

## INDHOLD

- 1 Erfaringer fra second opinion-ordningen
- 3 Second opinion-panelet – en kommentar
- 4 ASCO's GI-møde
- 8 Rapport fra ASH
- 10 Enhed for Eksperimentel Kræftbehandling i Finsencentret
- 12 Det nationale koordinationsudvalg for eksperimentel kræftbehandling
- 13 Dansk Selskab for Klinisk Onkologi
- 14 Nyt fra SKA
- 15 SKA-symposium: Målettet medicinsk kræftbehandling
- 15 Forretningsudvalget i SKA
- 16 Vidste du at ...
- 17 Organisationsnyt
- 18 Personnyt
- 19 18. årsmøde i DSC
- 20 Treatment of Prostate Cancer
- 21 Mødekalender
- 22 Kurser og møder
- 23 Årsmøde i DSKO
- 23 Stillingsopslag

## ERFARINGER FRA SECOND OPINION-ORDNINGEN



Af læge Marie S. Brasholt  
Sundhedsstyrelsens Enhed for  
Planlægning

### Second opinion-ordningen i Danmark

"Why it's hard to get a second opinion" – det var titlen på en artikel i Wall Street Journal for nylig. I artiklen beskrives amerikanske kræftpatienters kamp for at indsamle nødvendigt journalmateriale og finde en læge, der kan og vil tilbyde en second opinion.

I lighed med de amerikanske kræftpatienter har også danske kræftpatienter i nogle tilfælde behov for en vurdering af, om det behandlingstilbud, de har fået, er det bedst tænkelige, eller – i de tilfælde hvor de får at vide, at der ikke er flere behandlingstilbud – om andre læger har kendskab til en mulig behandling.

Men her hører ligheden mellem USA og Danmark op. Den 1. januar 2003 fik de danske læger nemlig mulighed for at tilbyde deres patienter en second opinion gennem den såkaldte second opinion-ordning. Sundheds-

styrelsen har til formålet nedsat et ekspertpanel bestående af to erfarne onkologer, hvis opgave det er at rådgive om eventuelle muligheder for yderligere udredning og behandling i Danmark samt om muligheder for højt-specialiseret, forskningsmæssig eller eksperimentel behandling i udlandet. Panelets råd gives til den behandelende læge på baggrund af oplysninger fra denne.

Second opinion-ordningen er koblet sammen med, at der er afsat statslige midler til finansiering af eksperimentel behandling i udlandet og på private sygehuse her i landet. Finansieringen omfatter behandling til patienter med en livstruende kræftsygdom eller anden livstruende sygdom, som ikke umiddelbart kan tilbydes yderligere behandling på offentlige sygehuse her i landet eller behandling i henhold til reglerne om højt-specialiseret eller forskningsmæssig behandling i udlandet. Regler for ordningen fremgår af § 26 i Indenrigs- og Sundhedsministeriets Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling og fødselshjælp m.v. af 20. juni 2003.

### Erfaringer fra second opinion-ordningen i 2004

Second opinion-panelet har i 2004 vurderet i alt 440 sager, hvilket er en væsentlig stigning i forhold til 2003, hvor det tilsvarende tal var 310 sager. Fordelt på diagnoser drejer det sig i 2004 om 104 patienter med tyk- og endetarmskræft, 81 med kræft i øvre mave-tarmkanal incl. bugspytkirtel, lever og galdeveje, 90 med lunge- og lungehindekræft, 42 med kræft i urinvejene inkl. prostata, 27 med gynækologiske kræftsygdomme, 23 med brystkræft, 6

## ERFARINGER FRA SECOND OPINION-ORDNINGEN

med modermærkekræft, 12 med hjernekræft, 9 med hoved- og halskræft og 46 med andre og mere sjældent forekommende kræftsygdomme.

For de 440 patienter blev der for 134 patienters vedkommende givet råd om yderligere udredning eller behandling i Danmark. For 72 patienter var panelet enig i det behandlingstilbud, der allerede forelå fra den behandlende afdeling, men hvor patienten havde ønsket dette vurderet af panelet. For 127 patienter blev der givet råd om eksperimentel eller forskningsmæssig behandling i udlandet. For 102 patienter havde panelet i lighed med behandlende afdeling ikke yderligere forslag til behandling.

Andelen, hvor der er givet råd om eksperimentel eller forskningsmæssig behandling i udlandet, er steget fra ca. 14 % i 2003 til 29 % i 2004. I samme periode er der sket et fald i andelen af sager, hvor panelet ikke har haft yderligere forslag til behandling. Panelet har i 2004 anbefalet en række forskellige eksperimentelle behandlinger i udlandet, herunder bl.a. cetuximab ved colorectal-cancer, gefitinib/erlotinib ved ikke-småcellet lungecancer, 90-Yttrium-mærket octreotid ved neuroendokrine gastrointestinale tumorer, docetaxel ved prostata cancer og adjuverende kemoterapi ved ikke-småcellet lungekræft.

Sundhedsstyrelsen har på baggrund af panelets råd godkendt eksperimentel behandling i udlandet for i alt 68 patienter. Sundhedsstyrelsen er imidlertid vidende om, at enkelte af disse patienter ikke har modtaget behandling i udlandet. Der kan være flere grunde hertil, bl.a. en forværring af patientens tilstand, der i sidste ende har umuliggjort den påtænkte behandling. I de resterende tilfælde er Sundhedsstyrelsen ikke blevet an-

modet om at godkende behandling i udlandet. For enkelte af disse har der været tale om forskningsmæssig behandling i udlandet, som ikke skal godkendes af Sundhedsstyrelsen, men af patientens bopælsamt. For nogle af de øvrige er der formentlig tale om, at den påtænkte behandling alligevel har kunnet gives i Danmark, eller at patienten ikke har ønsket at tage til udlandet for at modtage den foreslåede behandling.

### Etablering af centre for eksperimentel kræftbehandling i Danmark

På finanslovene var der for årene 2002-2004 årligt afsat 10 mio. kr. til eksperimentel behandling. En del af disse midler er ikke blevet brugt, og fra 1. januar 2005 er der åbnet mulighed for, at nogle af de ubrugte midler kan anvendes til etablering af tre enheder for eksperimentel kræftbehandling i Danmark placeret i henholdsvis region Nord, Syd og Øst. Herudover er der åbnet mulighed for, at en del af det årlige beløb, der afsættes til eksperimentel behandling, kan anvendes til behandling af patienter på disse enheder i stedet for i udlandet.

Enhederne placeres i relation til de onkologiske landsdelsafdelinger, og med henblik på at sikre koordinationen mellem enhederne er der nedsat et nationalt koordinationsudvalg med repræsentanter fra de onkologiske afdelinger, Lægemiddelstyrelsen og Sundhedsstyrelsen samt second opinion-panelet.

De første patienter er allerede blevet behandlet på de danske enheder for eksperimentel kræftbehandling. Det er håbet, at enhederne på længere sigt kan være med til at sikre, at et størst muligt antal danske kræftpatienter, for hvem øvrige behand-

lingsmuligheder er udtømte og der foreligger mulighed for eksperimentel behandling, kan modtage behandling i Danmark frem for at skulle ud på en ofte opslidende rejse til udlandet.

