federation of European Cancer Societies (FECS)
www.fecs.be

2007

- 24–27. april 2007 Oncology Nursing Society (ONS) Congress
Las Vegas, Nevada, USA
Oncology Nursing Society (ONS)
www.ons.org
- 2–6. sept. 12th World Conference on Lung Cancer
Seoul, Korea
E-mail: karen@icsevents.com
www.2007worldlungcancer.org
- 23–27. sept. ECCO 14: The European Cancer Conference
Barcelona, Spain
Federation of European Cancer Societies (FECS)
www.fecs.be

2008

- 12–16. sept. 33rd ESMO Congress
Stockholm, Sverige
www.esmo.org/congress2008

Program

Yngre læger i onkologisk forskning

30. november – 1. december 2006

Arrangeret af SKA og FYO

Målgruppe: 2-3 års kandidater

Antal: Ca. 25 deltagere

Sted: Rungstedgaard Kursuscenter, Rungsted Strandvej 107, 2960 Rungsted Kyst

PROGRAM

Torsdag d. 30. november 2006

14.00 – 14.15	Registrering
14.15 – 14.45	Klinisk onkologi i Danmark
14.45 – 16.15	Litteratursøgning og litteraturhåndtering
16.15 – 17.15	Statistik relateret til onkologi
17.15 – 18.15	Basal kræftforskning
19.00	Middag

Fredag d. 1. december 2006

08.30 – 09.30	KFE's rolle i den kliniske forskning
09.30 – 10.30	Den eksperimentelle enhed og klinisk forskning
10.30 – 11.00	Pause
11.00 – 12.00	Forholdet til øvrige involverede parter i klinisk forskning
12.00 – 13.00	Frokost
13.00 – 14.30	Karriereplanlægning for unge onkologer
13.00 – 13.30	- Speciallægeuddannelsen
13.30 – 14.00	- Ph.d studium og disputatsordning
14.00 – 14.30	- Deltagelse i internationale kongresser
14.30 – 15.00	Afslutning og behovsanalyse

Registrering

Yngre læger i onkologisk forskning

Torsdag d. 30 november – fredag d. 1. december 2006

Rungstedgård Kursuscenter, Rungsted Strandvej 107, 2960 Rungsted Kyst, tlf. 4586 4422

Udfyld venligst med blokbogstaver

Efternavn	Fornavn	
Firma	Stilling	
Adresse		
Postnummer	By	
Telefon	Fax	e-mail

Tilmelding og deltagerbetaling

Deadline for tilmelding er fredag d. 27. oktober 2006

Betaling for ansatte fra SKA medlemshospitaler i Østdanmark

DKK 750,-

For hospitalsansatte uden for Østdanmark

DKK 1.000,-

Tilmelding er bindende, og faktura på deltagerbetaling vil blive fremsendt efterfølgende.

Send venligst blanketten på fax 3535 6906 til: SKA Sekretariat, Rigshospitalet, Afsnit 5072, Blegdamsvej 9, 2100 Kbh. Ø
Evt. telefonisk henvendelse til Marianne Bjerre-Jepsen, telefon 3545 4611

Nye behandlingsmodaliteter inden for onkologien

- eksisterende og eksperimentelle

Fredag d. 15. september 2006

Hotel Hilton, Copenhagen Airport, Ellehammersvej 20, 2770 Kastrup, tlf. 32 501 501

Udfyld venligst med blokbogstaver

Efternavn	Fornavn	
Hospital/afdeling	Stilling	
(OBS! Ansatte ved Rigshospitalet bedes anføre afdelingens AE nr. og evt. projekt nr.)		
Adresse		
Postnummer	By	
Telefon	Fax	e-mail

Tilmelding og deltagerbetaling

Deadline for tilmelding er fredag 25. august 2006

Betaling for ansatte fra SKA medlemshospitaler i Østdanmark

DKK 300,-

For hospitalsansatte uden for Østdanmark

DKK 450,-

Tilmelding, der er bindende, registreres løbende. Faktura vil blive fremsendt efterfølgende.

Send venligst blanketten på fax 3535 6906 til: SKA Sekretariat, Rigshospitalet, Afsnit 5072, Blegdamsvej 9, 2100 Kbh. Ø
Evt. telefonisk henvendelse til Marianne Bjerre-Jepsen, telefon 3545 4611

Program

Nye behandlingsmodaliteter inden for onkologien

- eksisterende og eksperimentelle

Fredag 15. september 2006, 9.30–16.30
Hotel Hilton, Ellehammersvej 20, 2770 Kastrup

Set i et historisk perspektiv ekspanderer de onkologiske behandlingsmuligheder i øjeblikket i hidtil uset grad i form af nye medicamina, nye teknikker og nye behandlings-principper. Udviklingen sker på mange fronter, og det stiller store krav til de onkologiske teams at være opdateret og have det fulde overblik.

Danske kræftlæger står således foran store udfordringer, og allerede nu konfronteres man ofte i klinikken med krav fra patienter og pårørende om behandling, der i øjeblikket ikke er indeholdt i de eksisterende standard tilbud på de danske onkologiske centre.

Sammenslutningen af Kræftafdelinger i Østdanmark, SKA, arrangerer symposiet med det formål at give et overblik over state-of-the-art inden for nogle de nye behandlingsmodaliteter, både de eksisterende og eksperimentelle tiltag, der stadig er i "pipelinen".

PROGRAM

09.30 – 10.00	Registrering og morgenkaffe/-te buffet
10.00 – 10.10	Introduktion og velkomst ved SKA
10.10 – 10.50	Immunterapi - nyrecancer - malignt melanom
10.50 – 11.10	Stereotaktisk stråleterapi
11.10 – 11.30	Intensity-Modulated Radiation Therapy (IMRT)
11.30 – 11.50	Genterapi
11.50 – 12.10	Elektrokemoterapi
12.10 – 13.00	<i>Frokost</i>
13.00 – 13.35	90-y-octreotid (Dotatoc) ved neuroendokrine tumorer
13.35 – 14.25	Regional kemoterapi
14.25 – 14.45	Kemoembolisering
14.45 – 15.15	<i>Pause</i>
15.15 – 15.35	RFA behandling – radio frequency ablation
15.35 – 16.15	Cancer vacciner
16.15 – 16.30	Konklusion og afslutning