

INDHOLD

- 1 Leder "Det historiske kompromis"  
Mogens Hansen,  
Formand for SKA FU,  
Hillerød Sygehus
- 2 Organisationsnyt:  
Dannelse af DSKO
- 3 Speciallægeuddannelse  
i klinisk onkologi  
Bent Ejlersen, Overlæge,  
Rigshospitalet
- 4 Vidste du at ...
- 5 Lægemiddelnýt: Avastin  
og Erbitux
- 6 Intrahepatisk kemoterapi  
(HAI) til patienter med  
isoleret levermetastase-  
rende colorektal cancer.  
Benny Vittrup, Overlæge,  
Amtssygehuset i Herlev
- 10 Gefitinib (Iressa®)  
Kell Østerlind, Overlæge,  
Amtssygehuset i Herlev
- 12 Den teknologiske  
"vademecum" i  
onkologisk klinik  
Marianne Bjerre-Jepsen,  
SKA, Rigshospitalet
- 13 Personnyt  
Rapport fra udvalgte SKA  
aktiviteter
- 15 SKA aktivitetskalender
- 16 Mødekalender  
Internationale møder

**Leder: "Det historiske kompromis"**

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



Den ikke-kirurgiske kræftbehandling blev for årtier siden varetaget af speciallæger i radioterapi (mere officielt: terapeutisk radiologi), som havde ladet sig skille fra specialet diagnostisk radiologi. I tiden efter 2. verdenskrig begyndte man så småt at udvikle og anvende medicinske cellegifte, i første omgang især imod maligne hæmatologiske lidelser. Kemoterapi blev i Danmark første gang givet til en patient med Mb. Hodgkin i 1949 i Horsens af den senere kendte professor i intern medicin på Rigshospitalet, Knud Brøchner Mortensen.

Indenfor behandlingen af solide tumorer var kemoterapi i Danmark kun lidet anvendt, men i løbet af 1970'erne kom der en kraftig vækst, som bl.a. blev stærkt fremmet ved påvisning af forbedret overlevelse med adjuverende kemoterapi ved brystkræft og et stort gennembrud i behandlingen af testikelkræft. Denne udvikling blev båret af radioterapeuter og enkelte medicinske onkologer, men i starten var der også kirurger og gynækologer, der tog kemoterapi i anvendelse til deres patienter.

Mens der var en formaliseret uddan-

nelse til speciallæge i radioterapi/terapeutisk radiologi, var der ikke en tilsvarende i det intern medicinske grenspeciale, medicinsk onkologi. Udenfor landets grænser var der i USA og flere europæiske lande etableret formaliserede grenspecialer i medicinsk onkologi ved siden af radioterapi (og hæmatologi). For 25 år siden udspandt der sig i Kirkesalen på Odense sygehus en (vist nok) voldsom debat imellem medicinske onkologer og radioterapeuter om den ønskelige lægelige uddannelse indenfor ikke-kirurgisk kræftbehandling; det var op til indførelse af en ny speciallægeuddannelse fra 1981, hvor specialerne ikke blev ændret, men hvor det blev anbefalet, at der blev ansat intern medicinere på alle centerafdelinger. På grund af uoverensstemmelserne imellem de medicinske onkologer og radioterapeuterne blev Dansk Selskab for Medicinsk Onkologi stiftet i december 1981.

I 1980'erne kom der en fortsat vækst i anvendelsen af medicinsk kræftbehandling og de medicinske onkologer forsøgte et par gange at opfordre Specialistnævnet til at formalisere et grenspeciale i medicinsk onkologi. Det lykkedes ikke umiddelbart, men Specialistnævnets formand anbefalede dog, at Dansk Selskab for Medicinsk Onkologi formulerede et sæt regler for §14 vurdering af intern medicinske ansøgere til relevante overlægestillinger. I de samme år skiftede radioterapien navn til onkologi for såvel specialister som for det videnskabelige selskab med et signal om, at man også ønskede at varetage de medicinske aspekter af ikke-kirurgisk kræftbehandling.

## Organisationsnyt: Dannelse af DSKO

Det var selvfølgelig et kraftigt vink om, at der ikke burde etableres et nyt grenspeciale i medicinsk onkologi, og samtidig var der også i det skjulte hos hæmatologer - i hvert fald nogle af de toneangivende - modstand imod tanken.

I resten af 1980'erne og til i dag har vi desuagtet i praksis haft 2 forskellige uddannelser: den formaliserede i onkologi og den uformelle i medicinsk onkologi, der var baseret på et sæt §14 regler. I praksis blev der dog ganske altovervejende uddannet onkologer vest for Storebælt, mens de to forskellige forløb især foregik øst for samme, d.v.s. i SKA's nuværende område. I 2004 er der i den østlige del af dronningeriget lige mange fastansatte speciallæger med de to forskellige forløb som baggrund!

Efter den seneste speciallægekommission og arbejdet på en ny speciallægeuddannelse har bestyrelserne for Dansk Selskab for Onkologi (DSO) og Dansk Selskab for Medicinsk Onkologi (DMO) arbejdet intenst på at samordne speciallægeuddannelsen. DSO har med rette ønsket at sikre en tilstrækkelig uddannelse i radioterapi, men har også ønsket en (fortsat) ekstra uddannelse i intern medicin, mens DMO har ønsket en tilstrækkelig uddannelse i intern medicin til at sikre en god, bred patientbehandling og til at give mulighed for, at decentral onkologi kan drives inden for rammerne af en intern medicinsk afdeling/funktionsenhed. Det er heldigvis lykkedes selskaberne at udarbejde en målbeskrivelse for speciallægeuddannelse i **klinisk onkologi**, og den er efterfølgende godkendt som den fremtidige uddannelse

af speciallæger til at varetage ikke-kirurgisk kræftbehandling. - Det må så forventes, at læger, der sigter imod funktion på en centerafdeling fortrinsvis vil søge "§14-modning" på centerafdelinger, mens omvendt læger, der sigter imod decentral ansættelse bør søge "§14-modning" på decentrale afdelinger.

Dette "historiske kompromis" er så afsluttet med nedlæggelse af de to hidtidige videnskabelige selskaber, og den 13. maj 2004 blev et nyt fælles selskab - Dansk Selskab for Klinisk Onkologi, DSKO - etableret i Kirkesalen på Odense Universitetshospital. Ringen er sluttet!

SKA ønsker held og lykke med de næste 25 år!

## DANSK SELSKAB FOR KLINISK ONKOLOGI ( DSKO)



**DANSK SELSKAB for KLINISK ONKOLOGI (DSKO)** blev stiftet d. 13. maj 2004. Det nye selskab består af en fusion af Dansk Selskab for Medicinsk Onkologi og Dansk Selskab for Onkologi. Efterfølgende eksisterer DMO og DSO ikke længere som selvstændige videnskabelige selskaber.

### DSKO's bestyrelse har følgende sammensætning:

Niels Holm, Odense Universitetshospital (Formand)  
Anders Bonde, Århus Universitetshospital (Sekretær)  
Flemming Kjær Kristoffersen,

Rigshospitalet (Kasserer)  
Gedske Daugård, Rigshospitalet  
Poul Geertsen, KAS Herlev  
Jørn Heerstedt, KAS Herlev  
Vera Haahr, Viborg Sygehus  
Jesper Grau Eriksen, Odense Universitetshospital

Claus Kamby, KAS Herlev blev valgt til formand for Uddannelsesudvalget og indstilles efterfølgende til Sundhedsstyrelsen som hovedkursusleder.

Claus Kamby blev desuden valgt til revisor, og Nina Jeppesen som revisorsuppleant.

DSKO's bestyrelse kan med stor glæde meddele, at det nye videnskabelige selskab nu er en realitet efter en lang, frugtbar proces og at et samlet uddannelsesprogram for den nye speciallægeuddannelse i Klinisk Onkologi er tiltrådt af Sundhedsstyrelsen.

DSKO afholder årligt videnskabeligt møde med generalforsamling på Hindsgavl Slot. Første møde finder sted 14. - 16. april 2005.