# SKÅ NYT

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

### REDAKTION

Ansvarshavende redaktør:  
Heine Høj Hansen  
Redaktionssekretær:  
Maj Dahl-Rasmussen  
SKA's sekretariat, afsnit 5072  
Rigshospitalet  
Blegdamsvej 9  
2100 København Ø  
Tlf.: 3545 4090  
E-mail: maj.dahl@rh.dk

### Kontakt til redaktionen

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

### TRYK

Hertz Bogtrykkergården a/s  
Tlf.: 3254 4022

### LAYOUT

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

## SECOND OPINION-PANELET – en kommentar



Af Birthe Skaarup, MF  
sundhedsordfører

Som en del af finansloven for 2002 var vi et par politikere, som arbejdede på at få afsat et millionbeløb til sygdomsbehandling i udlandet, herunder sygdomsbehandling af eksperimental karakter, og det lykkedes heldigvis.

Baggrunden for dette initiativ var bl.a. vedvarende henvendelser fra patienter eller pårørende til disse, som var opgivet af det danske sundhedsvæsen, og derfor selv søgte behandlingsmetoder af eksperimentel karakter i udlandet. Nogle af disse patienter blev hjulpet og andre fik deres liv forlænget.

Second Opinion-panelet blev derefter etableret med et par af vore fremmeste inden for kræftbehandling, og det var et paradigmeskift, der bestemt har ændret de meget syge patienters indgangsvinkel til at få vurderet deres alvorlige sygdom endnu engang.

Udover, at Danmark har en national kræfthandlingsplan – som for øvrigt snarest bør justeres – er tilbuddet om en fornyet vurdering af deres sygdom, nu blevet implementeret som et yderligere tilbud til patienterne, hvilket har givet mange kræftramte fornyet håb, når de har stået med dommen i hånden og fået at vide, at nu er der ikke mere at gøre ved din sygdom.

Jeg glæder mig naturligvis over, at der med årsopgørelsen fra second opinion-ordningen for 2004 er sket en yderligere forøgelse af sager, som er blevet behandlet i

forhold til 2003 nemlig fra 310 sager til 440. Efter min vurdering et signal om, at ordningen er blevet mere kendt af de henvisende læger og afdelinger til gavn for patienterne. Samtidig med at det har hævet niveauet for kræftbehandlingen generelt, men også at 127 patienter har fået råd om eksperimentel eller forskningsmæssig behandling i udlandet samt 134 patienter råd om yderligere udredning eller behandling på kræftafdelinger her i landet.

Desuden mener jeg, at der med Second Opinion-muligheden yderligere er blevet etableret en succes, idet der nu på tre udvalgte danske hospitaler er oprettet eksperimentel behandling. Desto længere vi kan komme ad den vej jo bedre, at vi får muligheden for at give de samme behandlinger herhjemme, som kan tilbydes i udlandet, også fordi det jo ikke er et selvstændigt mål at sende meget syge mennesker til udlandet, hvis vi i stedet kan hente metoderne her til landet, det må være det optimale.

Yderligere forskning på kræftområdet, flere nye behandlingstilbud, bedre patientbehandlingsforløb, muligheder for anskaffelse af nyeste udstyr og et godt og veluddannet fagligt personale og ikke mindst en "Kræftplan 2" bør fremover være med til sikre bedre helbreds muligheder for kræftpatienter, det er mit ønske for den fremtidige danske indsats på dette vigtige område.

## ASCO 2005 Gastrointestinal Cancer Symposium 27-29. januar, Miami, USA



Af overlæge ph.d.  
Per Pfeiffer, Odense  
Universitetshospital



overlæge ph.d.  
Lars Damstrup  
Rigshospitalet



og overlæge  
Benny Vittrup  
Herlev Amtssygehus.

Gastrointestinal (GI) cancer har i løbet af få år ændret sig fra stort set at være en kirurgisk sygdom til en multidisciplinær sygdom, der kræver tæt samarbejde mellem onkologer, kirurger, radiologer og patologer. Derved får patienterne den bedste mulighed for helbredelse, livsforlængelse og/eller palliation.

For anden gang afholdt ASCO en tværfaglig kongres udelukkende om GI cancer, og deltager-antallet var allerede vokset fra 500 ved første kongres til 1400, og der var fremsendt over 200 abstracts omhandlende alle aspekter af gastrointestinal cancer, men med hovedvægt på colorectal cancer, ventrikel cancer og pancreas cancer. Oversigtsforedrag var blandet med præsentation af randomiserede undersøgelser, enten nye data eller opdateringer. Fokus på ASCO GI 2005 var "targeteret" behandling, og i USA diskuterer man ikke længere om targeteret behandling virker, eller om det skal tilbydes, men hvordan de nye stoffer skal anvendes og kombineres enten sammen eller med kemoterapi.

Der var afsat en dag til colorectal cancer, en dag til esofagus og ventrikel cancer og en dag til pancreas cancer. Fælles for alle dage var opbygningen baseret på en poster session fra morgenstunden, efterfulgt af fire sessioner. Ved den første session

blev prævention, screening og diagnose gennemgået, inden man i anden session fokuserede på den multidisciplinære behandling af dagens emne. Efter 15 minutters frokost, blev udvalgte abstracts præsenteret inden tredje session med translationel forskning startede. Dagene sluttede med en session om kontroversielle emner inden dagens sidste emne: generel poster session, der startede klokken 18:00. Opbygningen af symposiet både sidste år og i år var logisk uden parallelle sessioner, så man har mulighed for at deltage i alle sessioner.

### Colon cancer

I Danmark er der ca. 2300 tilfælde af colon cancer og ca. 1200 tilfælde af rektum cancer årligt, hvorfor colorectal cancer (CRC) rangerer blandt de tre hyppigste kræftformer. Det er inden for CRC nogle af de største fremskridt i cancerbehandlingen er sket de sidste par år. Goldberg (USA) afsluttede sin gennemgang af behandlingen af patienter med metastatisk colorektal cancer (MKRC) med følgende: "If you are not confused about how to best manage advanced CRC you haven't been paying attention ... Fellows: GI oncology is hot!" – hvorefter bifaldet bragede gennem salen. Som referat fra dette symposium, der igen i år strålede af selvbevidsthed, behandlingssucces

og fremgang, er der derfor kun udvalgt nogle få centrale emner, der umiddelbart kan relateres til behandlingen af vore patienter i Danmark år 2005.

### Adjuverende behandling af colon cancer

Efter radikalt opereret lymfeknudepositiv colon cancer (Dukes type C) bevirker adjuverende behandling med 5-fluoracil (5FU) og leucovorin (LV), at ca. 10 % flere patienter bliver raske. Dette har været standard i de sidste 10 år. I MOSAIC-studiet blev 2246 patienter randomiseret til kontinuerlig infusionsbehandling med 5FU/LV (de Gramont) alene eller kombineret med Oxaliplatin (FOLFOX). Efter 4 år var 9 % flere patienter med Dukes C sygdomsfrie (61% → 69,7 %) og 4 % med Dukes B (81,3 % → 85,1 %). Efter 4 år havde 2 % og 0,7 % af patienterne behandlet med FOLFOX fortsat paræstesier af moderat eller svær intensitet. Effekten målt som sygdomsfri overlevelse blev således næsten fordoblet, hvorfor man da også i Danmark fra foråret 2005 tilråder at tilbyde en kombination af 5FU og Oxaliplatin til patienter med Dukes C colon cancer.

### Behandling af metastatisk colorectal cancer (MCRC)

Goldberg gav en glimrende oversigt over den systemiske behandling af MCRC år 2005. Mange randomiserede undersøgelser viser, at kombinationskemoterapi med 5FU/LV og enten Irinotecan eller Oxaliplatin fordobler chancen for tumorsvind, forlænger tid til progression (TTP) og overlevelse (overall survival (OS)), samt at kombinationsbehandling er tolerabelt også til ældre og bør foretrækkes frem for monoterapi. Derimod er det ikke afgørende, om man starter med Oxaliplatin eller Irinotecan, hvis de kombineres

med infusionsregimer eller Capecitabin (Xeloda®). I Danmark anvendes mange steder en kombination af Capecitabine og Oxaliplatin (XELOX) som 1.-linie behandling. Overvejer man monoterapi bør man efter Goldbergs mening overveje slet ikke at give behandling med det argument, at syge patienter jo netop har behov for behandling, der virker. Efter en gennemgang af mange afsluttede, igangværende og kommende kemoterapi-studier afsluttede han sin gennemgang med at omtale antistofbehandling med Bevacizumab (BV) og Cetuximab (CX) (se nedenfor) med kommentaren: "Thank God for the antibodies".

Som 1.-linie behandling er der nu over 10 effektive valgmuligheder, og som tidens vigtigste spørgsmål fremhævede han følgende: Hvor tidligt skal BV eller CX anvendes, eller skal de måske kombineres, er der en optimal behandlingssekvens, hvorledes skal man integrere "stop and go" strategier, og hvad er optimal varighed af behandling? Helt i den optimistiske ånd og også spørgsmålet: "Will we eliminate suffering from CRC in 3640 days?" for ligesom af understrege, at fremskridtene aktuelt synes at ske i perspektivet dage, ikke år.

### Antistoffer

To monoklonale antistoffer, bevacizumab (Avastin™) og cetuximab (Erbix), blev i februar 2004 godkendt af FDA til behandling af MCRC og på samme indikation godkendt i EU i januar 2005. Nye data blev fremlagt som "late breaking news" (Giantonio et al og Saltz et al).

### Bevacizumab (BV)

BV er et humaniseret monoklonalt antistof rettet mod den vaskulære endotheliale vækstfaktor (VEGF) re-

ceptor. Publicerede undersøgelser har nu vist, at tillæg af BV til 1.-linie kemoterapi signifikant øger effekten af både monoterapi med 5FU/LV og kombinationsbehandling med Irinotecan (IFL regimet), idet mediane overlevelse (mOS) forlænges med 4-5 måneder, og responsraten øges med 10 %. Der er endnu ikke data på kombinationen af BV og FOLFOX eller XELOX, men på kongressen fremlagde Giantonio data fra en randomiseret undersøgelse hvor 829 patienter med irinotecan refraktær MCRC blev behandlet med FOLFOX med eller uden BV (studie E3200). Toksiciteten er tolerabel, og patienter, der fik tillagt BV, levede 2 måneder længere (8,9 → 10,7 måneder). I USA og nogle steder i Europa er FOLFOX kombineret med BV nu mange steder standard som 1.-linie-behandling til patienter med MCRC.

### Cetuximab (CX)

CX er et monoklonalt antistof, der hæmmer den epidermale vækst faktor receptor (EGFR eller HER1), der er til stede i 80 % af tilfældene af MCRC. Ved 2.- og 3.-linie behandling af patienter med irinotecan refraktær MCRC er chancen for tumorsvind med CX alene 11 %, hvilket fordobles til 23 % ved at kombinere med irinotecan, ligesom TTP forlænges (1,5 måneder → 4,1 måneder). Denne undersøgelse danner basis for, at man i Danmark gennem Sundhedsstyrelsens Ekspertpanel kan tilbyde 3.-linie behandling (i de såkaldte eksperimentelle senge i Herlev, Odense, Vejle og Ålborg) til patienter, der er progredieret på behandling med 5FU, Oxaliplatin og Irinotecan. CX undersøges verden over i fase III-undersøgelser både ved MCRC og ved adjuverende behandling. Saltz (USA) fremlagde de første imponerende resultater fra et randomiseret fase II-stu-

die, hvor man sammenlignede kombinationen af både CX og BC med eller uden Irinotecan ved Irinotecan refraktær sygdom. Da FDA godkendte disse to antistoffer, stoppede videre inklusion i denne undersøgelse stort set, og derfor blev der kun inkluderet 74 af 150 planlagte patienter. Kombinationen var tolerabel og uden uventet toksicitet. Ved kombinationen af BV og CX responderede 23 % med TTP på 6,9 måneder, mens tillæg af irinotecan øgede responsraten yderligere til 39 % og TTP til 8,5 måneder.

### Radiofrekvens ablation

Ultralydsvejledt radiofrekvens ablation (RFA) er gennem de sidste 5 år indarbejdet i den kirurgiske praksis verden over ved behandling af isoleret levermetastaserende CRC. S. Curley (USA) fremlagde behandlingsresultater fra en uselekeret gruppe af 418 patienter med MCRC, der kun havde levermetastaser. Patienter, der kun fik foretaget leverresektion, havde signifikant bedre OS end patienter, der fik supplerende RFA, og patienter, der kun fik foretaget RFA.

### Rectum cancer

Perioperativ behandling af patienter med rectum cancer varierer fra land til land. Kortvarig præoperativ radioterapi (RT) med 5 Gy x 5 efterfulgt umiddelbart af total mesorektal excision (TME) nedsætter den lokale recidivfrekvens (LR), men ændrer ikke OS. En stor randomiseret undersøgelse fra Holland var baggrunden for, at man i Danmark i foråret 2002 indførte denne behandling til patienter med T3 sygdom beliggende i de nederste 10 cm af rektum. Marijnen (Holland) fremlagde langtidseresultaterne, og der var fortsat overhovedet ingen forskel i OS mellem RT behandlede og primær TME (64,3 % vs. 63,5 %), mens

5-års LR blev nedsat fra 11,4 % til 5,8 %. T havde kun effekt ved tumorer beliggende i midterste del af rektum (5-10 cm: LR 14,9 % → 3,9 %). RT øgede risiko for fækal inkontinens (39 % → 62 %) og seksuel inaktivitet (9 % flere mænd og 14 % flere kvinder). Man konkluderede, at den nedsatte LR har en relativ høj pris, og at man skal være meget omhyggelig ved udvælgelsen af patienter.

Til patienter med primært ikke-resektabel sygdom (MR skanning: tumorer inden for 1 mm af den mesorektale fascie, T3 tumorer ved eller under levatorene, tumorer, der strakte sig over 5 mm ud i det perirektale fedtvæv, T4 tumorer og T1-4N2 tumorer) tilrådes kombineret radiokemoterapi (RKT) med eller uden kemoterapi før RT. Chau (UK) startede med 4 serier XELOX efterfulgt af langvarig stråleterapi (54 Gy på 30 behandlinger) kombineret med Xeloda før planlagt TME-operation. 49 af 56 evaluerbare patienter fik foretaget TME, heraf 48 med R0 resektion og 13 med patologisk CR. En lignende protokol er netop godkendt i Danmark.