DSKO vil i nær fremtid åbne sin hjemmeside på [www.dsko.org](http://www.dsko.org).

## Speciallægeuddannelse i klinisk onkologi

Af Bent Ejlertsen, Rigshospitalet



De nye speciallægeuddannelser trådte i kraft den 1. januar 2004, og for alle specialerne har det medført et betydeligt arbejde med udarbejdelsen af målbeskrivelser og porteføljer. Konceptet er til dels opfundet undervejs, og den manglende overordnede styring har kompliceret processen. Som noget helt specielt besluttede DMO og DSO at undersøge muligheden for at samle uddannelsen i onkologi og interesseområdet i medicinsk onkologi i en fælles klinisk onkologisk uddannelse. De to selskaber nedsatte derfor et fælles udvalg, specifikt med dette ene formål. Efter en stor og fokuseret arbejdsindsats lykkedes det udvalget at designe den fælles uddannelse, som nu også fører til at de to videnskabelige selskaber er fusioneret i Dansk Selskab for Klinisk Onkologi, DSKO. Ved at inddrage de funktionsbærende enheder med onkologisk funktion ønsker udvalget at styrke uddannelsen samti-

digt med, at uddannelseskapa- citeten øges.

### Uddannelsens opbygning

Uddannelsen består af en introduktion og en hoveduddannelse. Under den 1-årige introduktion skal lægen opnå et basalt kendskab til specialet, og samtidigt skal introduktionen give den uddannelsessøgende og uddannelsesafdelingen mulighed for at vurdere hinanden. Der er ikke noget generelt krav om teoretiske kurser i introduktionen, men de højtspecialiserede onkologiske afdelinger har besluttet forsat at afholde en kursusdag hver. Uddannelsesdage afholdes fælles for samtlige danske læger i introduktionsstilling. Hoveduddannelsen skal føre frem til, at lægen kan fungere som speciallæge i klinisk onkologi på både en højtspecialiseret onkologisk afdeling og på en medicinsk onkologisk enhed. De store krav til teoretisk viden og praktiske færdigheder har medført, at klinisk onkologi som det eneste af de små specialer har fået en hoveduddannelse på 5 år. I hoveduddannelsen indgår 6 ugers specialespecifikke teoretiske kurser og 12 ugers forskningstræning og forskningsmetodologi.

### Uddannelsessteder

De tre uddannelsesregioner (øst, vest og syd) er ansvarlig for den praktiske gennemførelse af speciallægeuddannelsen. Hoveduddannelsen er primært henlagt til en af de højtspecialiserede onkologiske afdelinger, men der er åbnet mulighed for, at en række af de relevante kompetencer kan opnås via ophold på en funktionsbærende

enhed med onkologisk funktion. Sammensætningen af uddannelsen vil dog nødvendigvis afspejle de regionale forskelle i opbygningen af den onkologiske funktion.

### Overlægekompetence og fagområder

Opnåelse af overlægekompetence og definitionen af fagområder er ikke omfattet af det aktuelle arbejde. Afhængig af karriereønske opnår speciallægen i klinisk onkologi overlægekompetence via en videre men ikke-formaliseret specialisering på en relevant afdeling. Afgrænsningen af fagområder kan først ske, når det fælles speciallægeselskab er dannet.

### Udvalgets medlemmer

Jørn Andersen, Lisbeth Juhler Andersen, Lars Bastholt, Ellen Bork, Gedskes Daugaard, Bent Ejlertsen, Poul Geertsen, Vera Haahr, Jørn Herrstedt, Claus Kamby, Ninna Keldsen, Claus Kristensen, Ann Knoop, Lone Nørgaard Petersen, Carsten Rytter.

## Vidste du, at...?

... adjuverende behandling med Aromasin® (Exemestane) efter 2-3 års forudgående behandling med Tamoxifen til postmenopausale kvinder med primær brystkræft reducerer risikoen for sygdomstilbagefald med 32% i forhold til behandling med Tamoxifen.

Resultatet er baseret på interim follow-up på 30,6 måneder af 4.742 patienter indgået i randomiseret undersøgelse.

Coombes et. al. *N Engl J Med*, 2004, 350:1081-92\*

\*Artiklen kommenteres i en leder af Piccart-Gebhart M J. *N Engl J Med* 2004; 350:1140-1142, Mar 11, 2004

...hyperfraktioneret palliativ strålebehandling (17 Gy) i to fraktioner, symptomkontrol og overlevelse som standardfraktionering (42 Gy i 15 fraktioner eller 50 Gy i 25 fraktioner) hos patienter med ikke-småcellet lunge cancer resulterer i samme ifølge en norsk undersøgelse med 421 patienter.

Resultaterne af denne undersøgelse understøtter resultaterne fra en Cochrane analyse fra 2003 om samme emne.

Sundstrøm et al. *J Clin Oncol* 2004; 20:801-10

...tumor regression hos patienter med ikke-småcellet lunge cancer behandlet med Gefitinib (Iressa) er relateret til somatiske mutationer i tyrosinekinase domænet i EGFR-genet. Mutationer blev observeret hos 8 af 9 patienter med adenokarcinom, der responderede på Gefitinib versus 0 ud af 7 patienter, der ikke responderede.

Screening for specifikke mutationer i EGFR genet vil fremover muligvis identificere de patienter, der vil have gavn af Gefitinib.

Lynch T J et al. *N Engl J Med* 2004; 350:2129-2139, May 20, 2004

... tilsvarende observationer blev samtidig publiceret i Science, hvor det også anføres, at ovennævnte mutationer var hyppigere ved adenokarcinomer end de andre NSCLC typer, hyppigere for kvinder end for mænd, samt hyppigere for patienter fra Japan end USA.

Paez et al. *Science*, 29 april 2004

**Læs artiklen i sin fulde udstrækning på <http://www.sciencemag.org>**

**søg på "Paez, J. Guillermo" og "29 april 2004" for at få artiklen i PDF-format**

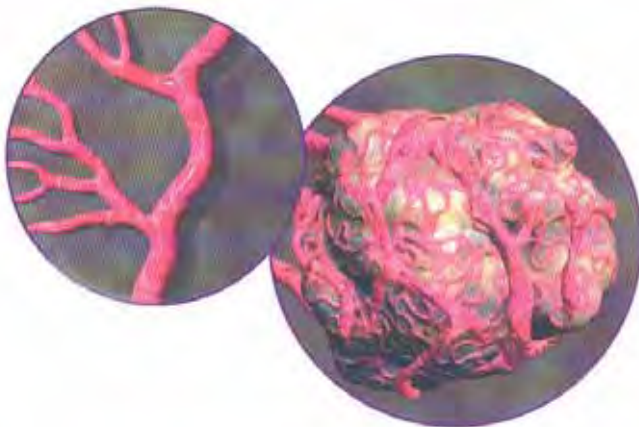
... i en randomiseret undersøgelse 1994 til marts 1997 omfattende 999 patienter med bronkogen adenokarcinom i stadium I behandlet med komplet resektion var overlevelsen for patienter der fik adjuverende behandling med Uracil-Tegafur signifikant bedre end hos patienter der ikke modtog adjuverende behandling ( $p = 0,04$ ). Toksicitet ved behandlingen var beskednen.

*Kato et al. N Engl J Med 2004; 350:1713-1721, Apr 22, 2004*

*Artiklen kommenteres i Editorial - N Engl J Med 2004; 350: 17: 1777-79*

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

## Lægemeddelnyt – AVASTIN og ERBITUX



**2 nye antineoplastiske lægemidler til patienter med colon cancer er for nylig blevet godkendt af Food and Drug Administration (FDA) i USA.**

**Det drejer sig om stofferne AVASTIN (bevacizumab) og Erbitux (cetuximab).**

**AVASTIN** er et monoklonalt antistof, rettet mod VEGF. AVASTIN har i en randomiseret undersøgelse med 815 patienter med avanceret colon cancer, alle behandlet med Irinotecan, 5-fluorouracil + Leucovorin som 1. linie behandling, forårsaget en øgning af median overlevelsen fra 15.6 måneder til 20.3 måneder ( $p = 0,0003$ ), og progressionsfri overlevelse

fra 6.2 til 10.4 måneder ( $< 0.00001$ )

(Kabbinavar et al, J Clin Oncol, 2003;21:60-5)

**ERBITUX**, et anti-EGFR monoklonalt antistof, blev godkendt af Food and Drug Administration (FDA) i USA bl.a. på baggrund af resultater fra en multinational europæisk undersøgelse med inklusion af 470 EGFR-positive Irinotecan-resistente patienter med metastatisk colorectal cancer som blev randomiseret til enten Erbitux alene eller Irinotecan + Erbitux. Responserate og tid til progression for Erbitux alene var 9. 9% og 45 dage versus 17.9% og 126 for Irinotecan og Erbitux.

(Cunningham et al, Proc Am Soc Clin Oncol, 2003, 22: p 252, Abstract 1012)

## Intrahepatisk kemoterapi (HAI) til patienter med isoleret levermetastaserende colorektal cancer.

Benny Vittrup Jensen, Overlæge, Onkologisk afdeling, Herlev Amtssygehus



Colorektalcancer (CRC) udgør sammen med brystkræft og lungekræft de tre hyppigste kræftformer. I Danmark diagnosticeres årligt omkring 3500 nye tilfælde. Heraf vil ca. halvdelen (1700) metastasere (MCRC) hyppigst til leveren hvoraf halvdelen (ca. 850) metastaserer isoleret til leveren men kun ca. halvdelen (ca. 400) vil være teknisk operable. De resterende ca. 450 vil være inoperable enten på grund af stor tumorbyrde eller involvering af centrale blodkar. Ubehandlet lever patienter med isolerede levermetastaser fra CRC omkring 9 måneder sjældent over 2 år. Med kombinationskemoterapi kan overlevelsen forlænges med 9-15 måneder men stort set ingen lever efter 5 år. Selv med intensiv kombinationskemoterapi opnår kun ganske få procent totalt tumorsvind. Dette kan kun opnås med kirurgisk resektion. Kan der udføres leverresektion rapporteres derimod ret konstant om 25 – 35 %'s 5-års overlevelse, men mange får relapse i og specielt udenfor leveren. Ved en opgørelse af over 100 patienter opereret for isoleret levermetastaserende CRC på kirurgisk afdeling D på Amtssygehuset i Herlev

var den operative mortalitet under 5%, recidivraten omkring 50% og 5 års overlevelsen 30-35%. Selv efter recidiv i leveren kunne der udføres re-resektion hos 15-20 % med en 5 års overlevelse på 15%. Da der også ses langtidsoverlevelse efter resektion af selv store eller multiple levermetastaser er indikationerne for resektion de senere år øget og omfatter nu også store tumorer og multiple tumorer i både en og flere leverlapper. Nogle af de ikke-receserbare patienter kan gøres resektable ved systemisk behandling med de nyere potente kombinationskemoterapiregimer.

Leveren har en dobbelt blodforsyning. Karforsyningen til levermetastaser kommer primært fra leverarterien mens levercellerne forsynes fra vena porta. Ved at give kemoterapi direkte ind i leverarterien (hepatisk arteriel infusion eller HAI) kan der derfor opnås høje koncentrationer i levermetastaserne. Der er de seneste år fremkommet resultater med intrahepatisk behandling med anvendelse af nye stoffer og former for kombinationskemoterapi der tyder på, at man kan gøre endnu flere af patienterne resektable med mulighed for helbredelse. Man har derfor også i Danmark ønsket at have et sådant tilbud til udvalgte patienter, hvor primær leverresektion ikke er mulig.

### Kemoterapi til colorectal cancer

#### 5-Fluorouracil og Leucovorin (5-FU/LV)

5-Fluorouracil (5-FU) har været kendt siden 1957 og de sidste 20 år har kemoterapi med et 5-FU-holdigt regime udgjort grundstenen ved behandling af patienter med MCRC. 5-FU kan gives peroralt eller intravenøst som bolusinjektioner eller som kontinuerlig infusion gennem permanente katetre over flere døgn. En blanding af

bolusinjektion af 5-FU og kontinuerlig infusion over 2 døgn benævnes "de Gramont regimen". Kombination af 5-FU og Leucovorin (LV) giver tumorsvind hos omkring 25 % af patienterne og forlænger overlevelsen med 3-6 måneder afhængigt af indgiftmåden. De fleste patienter progredierer dog efter mediant 4-6 måneder og langtidsoverlevelse er sjældent. 5-FU virker i cellernes syntesefase og længerevarende kontinuerlige 5-FU regimer synes at være mere effektive end hyppigt gentagne bolusregimer ligesom infusionsregimer synes at have det bedste forhold mellem virkning og bivirkning. Folsyre eller leucovorin (LV) øger og stabiliserer 5-FU's binding til enzymet Thymidylat Synthetase og øger dermed den cytostatisk effekt.

Capecitabin (Xeloda®) er et oralt 5-FU-forstadie der er rationelt designet til at danne mere 5-FU i tumorvæv end i normalt væv. Efter næsten komplet absorption i tarmvæggen omdannes Capecitabin først i leveren til 5-FU forstadier, der derefter aktiveres til 5-FU i tumor af enzymet Thymidin Phosphorylase (TP). Da koncentrationen af TP er højere i tumorvæv end i normalt væv bevirker det en tilsvarende ca. 3 gange højere koncentration af 5-FU i tumor. Peroral behandling med Capecitabin er ligeså effektiv som bolus 5-FU/LV og formentlig også ligeså effektiv som kontinuerlig behandling. Patienter med levermetastaser med mild til moderat leverdysfunktion tåler Capecitabin ligeså godt som patienter med normal leverfunktion. Den lever- og levertumoraktiverende virkemåde gør teoretisk set brugen af Capecitabin attraktiv som den systemiske komponent ved behandling af levermetastaserende CRC.

## Kombinationskemoterapi

Siden midten af 90-erne er to nye stoffer med samme effektivitet som 5-FU/LV kommet til.

Irinotecan hæmmer cellekerneenzymet Topoisomerase I, og det giver som 1.linie monoterapi samme responsrate som 5-FU/LV på omkring 25%. Efter progression på 5-FU/LV forlænger Irinotecan som monoterapi overlevelsen med yderligere 3 måneder. Oxaliplatin er et 3. generations platinderivat, dersom 1.linie monoterapi også giver responsrater på omkring 25%.

Første linie kombinationsbehandling med 5-FU/LV og de ikke krydsresistente stoffer Irinotecan eller Oxaliplatin er synergistisk og fordobler behandlingsresultaterne sammenlignet med 5-FU/LV alene.

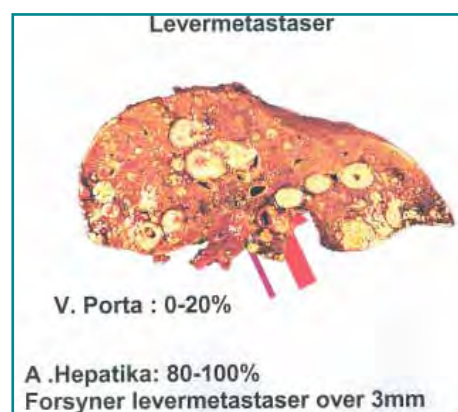
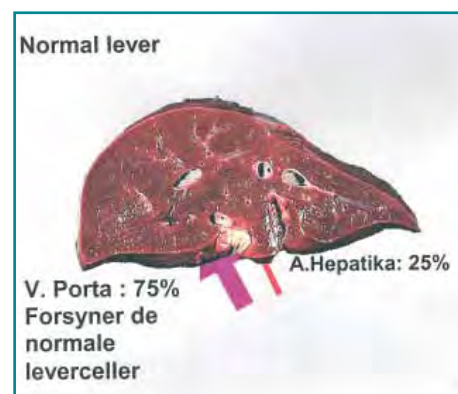
Responsraterne øges fra 25 til 50% og overlevelsesgevinsten fordobles med yderligere 3 måneder til omkring 16 måneder. Regimerne er ligeværdige men det ser ud til at Oxaliplatin er mere velegnet til tumorreduktion end Irinotecan. Systemisk behandling med bolus Oxaliplatin kombineret med kontinuerlig infusion af 5-FU/LV (de Gramont), det såkaldte FOLFOX-regime, har vist forbavsende gode resultater med responsrate på over 50% og en median overlevelse på omkring 18 måneder. Hos patienter med ikke-resecerbare isolerede levermetastaser kan omkring 40% opnå så udtalt respons at leverkirurgi kan udføres med komplet resektion hos op mod halvdelen. Kliniske studier har vist støt stigende respons ved intensivning af systemiske Oxaliplatin doser (FOLFOX4-> FOLFOX7 og OPTIMOX) men også med tilsvarende flere bivirkninger specielt i form af sensoriske paræstesier. En sådan