## Esophagus og ventrikel cancer

På verdensplan er ventrikelcancer efter lungekræft den hyppigste kræftsygdom. I Danmark er den relativ sjælden med ca. 500 tilfælde årligt. Antallet af patienter med esophagus cancer er lidt mindre, omkring 400 tilfælde årligt. Inden for de seneste 20 år er incidensen i USA øget med en faktor 7 og i Danmark fordoblet. Ætiologien er flerfoldig, men epidemiologiske undersøgelser i USA har vist en stærk korrelation til BMI indeks, og det er desuden vist, at overvægtige personer har en større risiko for reflux af både mavesyre og galde, som giver en øget kemisk inflammatorisk påvirkning.

## Ventrikel cancer - neoadjuverende og adjuverende behandling

Kirurgi er fortsat hjørnestenen i behandlingen af patienter med ventrikel cancer, men kan ikke stå alene. I England er det vist, at neoadjuverende kemoterapi med epirubicin, cisplatin og 5-FU øger chancen for mikroskopisk radikal resektion (R0) med 5 % og 2-års OS med 9 %. Det er dog fortsat ikke afgjort, om supplerende behandling bør gives før eller efter operation. Efter radikal operation for ventrikel cancer viser nogle undersøgelser (INT-0116), at postoperativ radiokemoterapi (RKT) i forhold til kirurgi alene forlænger mOS (27→39 måneder) og 3 års OS (41→50 %). Mange har dog følt, at RKT blot kompenserede for suboptimal kirurgi. På Rigshospitalet tilbydes RKT til patienter, der er radikalt opereret for ventrikel cancer. Der er forskel i det kirurgiske indgreb i USA, Europa og Japan. I USA tilrådes subtotal gastrectomi med fjernelse af mindst 15 lymfeknuder. Van der Velde (Holland) viste, at antallet af fjernede lymfeknuder var signifikant korreleret til 5-års OS. Ved T1N0 var 5-års OS 61 % ved 1-10 fjernede lymfeknuder, hvilket steg til 93 ved mere end 40 fjernede og ved T3N+ var 5 års OS 14 % ved mindre end 10 fjernede lymfeknuder, hvilket steg til 50 % ved over 40 fjernede. Lymfeknuderesektion er således en vigtig del af den kirurgiske behandling.

Konklusionen på de kirurgiske indlæg var, at der bør foretages en subtotal gastrectomi, med fjernelse af mindst 15 lymfeknuder omkring ventriklen med bevarelse af cauda pancreatis og milten. I USA får mindre end 33 % af patienterne fjernet mere end 15 lymfeknuder, og der var enighed om, at den kirurgiske behandling skulle centraliseres. Verheij (Holland) havde

kontrolleret nyrefunktionen hos patienter, der fik RKT (iht. INT-0116) og viste, at venstre nyre median fik 34 Gy og højre nyre kun 10 Gy, således at venstre nyres funktion efter 6 måneder var faldet til 80 %.

## Targeteret behandling af esophagus og ventrikel cancer

En række biologiske behandlinger (Flavoperidol (der hæmmer cyclin afhængige kinaser) og Erlotinib (Tarceva®)) var undersøgt, men effekten relativt begrænset. Konklusionen var, at biologisk behandling af esophagus og ventrikel cancer aktuelt ikke har den samme plads som ved andre sygdomme i mavetarmkanalen. I Danmark starter et fase I-studie med kemoterapi før, under og efter strålebehandling til patienter med esophagus cancer og under strålebehandlingen vil der ugentlig blive givet CX.

## Pancreas cancer

Der registreres årligt 700 tilfælde i Danmark. Der skelnes mellem patienter med resektabel sygdom, lokaliseret ikke-resektabel sygdom og patienter med metastatisk sygdom.

## Resektabel sygdom

Kun 10-15 % af patienterne får stillet diagnosen så tidligt, at der er mulighed for radikal resektion, og kun 10-20 % af disse bliver langtidsoverlevende, og mOS for hele gruppen er kun 12-18 måneder. En ny metaanalyse viste, at adjuverende kemoterapi øger chancen for helbredelse, men alligevel er man enige om, at adjuverende behandling fortsat bør foregå som led i kontrollerede undersøgelser. To små undersøgelser har tidligere vist, at postoperativ RKT har effekt og denne strategi er fortsat rutine i USA. I en europæisk un-

dersøgelse (ESPAC-1) er det påvist, at postoperativ 5-FU (men ikke RKT) øger 5 års OS (8 % → 21 %). Om Gemcitabin har samme effekt undersøges i ESPAC-3, hvor patienterne postoperativt randomiseres mellem 5-FU og Gemcitabin. I EORTC 40113 sammenlignes postoperativ Gemcitabin alene med Gemcitabin + strålebehandling, og den nydannede DPCG (Dansk Pancreas Cancer Gruppe) undersøger aktuelt muligheden for deltagelse i denne undersøgelse.

I den amerikanske SEER database er der nu over 20.000 patienter med pancreas cancer. Hos mere end 1.500 patienter, der blev radikalt opereret, var der tilstrækkelige oplysninger om operation, patologi og antal fjernede lymfeknuder. Som hos patienter med ventrikel cancer og kolorectal cancer var der signifikant korrelation mellem OS og antal fjernede lymfeknuder. Selv om en del af denne forklaring kan være "stage migration", anbefaler man centralisering af kirurgi og fjernelse af mindst 10 lymfeknuder.

### Ikke-resektabel, lokal avanceret sygdom.

Lidt over 1/3 af alle patienter har lokaliseret sygdom. Hvis der er indvækst i de store kar, kan tumoren ikke resekeres og derfor ikke helbredes. Ubehandlet er mOS kun 6 måneder, men flere mindre fase II-undersøgelser og én lille fase III-undersøgelse har vist, at radiokemoterapi forlænger mOS fra 6 måneder til 10-14 måneder. Samtidig er der håb om så markant tumorsvind, at efterfølgende radikal resektion og dermed helbredelse er mulig. Typisk gives strålebehandling med 50 Gy over 27 fraktioner i kombination med kemoterapi for at øge kræftcellernes følsomhed. De fleste medikamenter, der har aktivitet ved pancreas cancer

(Capecitabin, Irinotecan, Gemcitabin, taxaner, platiner, COX-2 hæmmere, biologisk behandling), er kombineret med strålebehandling. Om de observerede forskelle i effekt og bivirkninger skyldes selektion (nogle tumorer er tæt på, mens andre omskeder karrene, og desuden er der forskel i stråledosis, feltstørrelse, stråleteknik, og medicinsk behandling) eller reel forskel i effekt, kan ikke afgøres, men der er stærkt brug for randomiserede undersøgelser. I de præsenterede undersøgelser (ofte fase I eller tidligt i fase II) fandtes mOS på 10-14 måneder, men mere vigtigt var, at omkring 25 % af patienterne efterfølgende kunne opereres. Dette behandlingstilbud er nu sikret i Danmark, idet en multicenter fase II-protokol netop er aktiveret. Desuden planlægges en Nordisk randomiseret undersøgelse, der vil undersøge virkningen af supplerende biologisk behandling.