intensivering vil kunne opnås ved direkte indgift af Oxaliplatin intrahepatisk uden de tilhørende systemiske bivirkninger. Kombinationskemoterapi med Capecitabin og Oxaliplatin hver 3. uge, det såkaldte CAPOX eller XELOX regime, synes at være ligeså effektivt ved 1. linie behandling som FOLFOX-regimet. Regimets høje effekt skyldes formentlig synergisme mellem 5-FU og Oxaliplatin uden overlappende toksicitet. Kombination har også effekt som 2. linie behandling hvor det ser ud til at Oxaliplatin kan reaktivere 5-FU resistens. Af samme grund behandles der aldrig med Oxaliplatin som monoterapi.

Ved at intensivere dosis af Capecitabin yderligere samtidig med indgift af Oxaliplatin hver 2. uge (et intensiviseret XELOX-regime) øges responsraten, responsvarighed og progressions fri overlevelse yderligere. XELOX-regimet har siden februar 2003 været anvendt som standardbehandling på onkologisk afdeling i Herlev ved 1. linie MCRC. Erfaringerne er at regimet er tolerabelt med meget høje responsrater.

## Intrahepatisk kemoterapi (HAI)

Rationalet for HAI-behandling er såvel anatomisk som farmakologisk. For det første er leveren forsynet med og dermed også beskyttet af en dobbelt blodforsyning. Sædvanligvis perfunderes ca. 20% af leveren fra a. hepatica og ca. 80 % fra v. porta. Levermetastaser kommer sædvanligvis fra portasystemet men når de bliver over 3 mm store får de primært blodforsyning fra a. hepatica mens levercellerne forsynes fra vena porta. Med tiltagende metastatisk involvering af leveren ændres forholdet mellem perfusion fra a. hepatica og vena porta således at op til 80% kan forsynes fra a.



hepatica.

For det andet spredes CRC ved trinvis metastatisk progression. Først er der spredning til leveren gennem portasystemet, så til lunger og så systemisk. Ved at targettere leveren tidligt kan denne progression bremses og der opstår mulighed for helbredelse. For det tredje er velegnede kemoterapeutika stoffer der clears i leveren ved en first-pass effekt. Herved kan der opnås betydeligt høje koncentrationer i det intrahepatiske kredsløb samtidig med mindre systemisk toksicitet. Specielt velegnet er stoffer med stejle dosis-respons kurver.

Da blodforsyningen (a.hepatica) til den del af leveren der er metastatisk omdannet således kan isoleres ligesom den normale lever fortsat er be

## Intrahepatisk kemoterapi (HAI)

skyttet ved blodtilførsel fra vena porta har man siden slutningen af 50-erne arbejdet med at maksimere den lokale koncentration af kemoterapi i metastaserne ved intrahepatisk infusion for derved at forøge respons.

### Intrahepatisk 5-FU

Der er udført mange fase II forsøg i 1970-1980'erne primært med 5-FU metabolitten floxuridin (FUDR) til intrahepatisk behandling. FUDR blev valgt, fordi ekstraktionen ved første passage er høj (94-99%) med en 100-400 folds øgning af leverkoncentrationerne eller 10 gange mere end med 5-FU. Multiple studier i årene før kombinationsregimerne har demonstreret responsrater i leveren som er 2-3 gange højere ved HAI-behandling (40-50%) end den responsrate der kan opnås med systemisk kemoterapi med 5-FU/LV alene. HAI-behandling har dog endnu ikke kunnet vise en forlængelse af overlevelsen og specielt er recidiv udenfor leveren et stort problem.

Der er udført 9 randomiserede fase III forsøg med HAI-terapi versus systemisk behandling. De 7 randomiserede forsøg er publiceret i en metaanalyse i 1996 (1). I de fleste studier er anvendt Floxuridin intrahepatisk og 5-FU systemisk. Progression udenfor leveren synes at være mindre hyppig ved kombinere systemisk og HAI behandling. Det er imidlertid vanskeligt at konkludere noget fra disse studier da de fleste tillod skift fra det ene regime til det andet (cross-over), havde for små patientgrupper, havde utilstrækkelig evt. kun symptomatisk eller helt fraværende systemisk behandling ligesom der var stor forskel i stofdoser og regime mellem HAI og IV gruppen. Et af verdens største randomiserede studier mellem systemisk og intrahe-

patisk behandling med 5-FU/LV blev i februar 2003 offentliggjort af Kerr DJ et al. i The Lancet (2). Mellem 1994 og 2000 blev 290 patienter fra 16 centre randomiseret mellem HAI-5-FU og intravenøs 5-FU – begge som kontinuerede infusionsregimer (de Gramont). Kate-trene til a. Hepatika blev operativt anlagt. Patienterne fik samme systemiske koncentrationer af 5-FU og ved at give 3 gange så meget 5-FU intrahepatisk som intravenøst. Ved en "intention to treat" analyse fandtes ens respons, progressionsfri overlevelse og overlevelse. Mange patienter (37%) randomiserede til HAI gennemførte ikke behandlingen enten fordi de nåede at blive for syge i ventetiden eller der var problemer med kateteranlæggelsen ligesom 1/3 efterfølgende måtte op-høre med behandlingen pga. kateterproblemer specielt med trombose. De der fik behandlingen blev insuffi-cient behandlet. Således fik patienterne i HAI-gruppen mediant kun 2 serier kemoterapi mod 8,5 i den intravenøse gruppe. Man konkluderede at regimet ikke gavnede patienterne og at det ikke kunne anbefales brugt.

### Intrahepatisk bolusbehandling med Irinotecan og Oxaliplatin

Der er ikke udført undersøgelser af effekten af Irinotecan som 1.linie intrahepatisk behandling men ved 2.linie intrahepatisk behandling havde Irinotecan meget lav aktivitet. Der er derimod gennemført både fase I og II forsøg med intrahepatisk bolusbehandling med Oxaliplatin hvorved tolerabiliteten og toksiciteten er fastslået (3;4). Oxaliplatin givet intrahepatisk som bolus kombineret med et almindeligt perifert kontinuert de Gramont regime har vist sig at kunne gives relativt problemfrit med meget høje

responsrater. Ved 1. linie behandling sås responsrater (CR+PR) på omkring 85% komplet levermetastaseresektion hos 20% med høj progressionsfri overlevelse og høj 2-års overlevelse. Selv ved 2. linie behandling sås meget høje responsrater (69%) med mulighed for levermetastase resektion hos 25%. Konklusionen var at HAI-Oxaliplatin kombineret med systemisk de Gramont er simpel at udføre og velegnet som 1.linie behandlingen samt en lovende behandlingsmulighed efter svigt af tidligere systemiske kemoterapiregimer.