### Metastaserende pancreascancer

Næsten halvdelen af patienterne har metastaserende sygdom på diagnose tidspunktet, og for disse patienter er mOS uden behandling kun 3 måneder. Kemoterapi med Gemcitabin forlænger mOS fra 3 til 6 måneder, og flere patienter er i live efter et år. Desuden oplever mange patienter subjektivt gavn af behandlingen.

Der er publiceret mindst 10 randomiserede undersøgelser med over 4000 patienter, men ingen har kunnet dokumentere bedre effekt end Gemcitabin alene. Dette gælder både Gemcitabin i kombination med kemoterapi (5-FU, cisplatin, irinotecan, exatecan og Alimta) og biologisk behandling (Marimastat, farnecyltransferaseinhibitor (FTI)). Det mest lovende regime er Gemcitabin og Oxaliplatin (GEMOX). I en randomiseret undersøgelse præsenteret ved ASCO 2004 (n=313) øgede GEMOX chancen for tumorsvind (17 → 22 %) og forlængede TTP (3,7 → 5,8 måneder), men forskel i mOS (7 → 9 måneder) var netop ikke signifikant. På ASCO 2004 konkluderede man, at Gemcitabin fortsat var standardbehandlingen til patienter med metastaserende pancreas cancer, mens man afventede data fra igangværende randomiserede undersøgelser, der undersøgte Gemcitabin i kombination med biologisk behandling (BC, CX og Erlotinib).

Den første af disse fase III-undersøgelser blev præsenteret af Moore fra NCIC-CTG (Canada). 569 patienter blev randomiseret til Gemcitabin med eller uden Erlotinib (Tarceva®). Både TTP og OS (HR: 0,81; mOS 5,9 måneder → 6,4 måneder; 1 års OS 17 → 24 %) blev signifikant forlænget. Patienter i kombinationsbehandling fik oftere udslæt, diare og stomatit, men kun meget sjældent grad 3. Selvom overlevelseseffekten var (meget) beskeden, vakte undersøgelsen stor opsigt, idet det er første gang, man har vist, dels at biologisk behandling med en tyrosinkinasehæmmer har effekt ved behandling af pancreas cancer, dels at man kan øge effekten af Gemcitabin. Da biologisk behandling således også synes at have effekt hos patienter med pancreas cancer, er der forhåbentligt åbnet op for fremtidige nye behandlingsmuligheder for disse patienter.

Ved den efterfølgende diskussion mente ekspertpanelet dog, at Gemcitabin fortsat er standardbehandling, men samtidig mente man også, at Gemcitabin og Erlotinib vil blive valgt som kontrolarm i fremtidige randomiserede undersøgelser.

Referenceliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

## Rapport fra ASH 2004



Af overlæge Preben Philip

Det årlige ASH-møde (American Society of Hematology) i december er hæmatologernes pendent til ASCO (American Society of Clinical Oncology) i maj. Selv om hæmatologi ikke er onkologi, og onkologi ikke hæmatologi, så har de to fagområder alligevel så meget til fælles og overlapper så meget, at ASH- og ASCO-møderne er af stor interesse for begge lægelige specialer. Det er megastore møder og år for år med stadig flere ikke-amerikanske deltagere, som amerikanerne gæstfrit inviterer til at deltage på lige fod. I år i San Diego med lunt, men vekslende tørt/vådt klima.

ASH er et overflødhorn af informationsformidling. Educational sessions af høj kvalitet, præsentationer af ny data i plenumforedrag om udvalgte emner af særlig vægt, en række simultane orale sessioner, posters og 5323 abstracts. Abstracts og selekterede highlights fra mødet er tilgængelige for alle via [www.hematology.org](http://www.hematology.org). Og ikke at forglemme et broget marked omkring medicinalindustriens boder med gratis kuglepennene, små produktrelaterede quizzes

med småpræmier, fri kaffe mmm. Men industrien skal ikke jages ud af tempelgården. Industri og lægevidenskab kan ikke undvære hinanden, og vi må også et stykke hen ad vejen respektere, at industrien har sine egne præmisser at arbejde på.

Alle hjørner af hæmatologisk forskning er repræsenteret. Som klinisk hæmatolog/onkolog er man vel særlig fokuseret på, om man stadig er up to date i det daglige kliniske arbejde, om der er nogle små eller store nye resultater, man kan tage med hjem og tage i klinisk brug og så også på at få et mere overordnet indtryk af, hvor udviklingen bevæger sig henad lige nu. Her følger nogle smagsprøver på den mere basale forskning.

### Akut myeloid leukæmi (AML)

R115777 = tipifarnib = Zarnestra™, en peroral farnesyltransferasehæmmer, Johnson & Johnson PRD ser særdeles lovende ud til behandling af AML hos ældre. I et fase II-studie med 170 patienter af median alder 73 år (34-85) opnåedes komplet (CR) eller partiel (PR) remission hos 34 %, 18 % kom i CR. Hos patienter over 75 år var de tilsvarende cifre 30 % og 20 %. Det er rigtig, rigtig pænt og ser langt bedre ud end, hvad der hidtil har været muligt med hydrea eller lavdosis cytosinabinosid i denne aldersgruppe. CR var af 6,4 mdr. median varighed, den mediane overlevelse 5,6 mdr., mediane overlevelse, hvis CR blev nået, 14,4 mdr. Desuden viste tipifarnib i et andet fase II-studie aktivitet over for højrisiko myelodysplastisk syndrom med 33 % responsrate, og i et fase I-studie sammen med fortsat imatinib en vis aktivitet over for CML ved imatinibresistens (Abstr. ## 68, 874,1011).

### Kronisk myeloid leukæmi (CML)

Imatinib har revolutioneret behandlingen af tidlig CML i kronisk fase. Men hvad sker der, når der er udviklet resistens over for imatinib? Det kan se ud til, at Bristol-Myers Squibb er på vej med en mulighed. I fase I-studier har BMS-354825, en oral dual SRC/ABL kinase inhibitor, som ikke er yderligere navngivet endnu, vist imponerende aktivitet med klinisk og cytogenetisk respons, og også over for CML i accelereret og i blast-fase ser der ud til at være pæn aktivitet. Bliver stoffet et supplement til imatinib – eller måske afløseren? (Abstr. ## 10, 20)

### Hypereosinofilt syndrom (HES)

Over for primær HES er diagnostik og behandling stadig lidt famlende. Ud af en population på 141 patienter med HES undersøgte Martinelli et al en del for FIP1L1-PDGFR rearrangementet. De 13 patienter (23 %), som havde rearrangementet – og kun disse – opnåede hurtig og komplet hæmatologisk og molekylært respons for behandling med Imatinib. Altså tilsyneladende igen et eksempel på molekylærbiologisk diagnostik som et værktøj til hidtil uhørt præcis diagnostik og behandling. (Abstr. # 1504)

### Myelodysplastisk syndrom (MDS)

Hidtil stort set ingen behandling mulig ud over supportive care. Decitabine er en cytosin-analog, som via en demethylering af DNA inaktiverer DNA methyl transferase. I et randomiseret fase III studie (170 ptt.) over decitabine (Dacogen, SuperGen inc.) vs. supportive care fandtes 25 % responsrate



og 1,68 gange højere sandsynlighed for progression til død ( $p=0,023$ ) i supportive care-gruppen end i decitabine-gruppen. Det ligner noget, der kan finde klinisk anvendelse. (Abstr. # 67)

### Myelodysplastisk syndrom (MDS)

Multitransfusionskrævende MDS-patienter med i øvrigt langvarig stabil sygdom kan udvikle behandlingskrævende hæmosiderose. Et nyt peroralt middel fra Novartis: ICL670 = deferasirox = Exjade®, som doseres en gang dagligt, ser lovende ud. Det er nået til fase III-undersøgelser. (Abstr. ## 3193, 3614, 3619)

### Myelomatose

Efter mange års forsøg på at finde en klinisk betydende vedligeholdelsesbehandling mod denne stadig uheldelige sygdom, er der ved at komme interessante data på angiogenesehæmmeren thalidomid: IFM (Intergroupe Francophone du Myelome) har efter standard VAD og tandem transplantation randomiseret til vedligeholdelse med ingenting (kontrolarmen), pamidronat eller pamidronat + thalidomid. Fyrré måneder efter diagnosen findes progressionsfri overlevelse hos 70 % i thalidomidarmen, 53 % og 52 % i de to andre arme. En signifikant forbedring. Overlevelsesdata kan som sædvanlig i sådanne studier ikke forventes, fordi de fleste patienter får thalidomid ved progression. (Abstr. # 535)

### Myelomatose

The Eastern Cooperative Oncology Group randomiserede mellem dexamethason alene og dexamethason

+ thalidomid med primary endpoint bedste respons efter fire måneder, hvorefter patienterne kunne vælge at fortsætte eller gå videre til standard autolog transplantation. Responstraten blev 51 % for dexamethason enkeltstof, 69 % for kombinationen med thalidomid. (Abstr. # 205)

### Myelomatose

Pet-skanning har vist sig velegnet til at dokumentere behandlingsrespons, også ved non-sekretorisk myelomatose, hvor der ellers ikke er nogen rigtig sensitiv parameter til praktisk klinisk brug til monitorering. (Abstr. # 941)

### Non-Hodgkins lymfom

Rituximab finder tiltagende anvendelse ved behandling af snart sagt alle typer af non-Hodgkin's maligne B-celle lymfomer. Lang infusionstid er rekommanderet for at mindske risikoen for bivirkninger, dvs. ca. 5-6 timer til den allerførste infusion, derefter infusion over 3-4 timer. Laurie Sehn et al gav steroid, som patienten alligevel skulle have som led i sin kemoterapi, oftest CHOP, forud for Rituximab. Første infusion blev givet over rekommanderet infusionstid, de øvrige over 90 minutter. 67 patienter, 163 infusioner. Det korte regime tålt problemfrit. Ikke noget stort fremskridt i behandlingen, men en praktisk tillem্পning, som ikke er uden ressourcemæssig betydning. (Abstr. # 1407)

### Kronisk lymfatisk leukæmi

Første interim analyse på et randomiseret studie med dansk deltagelse: CdA, fludarabin eller peroral højdosis intermitterende klorambucil. Den første undersøgelse af sin art. Foreløbig

ikke signifikant forskel i responsrater, men med  $p=0,06$  kommer det jo nok. Lukket for inklusion i løbet af 2004. Protokollen ligger tilgængelig på nettet. (Abstr. # 3470)

### Non-Hodgkins malignt lymfom

Langtidsresultater af GELA-studiet (R-CHOP vs. CHOP til ældre med diffust storcellet B-celle lymfom), der indførte rituximab som klinisk standard ved dette lymfom. Med en median follow-up på 5 år ses stadig og tiltagende højsignifikant bedre overlevelse i R-CHOP armen. (Abstr. # 1383)

### Non-Hodgkins malignt lymfom.

Lavrisko diffust storcellet B-celle type hos yngre (18-60 år). Randomisering mellem CHOP-lignende regime med vs. uden rituximab. MInT studiets første resultatanalyse: R-kemo signifikant bedre på alle parametre inklusive overall survival med 2 års overlevelsesrate på 94 % vs 87 % ( $p<0,001$ ). (Abstr. # 157)

### Idiopatisk thrombocytopenisk purpura (ITP)

Et nyt stof med trombopoietinegen-skaber, AMG 531 fra Amgen viste sig virksomt hos 67 % med ITP hvoraf de fleste var splenektomerede. Abstractet giver desværre ikke mange kliniske detaljer om antal, art eller effekt af tidligere regimer. Lejlighedsvis svigter alle midler mod ITP, og hidtil markedsført trombopoietin har ikke fundet nogen klinisk anvendelse. Det vil være fint med et nyt våben i armamentariet mod ITP. (Abstr ## 511, 2058).

## Rapport fra ASH 2004

### Til den mere basale hæmatologi

Mange gen-ekspressionsprofiler rapporteres med korrelationer til kendte prognostiske og prædiktive faktorer og kliniske forløb. Det er ikke let lige at se, hvad der først kommer til praktisk klinisk anvendelighed.

Erhvervet aplastisk anæmi er måske alligevel ikke "erhvervet" som følge af en udefra kommende påvirkning. Dr. Calado og hans gruppe har fundet mutationer i TERT-genet, som via en afsporing af kodningen for telomerase revers transkriptase kan føre til en konstitutionelt reduceret stamcelle kompartiment og derved øge risikoen for aplastisk anæmi.

Ikke alle forstyrrelser i genernes funktion kan føres tilbage til ændringer i genernes molekylære struktur.

Mange arbejder med betydningen af ændret regulering af normale geners transkription og med kontrollen af mRNA's translation. Der begynder at tegne sig et billede af, at kontrollen

over RNA's translation spiller en kritisk regulatorisk rolle i cellen.



Travlhed på ASH-mødet i San Diego

## Enhed for Eksperimentel Kræftbehandling i Finsencentret

Af Maj Dahl-Rasmussen  
informationsmedarbejder, SKA



Ulrik Lassen

Enheden for Eksperimentel Kræftbehandling i Finsencentret blev officielt indviet den 11. januar 2005. SKA har talt med Enhedens leder, konstitueret overlæge Ulrik Lassen, om den ny enhed, der allerede har været i gang i ti måneder.

Ulrik Lassen fortæller, at enheden blev oprettet, fordi der var behov for mere fokus på eksperimentel kræftbehandling – både for at kunne leve op til de nye europæiske GCP-krav til protokoller, og for at kunne tilbyde behandlinger i protokolleret regi til de cancerformer, som der endnu ikke eksisterer behandling for. "Målet for enheden er at alle behandlinger skal køre efter protokol – men der er nogle

der falder udenfor", forklarer Ulrik Lassen. "Vi sørger for at samle de sjældne sygdomme på et eller få centre, så der bliver mulighed for at sætte protokoller i gang." Og der er lavet mange nye protokoller, efter at man har startet den ny enhed.

### Flere behandlingstilbud – hurtigere

Ulrik Lassen ser to store fordele ved enheden: "Vi kan nu give behandlingstilbud til patienter, som vi ikke før havde nogen behandling til. Samtidig får vi mulighed for at være med i flere fase 1-forsøg og afprøve nye behandlinger, så de hurtigere kan blive godkendt herhjemme." Hvis en behandling fx først godkendes i USA,

## Enhed for Eksperimentel Kræftbehandling i Finsencentret

så går der ofte år, før den indføres herhjemme.