### HAI-XELOX

Baseret på ovenstående farmakologiske data, kliniske studier og tidligere erfaringer med intrahepatisk kemoterapi vil vi på Herlev anvende nedenstående regime til kombineret intrahepatisk og systemisk behandling (HAI-XELOX):

- 1) Udredning for extrahepatisk sygdom ved en PET/CT-scanning.
- 2) Undersøgelse af leverkaratomien ved en angiografi.
- 3) Røntgenvejledt kateteranlæggelse fra a. femoralis til a. Hepatika med aflukning af andre tilførende arteriegrene.
- 4) Oxaliplatin givet som bolus intrahepatisk hver 2. uge
- 5) Daglig (kontinuerlig) systemisk behandling med peroral Capecitabin i høje doser fordelt på 2 doser i en uge hver 2. uge.
- 6) Evaluering efter hver 4. behandling mhp. respons og lever resektabilitet.
- 7) Der er ingen konsensus om brugen af adjuverende kemoterapi efter radikal leveroperation men vi har valgt efter en evt. radikal resektion at supplere med 6 serier eller 3 måneders systemisk kemoterapi med reduceret



Oxaliplatinosis hver 2. uge og uændret Capecitabinebehandling.

8) Herefter observationsfase.

## Tumorbiologi

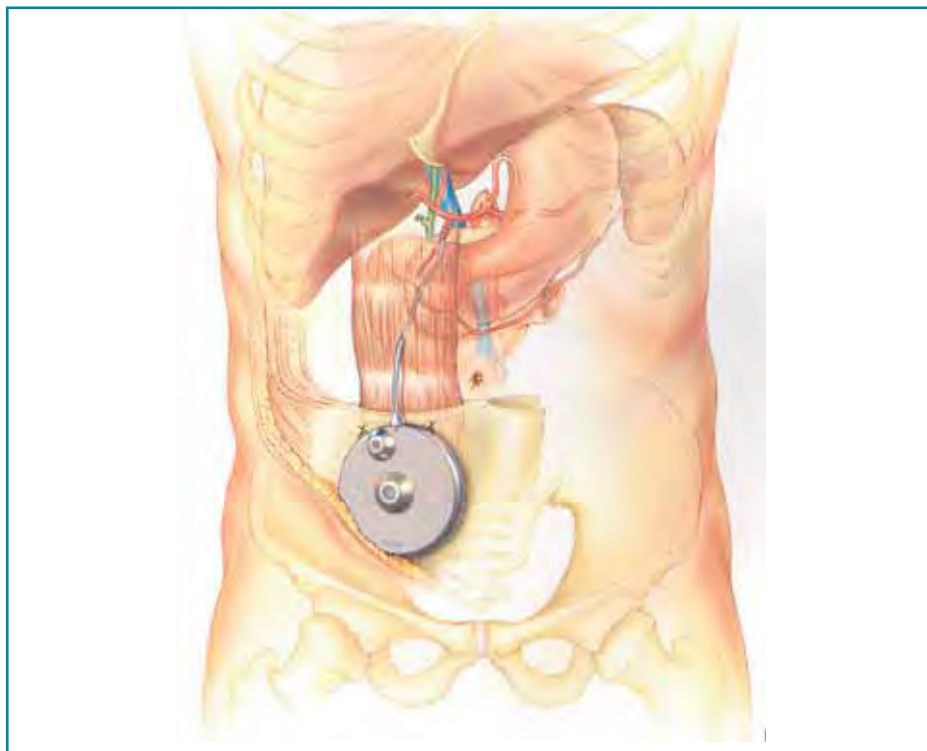
Da det er vigtigt at finde de patienter der vil kunne få gavn af intrahepatisk kemoterapi vil patienterne få taget blodprøver før, under og efter afslutning af kemoterapi og evt. operation for at måle en række potentielle prognostiske og prædiktive faktorer. Specielt vil vi fokusere på forholdene i matrix og forskellige vækstfaktorer og deres receptorer der i hvert fald delvist er ansvarlig for cellevekst, migration, differentiering og overlevelse.

## Hvad koster HAI-XELOX ?

I de 7 randomiserede studier rapporteret i 1996 har man sammenlignet udgifterne ved systemisk og HAI-behandling med pumper, operationsprocedure, hospitalisering, kemoterapi (FUdR) og behandling af komplikationer. I Frankrig og USA var udgifterne henholdsvis ca. 3 og 4,3 gange højere. En XELOX-behandling med 8 serier koster ca. 80.000 kr. Antages en faktor 3-4 forøgelse af udgifterne til HAI-XELOX vil dette formentlig beløbe sig til omkring 2 - 300.000 kr. pr. patient. Ændres karteriseringsproceduren fra operativ til røntgenvejledt anlæggelse bliver udgifterne formentlig mindre. Udgifterne synes således at være indenfor det acceptable for en potentielt livsredende behandling.

## Hvornår, hvor og hvormange

På grund af problemerne med katetrene i England er man gået væk fra operativ anlæggelse af katetrene til røntgenvejledt anlæggelse med aflukning af blodforsyningen de tilførende arteriegrene. Vi er inviteret til



England for i løbet af juni 2004 at lære og herefter formentlig anvende denne teknik på Amtssygehuset i Herlev. Når de forskellige procedurer er på plads kan de første patienter behandles formentlig omkring august 2004. De første patienter vil blive behandlet på Herlev. Vi stiler i første omgang mod at behandle 50 patienter og herefter vurdere om behandlingen skal indføres som standard. Protokollen er godkendt af etisk komite.

### Referencer:

1. Meta-Analysis Group in Cancer. Reappraisal of hepatic arterial infusion in the treatment of nonresectable liver metastases from colorectal cancer. Meta-Analysis Group in Cancer. J.Natl.Cancer Inst. 1996;88(5):252-8.
2. Kerr DJ, McArdle CS, Ledermann J, Taylor I, Sherlock DJ, Schlag PM et al. Intrahepatic arterial versus intraven-

ous fluorouracil and folinic acid for colorectal cancer liver metastases: a multicentre randomised trial. Lancet 2003;361(9355):368-73.

3. Ducreux M, Ychou M, Laplanche A, Gamelin E, Boige V, Hussein F et al. Intra-arterial hepatic chemotherapy (IAHC) with Oxaliplatin (O) combined with intravenous treatment with 5FU + Folinic Acid (FA) in hepatic metastases of colorectal cancer (HMCRC). Proc. Am.Soc.Clin.Oncol 2003;#1115.
4. Boige V, Lacombe S, De Baere T, Pocard M, Elias D, Lasser P et al. Hepatic arterial infusion Oxaliplatin combined with intravenous 5-FU and Folinic Acid in non-resectable liver metastases of colorectal cancer: A promising option for failures to systemic chemotherapy. Proc.Am.Soc.Clin. Oncol 2003;#1170.

## Gefitinib (Iressa®)

Kell Østerlind, Overlæge, KAS Herlev



### Definition og baggrund

Gefitinib er et stof, designet til at blokere tyrosinkinase (TK) knyttet til væksthæmning faktoreceptoren EGFR1 (epidermal growth factor receptor type 1). Ved blokaden afskæres EGFR1 i at sende væksthæmning signaler til cellens kerne. Funktioner i celler, som er afhængige af det fremmede stimulus, vil følgelig reduceres eller ophøre. Når det gælder normalt væv, vil blokaden kunne resultere i dysfunktioner/abnorme reaktioner i hud og slimhinder. I tumorer kan blokaden føre til væksthæmning og svind. Øget aktivitet i EGFR kan drive cellen til deling og aktiviteten ses ved andre tumorer end ikke småcellet lungecancer (NSCLC) nemlig: hoved hals cancer, colon cancer, bryst cancer, prostata cancer, ventrikel cancer og ovarie cancer.

Den kliniske erfaring med brug af Iressa til behandling af NSCLC blev grundlagt med to fase II forsøg: IDEAL 1 & 2 (Iressa Dose Evaluation in Advanced Lung

cancer). Forsøgene inkluderede tilsammen over 400 patienter, som blev randomiseret til enten 250 mg eller 500 mg dgl. dosis havde ingen betydning for antitumor aktiviteten, men 500 mg medførte flere bivirkninger end 250 mg. Objektivt respons efter sædvanlige kriterier blev iagttaget hos 18% af patienterne i IDEAL 1 hhv. 11% i IDEAL 2. Alle patienter havde tidligere fået kemoterapi, og de to forsøg adskilte sig især ved, at IDEAL 1 omfattede mange japanere. Symptom forbedringer sås hos godt 40% af patienterne i begge forsøg. En betydelig andel af respons og forbedringer indtrådte hurtigt dvs. inden for 1-2 uger.