Patienterne bliver henvist til enheden fra hele landet – i begyndelsen blev alle patienterne henvist gennem second opinion-udvalget, men efterhånden som landets afdelinger har fået kendskab til enhedens muligheder, er de selv begyndt at henvise direkte. Det anslås, at kun en fjerdedel af patienterne kommer fra second opinion-udvalget nu, resten henvises fra afdelingerne.

### Patienterne ønsker eksperimentel behandling

Om patienternes indstilling til eksperimentel behandling siger Ulrik Lassen: "Tidligere oplevede vi ofte patienter, der blev frustrerede, når vi ikke kunne tilbyde mere behandling. Nu har vi flere muligheder, og patienterne er meget åbne over for eksperimentel behandling. Nogle patienter ønsker behandling for enhver pris, og mange er ofte parat til at gå længere, end vi er. De føler sig opgivet, når vi ikke har en behandling til dem".

### Enhedens erfaringer

Enheden har allerede gode erfa-

ringer fra sit arbejde. "Jeg kan ikke oplyse om resultater fra de pågående videnskabelige protokoller" siger Ulrik Lassen. "Men vi behandler en del uden for protokol – fx patienter med lever-galdevejskræft, fordi der er flere patienter med den sygdom, end der kan inkluderes til protokollerne – og det er min fornemmelse at op til halvdelen oplever tumorsvind eller symptomlindring. Vi har oplevet patienter, der opnåede komplet svind af deres tumor – og de patienter kommer her så til kontrol. Vi har også haft patienter, der gik fra at have en inoperabel tumor – til at have en operabel tumor. Men vi har endnu ingen erfaringer med længere opfølgning"

### Bedre og billigere

Tidligere blev patienter ikke tilbudt udokumenteret behandling, og der var kun få ressourcer til protokol- og forsøgsbehandling, men efter oprettelsen af second opinion-udvalget og muligheden for at sende patienter til udlandet, har sundhedsministeriet fået øjnene op for fordelene ved at kunne behandle patienterne i Danmark. Det er bedre for patienterne, fordi de ikke udsættes for trættende rejser. Og det

er billigere. Derfor er der taget initiativ til at oprette sådanne eksperimentelle enheder finansieret af Sundhedsministeriet. Amterne/H:S finansierer normalt alene veldokumenterede behandlinger. Med den nye ordning, der trådte i kraft 1. januar 2005, betaler Sundhedsministeriet de eksperimentelle behandlinger, inklusive de ekstra omkostninger, der er ved at drive enhederne. Rigshospitalet har derfor nyoprettet stillinger til en overlæge, to projektsygeplejersker og en sekretær.

### Enheder i alle centre

Alle onkologiske centre i landet skal have lignende enheder – og man er allerede i gang i Herlev og i Vejle. Ulrik Lassen konstaterer, at det har krævet politisk vilje og økonomi at få sådan noget som disse enheder igennem. Og Rigshospitalet har turdet kaste sig ud i projektet og taget initiativ til det, også før de finansielle forhold var på plads. Det er godt for patienterne. Og det er godt for faget, fordi det giver udvikling og dynamik at være med i de tidlige faser af de nye behandlingsmetoder.

## Eksperimentel enhed udvikler kræftbehandling

Lægelig direktør Jannik Hilsted, Rigshospitalet, siger følgende om den nye Eksperimentelle Enhed:

"Vi kan nu give patienter – som vi ikke tidligere har haft flere tilbud til – et nyt håb og en mulighed for eksperimentel behandling i Danmark. Vi ved, at geografien for nogle patienter er helt afhørende for, om de tager imod et behandlingstilbud."

"Samtidig betyder det meget for udviklingen af den danske kræftbehandling, at vi er med helt fra den tidlige, eksperimentelle start af en ny behandling. Den

tidlige implementering af nye behandlingsregimer og de høstede erfaringer undervejs betyder, at vi formodentlig meget hurtigere kan tilbyde de nye behandlinger til en bredere kreds af kræftpatienter. Og det er klart, at sådanne eksperimentelle forsøg har stor betydning for al den øvrige forskning på kræftområdet. Viden, erfaring, inspiration og samarbejde nationalt og internationalt smitter jo af på det øvrige forskningsarbejde."

(Indenrigs 03, 2005 (Rigshospitalets personaleblad))

## Det nationale koordinationsudvalg for eksperimentel kræftbehandling



Af overlæge, dr.med. Dorte Nielsen  
Onkologisk Afdeling  
Amtssygehuset i Herlev

Det nationale koordinationsudvalg for eksperimentel kræftbehandling (NKU) blev nedsat af Sundhedsstyrelsen i sommeren 2004. Udvalget består af to repræsentanter fra hver af de tre regioner, Second Opinion-panelets medlemmer, én repræsentant fra Lægemiddelstyrelsen samt én repræsentant fra Sundhedsstyrelsen. Udvalgets primære opgave er at koordinere, vurdere og fordele arbejdsopgaverne inden for eksperimentel kræftbehandling mellem de tre regioner samt at koordinere samarbejdet med såvel nationale som internationale forskningsgrupper. Udvalget har på landsplan fokuseret på at få et overblik over de eksisterende aktiviteter for efterfølgende at identificere områder, man i første omgang vil koncentrere sig om.

### Satsningsområder

Foreløbigt er følgende satsningsområder identificeret: Cholangiocar-

cinom, hepatocellulært carcinom samt intrahepatisk kemoterapi til patienter med isolerede levermetastaser fra kolorektal cancer (hvilke centre der behandler hvad, se SKA Nyt 4, 2004). Der foreligger protokollerede undersøgelser inden for samtlige af de nævnte sygdomskategorier. Endvidere vil der blive initieret fase I- og tidlige fase II-forsøg i enhederne. Afdelinger med landsdelsfunktion har mulighed for at henvise patienter til enhederne.

### Behandling med Iressa/Tarceva, Cetuximab og Avastin

Lægemidlerne Iressa/Tarceva, Cetuximab og Avastin blev ved ASCO-mødet juni 2004 dokumenteret at have effekt over for forskellige typer af solide tumorer, inklusiv lunge og gastrointestinal cancer. Hidtil er patienter, der har modtaget behandling med Cetuximab og Iressa, via Second Opinion-panelet blevet behandlet i udlandet. Stofferne er på indeværende tidspunkt ikke godkendt til standardterapi i Danmark, og i overgangsperioden fra undersøgelserne er internationalt offentliggjort, indtil produkterne er markedsført i Danmark og godkendt af Amdrårdsforeningen, er det derfor besluttet at etablere et centreret behandlingstilbud. Der er foretaget følgende fordeling: Behandling med Cetuximab til dissemineret colorectal cancer varetages af enhederne i Herlev, Vejle, Ålborg og Odense, medens behandling med Tarceva til patienter med ikke-småcellet lungecancer varetages af Rigshospitalet, Odense og Århus. Da nylige kliniske undersøgelser af Iressa versus placebo til patienter med ikke-småcellet lungecancer (progrederet på kemoterapi) ikke har vist

overlevelsesevinst, vil behandlingen ikke blive tilbudt i enhederne.

Patienter, der henvises til behandling med Tarceva eller Cetuximab skal henvises via Second Opinion-panelet, idet godkendelse herfra skal foreligge, førend behandlingen påbegyndes.