Gefitinibs bivirkninger omfatter (fra huden): udslet, acne, kløe og tør hud og (fra gastro-intestinkanalen): diarré, vægttab, anorexi, evt. opkast – og endelig svaghed. Bivirkningerne kan nødvendiggøre pausering, men oftest er det muligt at genoptage behandlingen i normal dosering (250 mg x 1 dgl.) efter 1-2 uger. En meget sjælden bivirkning (<0,3% af patienterne) er akut interstitiel pneumonitis som antager et dødeligt forløb i op mod halvdelen af tilfældene. Problemet er især beskrevet i Japan, og ser ud til at kunne afværkes ved at undlade brug af gefitinib til patienter med respirationsproblemer pga. pneumoconiose, lungefibrose og pneumonitis (f.eks. efter stråleterapi).

Inden erfaringerne fra IDEAL forsøgene var kendt indledtes to store randomiserede, placebo kontrollerede fase III forsøg (INTACT 1 & 2), hvor gefitinib eller placebo blev føjet til den grundlæggende behandling med cisplatin + gemcitabin hhv. carboplatin + paclitaxel som 1. linie behandling til patienter med stadium IIIB eller IV NSCLC. Gefitinib havde ingen indflydelse på overlevelsen eller på andre, sekundære

re endpoints, så her var man kommet på vildspor.

### Hvor er Iressa godkendt til brug?

Japan var det første land, der godkendte brug af Iressa, som  $\geq 2$ . linie behandling af ikke småcellet lungecancer per 1. august 2002. Siden er en række lande fulgt efter, bl.a. Argentina, Australien, Canada, Filippinerne, Indien, Israel, Korea, Mexico, New Zealand, Schweiz, Taiwan, Thailand og USA. De amerikanske myndigheder (Food and Drug Administration, FDA) godkendte brugen d. 5.5.03, men gjorde godkendelsen betinget af, at AstraZeneca gennemfører kontrollerede forsøg, som nu er indledt under betegnelserne ISEL, IBREESE og INTEREST. Det bemærkes, at Iressa endnu ikke er godkendt i EU.

ISEL (IRESSA Survival Evaluation in Lung Cancer). Forsøget blev indledt i juli 2003 og har overlevelse som primært endpoint. Forsøget er dobbelt blindt og metoden indebærer, at der ikke kan skiftes til aktivt stof, hvis man har fået placebo. Der randomiseres i forholdet 2:1, og der inkluderes patienter, til man når 866 pts. med adenocarcinom sv.t. omkring 1600 patienter i alt. Forsøget har ingen danske deltagere.

IBREESE (Iressa vs BSC Randomised Evaluation of Effect on pulmonary Symptom Endpoint). Forsøget indledtes i marts 2004. Det fokuserer på patienter med signifikante pulmonale symptomer bedømt ved hjælp af specifikke spørgsmål i livskvalitets vurderingsskemaet FACT-L. Det gennemføres dobbelt blindt med brug af placebo tabletter. Der skal inkluderes 324 patienter, hvoraf de 216 får gefitinib. I tilfælde af behandlingsvigt kan koden brydes og

patienten tilbydes aktivt stof, hvis han fik placebo. Det kræves, at patienterne før IBREESE har fået mindst ét og højst to tidligere kemoterapiregimer. Samtlige onkologiske centre i Danmark deltager i forsøget.

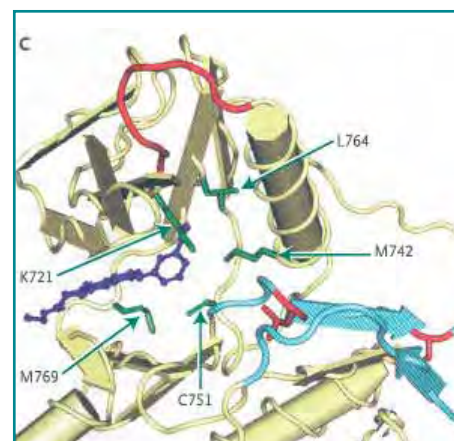
INTEREST (Iressa NSCLC Trial Evaluating Response and Survival against Taxotere). Forsøget er af gode grunde ikke blindet, og der randomiseres i forholdet 1:1 til inklusion af i alt 1440 patienter. Forskningshypotesen er, at patienter som behandles med Iressa ikke lever kortere end dem, som i samme fase af sygdommen fik docetaxel. Sekundære endpoints omfatter tid til progression, respons rater samt patient rapporteret funktionalitet (PRF) og livskvalitet. Sygdommen skal være i progression ved inklusion, og patienten skal have modtaget kemoterapi med et eller to tidligere regimer, hvoraf ét har inkluderet platin. Det kan ikke forhindres, at patienten siden søger behandling med det andet stof, men mange vil ikke have performance status hertil, så muligheden punkterer ikke forsøget.

I Danmark vil patienter kunne modtage behandling med Iressa, hvis de deltager i INTEREST eller IBREESE forsøgene. Hvis de ikke opfylder inklusionskriterierne, står det den behandlende læge frit, at tilbyde patienten gefitinib behandling for så vidt angår medicinaldirektørens synspunkt meddelt for få måneder siden i et brev til medlem af Kræftstyregruppen og formand for Dansk Selskab for Onkologi, Niels Holm. Denne frihed praktiseres på en del af landets onkologiske afdelinger, mens andre, bl.a. Århus og Herlev, ikke kan tilbyde behandlingen grundet manglende midler. Patienter, som har fået afslag, vil kunne anmode om at få deres sag forelagt Second Opinion

Panelet i Sundhedsstyrelsen, og hvis behandlingen er fagligt velindiceret, vil de blive tilbudt mulighed for behandling i udlandet in casu Hamburg. Selv om Second Opinion panelet har en beundringsværdig kort ekspeditionstid, må patienten påregne, at der minimum går 4 uger fra indsendt ansøgning til dato for første konsultation i Hamburg, og for patienter med aggressive sygdomsforløb kan det være kritisk.

### Hvem har gavn af gefitinib behandling?

Retrospektive analyser baseret på kliniske data har udpeget visse prædiktive faktorer: Adenocarcinomer responderer således oftere end plano- og storcellede carcinomer og bronchioalveolære carcinomer udgør måske en særlig gunstig undergruppe blandt adenocarcinomerne. Kvinder og ikke-rygere responderer langt oftere end mænd hhv. rygere. En særlig høj respons rate (godt 40%) er målt blandt japanske kvinder, som aldrig har røget. Disse kliniske kendetegn vil dog næppe få større betydning al den stund, man netop har påvist specifikke EGFR mutationer, relateret til klinisk behandlingsrespons! Mutationerne er lokaliseret svarende til TK domænet i EGFR genet, og de forekom i 8 af 9 tumorer, som responderede på gefitinib og i 0 af 7 som ikke responderede (Lynch et al. NEJM. 350: May 20, 2004). Tilsvarende har en anden forsker gruppe (Paez et al. Science Express April 29, 2004) fundet mutationer i EGFR genet i 15 ud af 58 uselektede NSCLC tumorer fra Japan (hvor responsraten er højere end andre steder) hhv. 1 af 61 tumorer fra USA. Tilsvarende mutationer blev herefter påvist i tumorer hos amerikanske patienter med respons på gefitinib. En adenocarcinom cellelinie med mu-



tationen udviste hypersensitivitet for gefitinib in vitro.

Hvordan mekanismen er, og hvilke andre forhold, der gør sig gældende, kræver endnu megen videnskabelig udredning, men der er med disse seneste iagttagelser en generel oplevelse af, at vi er hastigt på vej imod

- 1) en test, som vil kunne udpege de patienter, der med stor sandsynlighed vil respondere på behandlingen
- 2) en dybere forståelse af sammenhænge mellem EGFR aktiviteter og udvikling og vækst af cancer.

En viden, der vil være af grundlæggende betydning for fremtidig forebyggelse og behandling af lungecancer og en række andre 'store' kræftsygdomme.

## Den teknologiske "vademecum" i onkologisk klinik - Pilot projekt på Rigshospitalet

Marianne Bjerre-Jepsen SKA, information og dokumentation

Rigshospitalets radioterapi og onkologisk klinik starter 1. juni 2004 et pilotprojekt med anvendelse af små håndholdte computere – de såkaldte PDA'er (Personal Digital Assisant) i klinikken. Projektet udføres i et samarbejde med SKA med det håb, at projektet, i fald det er succesfuldt, kan blive landsdækkende.

Formålet med projektet er at give lægerne mulighed for en mere rational og sikker adgang til eksisterende information direkte under konsultationer og/eller stuegang, i situationer hvor beslutninger træffes og behandlinger institueres. PDA'en, der ikke fylder væsentligt mere end en mobiltelefon, erstatter således de forskellige opslagsværker i lommeformat.

I modsætning til en PC har PDA'en en lille skærm (3.8"). Den forbinder via en "blue-tooth" løsning til netværket, og skal i stedet for tastatur betjenes med en lille "pen" via den berøringfølsomme skræm. Der stilles specielle krav til de programmer, der kan håndtere den nye håndholdte teknologi. Til pilotprojektet er valgt en programserie fra IBM, der betegnes WEA – Websphere Everyware Access.

En anden forudsætning for succes for systemet er at sikre en grundig orientering og uddannelse af brugerne, ligesom der løbende skal være adgang til brugersupport via dels superbrugere og dels en helpdisk. I Finsencentret holdes introduktionsmøder med brugerne umiddelbart inden systemets opstart.

Man kan spørge, hvad man opnår ved at benytte en PDA i forhold til den velkendte Vademecum, der hidtil har givet en fortrolig tyngde i kittellommen?

Først og fremmest giver anvendelse af PDA adgang til en langt større informationsmængde. Der er mulighed for at konsultere udvalgte elementer fra instruktionsbøger og procedurevejledninger samt at benytte e-mail, kalender, Intranet og Internet. Dybest set sætter kun brugerne og beslutningstagerens fantasi grænsen for, hvad der skal være adgang til, hvilket giver en inspirerende mulighed for at tilpasse informationsmængden helt præcis til de behov, som arbejdet i den aktuelle klinik skaber, ligesom den enkelte bruger vil finde sin særlige måde at anvende udstyret, som man individuelt finder det mest hensigtsmæssigt. I Finsencentret bliver der fra starten via et SKA ikon adgang til de afsnit på SKA portalen, der omfatter behandlinger, referenceprogrammer, instrukser og retningslinier.

Erfaringer fra Rigshospitalets Hjertecenter viser, at rigtigt anvendt hjælper PDA'en til en mere sikker patientbehandling, idet den lette adgang til informationer som fx behandlingsforslag og -doceringer, procedure vejledninger, etc. vil sikre en homogen og veldokumenteret baggrund for det individuelle beslutningsgrundlag.

En anden gevinst, som fremhæves i retrospektive undersøgelser fra udlandet, er, at PDA'en som arbejdsredskab for personer med skiftende arbejdspladser (kontor, ambulatorium, stuegang, conference, etc) resulterer i tidsbesparelser, idet man på stedet kan synkronisere fx kalender og mail frem for at skulle finde en ledig PC, når møder og aftaler skal planlægges.

En forudsætning for at opnå disse fordele er, at der på forhånd er sikret en driftsmæssig robust og velfungerende IT løsning. På Rigshospitalet har man



opsat et trådløst netværk, som består af nogle små radiosendere placeret i klinikkerne, der er opkoblet til hospitalets overordnede netværk. Samme type netværk eksisterer typisk i fx luft- havne, conference centre og lignende steder, hvor man har brug for at kunne arbejde direkte med sin bærbare PC eller PDA uden en egentlig arbejdsstation, stik og ledninger.

Pilotprojektet vil løbe fra juni til september 2004. Herefter analyseres de indvundne erfaringer og der bliver udarbejdet en rapport, som vil danne grundlag for udarbejdelse af planer for hele hospitalet.

Erfaringerne fra Finsencentret kan måske komme SKA's medlemshospitaler til gavn i forbindelse med lignende overvejelser. Fra SKA's side følger vi projektet tæt, og er glade for at kunne være med fra første færd til at stille informationerne på SKA protalen til rådighed i den nye håndholdte teknologi.

## - SKA har klippet i aviser og tidsskrifter og fundet følgende:

### Marie Overgaard

Overlæge Marie Overgaard, onkologisk afdeling D, Århus Sygehus, er blevet udnævnt til æresmedlem af det amerikanske radiologiske selskab, American College of Radiology. Udnævnelsen sker på baggrund af Marie Overgaards mangeårige forskningsindsats inden for behandling af brystkræft. I motiveringen for udnævnelsen fremhæves hendes indsats for at finde den rette kombination af kemoterapi og strålebehandling efter en operation for brystkræft. Disse forskningsresultater har betydet, at flere kvinder overlever sygdommen, og har sat en ny standard for brystkræftbehandling i hele verden.

(Dagens Medicin)

### Hans von der Maase

Professor, overlæge, dr. med. Hans von der Maase fra Onkologisk Afdeling på Århus Sygehus har fået den årlige hæderspris fra Dansk Selskab for Cancerforskning, Gårdejer Ingemann Petersen og Hustrus Hæderspris. Hans von der Maases primære forskningsområder er blærekræft og testikelkræft samt immunterapi af nyrekræft og modermærkekræft.

(Berlingske Tidende)

### Ellen Friche

Overlæge, dr. med. Ellen Friche er pr. 1. april ansat ved Roskilde Amts Sygehus. Ellen Friche er 59 år og kommer aktuelt fra en stilling som 1. reservelæge i samme afdeling. Ellen Friche blev cand.pharm. i 1976 fra Farmaceutisk Højskole i København. I 1983 tog hun den lægevidenskabelige embedseksamen fra Københavns Universitet, og i marts måned i år

opnåede hun speciallægeanerkendelse i intern medicin.  
(Berlingske Tidende)

### Lena Specht

Overlæge, dr. med. Lena Specht, Onkologisk afdeling, Finsencentret, Rigshospitalet har modtaget Dansk Selskab for Onkologis hæderspris "Onkologiprisen 2004". Prisen er på 20.000 kr. Prisen uddeles til en person, der har ydet en særlig indsats inden for dette område og dermed for behandlingen af patienter med kræft. Lena Specht hører til blandt de mest internationalt anerkendte kræftforskere.

(Berlingske Tidende)

*Bidrag til Personnyt modtages gerne:*

**SKA Sekretariat, Rigshospitalet 5072, Blegdamsvej 9, 2100 Kbh Ø**  
**Fax 3535 6906, email bjerrejepsen@rh.dk**

## Rapport fra SKA arrangementer

### Sygeplejens temaeftersiddag torsdag d. 27. maj 2004, afholdt på Rigshospitalet.

#### Rask, og hvad så?

SKA's sygeplejegruppe og sekretariat havde for 5. gang arrangeret denne forårstemadag, der handlede om psykisk rehabilitering. Den psykologiske rehabilitering er en vigtig del af sygeplejens ansvars – og arbejdsområde. Den nationale kræftplan har beskrevet status for den hidtidige indsats og

kommer med forslag til styrkelse af området.

Det var intentionen at de inviterede foredragsholdere på forskellig vis skulle inspirere sygeplejen til at støtte de patienter, der har brug for hjælp til at få overblik og kontrol over deres eget liv igen.

En ung kræftpatient, Lea Svenningsen, kunne beskrive, hvordan hun var kommet igennem sin kemobehandling, ved hele tiden at vide hvad der skete og hvorfor, sætte sig nye mål for at kunne bevare kontrollen over sin egen

person. Lea fortalte om skyld, hvorfor lige mig, hvad har jeg gjort forkert, hvorfor fik jeg kræft, hvorfor er det mig, der lever videre. Hun fortalte om splittelsen mellem den syge og den raske Lea, om at være ung, den byrde hun følte, hun havde pålagt forældre og venner. Hun har gjort sig mange tanker om sygdommen, behandlingen og døden men er kommet til den konklusion, at det at have været kræftpatient er en del af hende, som hun skal have med sig, men som ikke skal få lov at fylde. Leas oplæg til de efterfølgende foredragsholdere kunne ikke være

Socialrådgiver Anne Marie Laurents fra "Jobhuset" i Helsingør havde mange gode forslag til, hvordan sygeplejen kan medvirke til at få etableret et tilfredsstillende rehabiliteringsforløb for den enkelte patient. Tilbuddene skal være fleksible og give valgmuligheder for patienten. Rehabiliteringen skal tage udgangspunkt i de ressourcer, der findes hos patienten. Delvis sygemelding, flexjob, pension kombineret med skånejob er blandt de mange andre muligheder som, ved hjælp af socialrådgiveren, kan støtte patienten.

Tom Kjær, præst fra KAS Herlev, fremlagde et meget engageret og inspirerende oplæg om kræftpatienters følelse af at befinde sig "inde i en osteklokke" og være tilskuer til livet, som går videre udenfor. Hvorfor blev jeg syg, hvad er meningen, angst for tilbagefald, samt genoprettelse af fremtidsroen, var nogle af de temaer, som Tom Kjær bragte til diskussion.

#### SKA NYT

Udgives af "Sammenslutningen af danske kræftafdelinger", og udkommer 4 gange årligt.

#### REDAKTION

Ansvarshavende redaktør: Heine Høi Hansen  
Redaktionssekretær: Marianne Bjerre-Jepsen

**Finsencentret, afsnit 5072**  
**Rigshospitalet**  
**Blegdamsvej 9**  
**2100 København Ø**

Tlf 3545 4611 – email: bjerrejepsen@rh.dk

#### Kontakt til redaktionen

Har du forslag eller spørgsmål, så kontakt Heine Høi Hansen eller Marianne Bjerre-Jepsen

#### TRYK

Kopicentralen  
Tlf 3545 3194 – email: ascarlsen@rh.dk

#### GRAFIK

Grafisk Værksted  
Tlf 3545 3970 – email: grafik@rh.dk

Tom Kjær rejste mange spørgsmål, der gav stof til eftertanke.

Niels Peder Agger, psykolog, havde valgt overskriften "Rejsen tilbage til de raskes kongerige".

Foredraget rummede forslag til forbedringer inden for den psykologiske rehabilitering. Vi ville dog gerne have talt mere om sygeplejens psykosociale støtte til patienterne i form af undervisning, rehabiliteringskurser, psykoterapi, senbivirkninger, konferencer m.m.

### SKA KFE koordinationsmøde, 26. maj 2004

I marts 2003 mødtes S sammenslutningen af Kræftafdelinger (SKA) og de større onkologiske Kliniske Forskningsenheder (KFE) i Danmark med det formål at diskutere områder af fælles interesse. Det blev det besluttet, at nedsætte en række arbejdsgrupper, som skal fokusere på følgende emner: kurser i GCP, IT-samarbejde, udarbejdelse af cytostatikaoversigt, patient information og dokumentation.

Arbejdsgrupperne mødes individuelt i årets løb, og 2 gange årligt holdes et koordinerende møde, hvor også KFE lederne deltager.

Onsdag d. 26. maj 2004 mødtes alle grupperne i København. Indledningsvis orienterede Heine Høi Hansen om SKA's aktiviteter ud over KFE samarbejdet.

Arbejdsgrupperne rapporterede følgende om deres arbejde:

**Kursusgruppen** v/ Dorte Nielsen, Herlev:

- Efter afholdelse af éendags kursus i marts 2004 om GCP er der kommet

henvendelse fra Roskilde og Århus, der ønsker lignende kursus afholdt lokalt.

- En tværfaglig model med undervisning om eftermiddagen på hospitalet for personale på onkologiske afdelinger blev drøftet. Ålborg og Vejle udtrykte interesse herfor.

- 2-dags GCP kursus 18.19.10.2004 går efter planen.

- Gruppen er begyndt arbejdet med Kursus i klinisk onkologi for medicinalindustrien, 8-11 november 2004

**Cytostatikaoversigt gruppen** v/ Svend Ottesen, Roskilde:

- Arbejdet er langt fremme, 1. udkast vil være klar primo august. Materialet bliver kvalitetssikret uden for gruppen ved speciallæger samt en farmaceut.  
- SKA vil varetage markedsføring af håndbogen, som også vil blive tilgængelig i elektronisk form via Internet.

**Gruppen for IT samarbejde** v/ Knud Nelausen, Rigshospitalet:

- IT gruppen er en paraplygruppe for de øvrige SKA/KFE grupper i teknologispørgsmål. Der fokuseres for tiden på Cytostatikaoversigten.

**Patientinformation** v/ Lene Lundby, Ålborg

- 7. version af Vejledning til kræftpatienter er afsluttet. Vejledningen fungerer som en standard vejledning, der kan suppleres efter lokale behov.

**Arbejdsgruppe for udarbejdelse af fællesdokument til protokol behandling**

- SKA indkalder til konstituerende møde i København.

Næste fællesmøde finder sted **onsdag d. 8. december 2004 på hotel Kong Arthur, København**

## SKA aktivitetskalender 2004

### Kurser

**15. juni 2004**

#### Post ASCO symposium

Hotel Marriot, Kalvebod Brygge 5,  
1560 København

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

Deltagerantal 75-100

**18. - 20. oktober 2004**

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

Hotel Kong Arthur, Nørre Søgade 11,  
1370 København

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

**08. - 11. november 2004**

#### Klinisk onkologi for medarbejdere i medicinal industrien

Hotel Kong Arthur, Nørre Søgade 11,  
1370 København

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

#### Rekvirer

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

#### SKA Sekretariat

Rigshospitalet, Afsnit 5072  
Blegdamsvej 9,  
2100 København Ø

**Sekretær June Thygesen,**  
3545 4090

**Projektsygeplejerske  
Karen Ringsing,**  
3545 4715

Information og dokumentation  
**Marianne Bjerre-Jepsen,**  
3545 4611

### Møder

**17. november 2004**

#### Lung Cancer Awareness day

FOLK og SKA

**24. november 2004**

#### SKA Årsmøde

Vilvorde kursuscenter

# Mødekalender

## Internationale møder

### 2004

- 19 - 24 juni **FECS/AACR/ASCO: Methods in Clinical Cancer Research,**  
Flims Switzerland
- 3 - 6 juli **18th Meeting of European Association for Cancer Research,**  
EACR, Innsbruck Austria
- 25 - 28 august **7th World Congress of Psycho-Oncology. Kræftens Bekæmpelse,**  
København, Danmark
- 12 - 14 september **The British Oncological Association, Annual Scientific Meeting 2004,**  
Edinburgh, Scotland
- 16 - 19 september **36th Congress of the International Society of Pediatric Cancer**  
SIOF, Oslo Norway
- 28 sept - 1 okt **16th EORTC/AACR/NCI 2004 Symposium on Molecular Targets on Cancer Therapeutics,**  
Geneve Schweiz
- 3 - 7 oktober **10th biennial International Gynecologic Cancer Society Meeting (IOCS),**  
Edinburgh, Scotland
- 24 - 28 oktober **23rd Annual European Society for Therapeutic Radiology and Oncology Meeting,**  
Amsterdam, the Netherlands
- 29 okt - 2 november **29th ESMO Congress of the European Society for Medical Oncology, ESMO,**  
Vienna, Austria
- 3 - 7 december **American Society of Hematology (ASH), 46th Annual Meeting,**  
San Diego, USA

### 2005

- 16 - 20 april **96th Annual Meeting of the American Association for Cancer Research,**  
Anaheim, CA, USA
- 28 april - 1 maj **Oncology Nursing Society's 30th Annual Congress,**  
Orlando, USA
- 3 - 6 juli **The 11th World Conference on Lung Cancer - International Association for the  
Study of Lung Cancer, Barcelona, Spain**