### NKU fremover

NKU forventes at mødes hvert kvartal, og highlights fra møderne vil blive bragt i SKA Nyt. Yderligere forventes det, at NKU's protokoller vil blive lagt ud på SKA's hjemmeside i den landsdækkende protokolliste. NKU er på indeværende tidspunkt i færd med at udarbejde en database til registrering og opfølgning af de patienter, der tilknyttes enhederne. Yderligere har man fokuseret på udarbejdelse af et takstsystem. Indenrigs- og Sundhedsministeriet godkendte således den 21. december 2004, at staten pr. 1. januar 2005 dækker amternes udgifter i forbindelse med behandlingen i de nævnte enheder efter taksterne i det gældende takstsystem for sygehusbehandling ved en anden amtskommunes sygehusvæsen – med et tillæg på kr. 9.000 pr. patient. Dette tillæg forventes at dække merforbruget til behandlingen (eksempelvis kompliceret behandling, øget overvågning, farmakokinetik og statistik). En forudsætning for, at staten dækker amternes udgifter til den eksperimentelle kræftbehandling er, at patientvisitationen foretages fra lands-landsdelsafdelinger på basis af Det Nationale Koordinationsudvalg for Eksperimentel Kræftbehandlings oversigt over behandlinger, der er etableret i de tre enheder, eller at Sundhedsstyrelsens Second Opinion-panel anbefaler, at patienten henvises til behandling.

# Dansk Selskab for Klinisk Onkologi

Af Anders Bonde Jensen  
sekretær i DSKO



Dansk Selskab for Klinisk Onkologi så dagens lys i 2004, som en sammenslutning af Dansk Selskab for Onkologi og Dansk Selskab for Medicinsk Onkologi. Dermed har dansk onkologi fået en ny start, både organisatorisk og uddannelsesmæssigt. Forhåbentlig medfører det større gennemslagskraft både i forhold til de øvrige videnskabelige selskaber og i forhold til de myndigheder, vi samarbejder med.

## Selskabets første møder

Den første tid er blandt andet gået med at få etableret en fælles organisation, sikre repræsentation i relevante udvalg m.m. Det nye selskab vil for alvor blive synligt, når der indbydes til det første videnskabelige årsmøde i april måned, nemlig den 13.-15. på Hindsgavl ved Middelfart. Vi kan love et spændende møde af høj faglig kvalitet og naturligvis vil fredag aften blive afsat til en ordentlig fest med levende musik. Vi håber, at medlemmerne vil bakke talstærkt op om arrangementet, så vi derved kan etablere en tradition for årsmøder med et højt videnskabeligt niveau, stort fremmøde og et uundværligt socialt samvær. Se side 23 for detaljeret program.

Endvidere afholder DSKO sammen med Dansk Selskab for Urologi et videnskabeligt eftermiddags-møde den 9. maj 2005 vedrørende prostata

cancer med udenlandske og danske foredragsholdere. Se side 20 for detaljeret program.

## Den ny speciallægeuddannelse

En stor udfordring for det nye selskab er at få den nye speciallægeuddannelse til at fungere. Der er blevet lagt et stort arbejde i at beskrive og planlægge den nye uddannelse, med målbeskrivelser, logbøger og evalueringsmetoder. Programmet er nu blevet færdigt og godkendt i Sundhedsstyrelsen. Den næste opgave er at få programmet implementeret i den kliniske dagligdag. Der skal etableres konkrete uddannelsesforløb i samarbejde mellem flere afdelinger på forskellige sygehuse og nogle gange mellem flere amter, hvilket ikke er uproblematisk. Allerede fra starten løb den nye uddannelsesstruktur ind i problemer, da de centrale sundhedsmyndigheder meddelte, at de tre måneders forskningstid ikke kunne etableres som planlagt. Fraværet af disse tre måneders forskningstid er et alvorligt slag mod den nye uddannelsesplan. Specielt i et fag som klinisk onkologi, hvor forskningen har en så central placering.

Den nye speciallægeuddannelse skal tjene to formål, dels sikre en uddannelse af høj kvalitet for de kommende speciallæger, dels fremtræ-

de tiltrækkende på de nyuddannede læger, så der kan sikres en tilstrækkelig rekruttering til specialet. Rekruttering er et væsentligt spørgsmål, idet der i de kommende år med stor sikkerhed vil blive et stigende behov for speciallæger inden for onkologien.

## Udvikling af kræftbehandling

En anden stor opgave, der har haft prioritet i bestyrelsen, er arbejdet med udviklingen af kræftbehandlingen i Danmark. Bestyrelsen er repræsenteret med to personer (overlæge Niels Holm og overlæge Gedse Daugaard) i Kræftstyregruppen, hvor arbejdet med Kræftplan II nu er indledt. Vi kan håbe, at en Kræftplan II klarlægges, at der forsat er brug for en betydelig styrkelse af indsatsen inden for kræftområdet. Dette vil forhåbentligt også betyde, at der tilføres de nødvendige ressourcer til kræftbehandlingen i Danmark. Et af de prioriterede områder i den nye kræftplan er en styrkelse af kvaliteten af den kirurgiske behandling, dette skal blandt andet ske gennem en centralisering. Der er imidlertid også brug for en forsat styrkelse af indsatsen inden for strålebehandlingen, ligesom der er en betydelig manko mellem de medicinske behandlinger, det er rimeligt at kunne tilbyde patienterne, og de behandlinger, som sygehusejerne i dag er indstillet på at finansiere.

## Nyt fra SKA

Den 21. januar om formiddagen, før SKA-symposiet om målrettet kræftbehandling, holdt SKA-arbejdsgrupperne møde. Her følger en status over det arbejde, der foregår i de forskellige grupper:

### Cytostatika-gruppen

Cytostatika-gruppen vil i løbet af foråret kunne fremlægge Håndbog for medicinsk behandling af kræftsygdomme. Gruppen vil eksistere året ud for sammen at kunne lægge sidste hånd på det færdige resultat – gerne ud fra brugernes feed-back og kommentarer til håndbogen. I fremtiden vil håndbogen blive opdateret to gange årligt af en redaktionsgruppe, som nedsættes af den nuværende cytotatikagrube.

### IT-gruppen

IT-gruppen blev oprettet med det formål at fungere som en fælles informations-/teknologisk platform for de kliniske forskningsenheder. Gruppen har således udviklet visioner og ideer til nogle fælles IT-projekter, som gruppen tog rundt og præsenterede for KFE-enhederne i foråret 2004. Præsentationsrunden blev modtaget meget positivt – men siden har ingen vist interesse for at følge op på ideerne. På næste KFE-møde vil man tage spørgsmålet om fælles IT-løsninger op igen.

### Patientinformationsgruppen.

Gruppen er færdig med udarbejdelsen af "Retningslinjer for udformning af skriftlig patientinformation". Formidlingen af retningslinjerne er sket ved information af samtlige onkologiske afdelingsledelser og KFE'er samt annoncering i FS13-nyt og SKA-nyt.

Gruppen arbejder nu videre med at udarbejde patientinformationer til de mest anvendte standardbehandlinger. På SKA's hjemmeside ligger retningslinjerne samt de første udarbejdede patientinformationer til standardbehandlinger. Patientinformationerne kan åbnes og redigeres, så de passer til den enkelte afdeling. Det blev fra deltagerne påpeget, at det var uheldigt, at man ikke kan "klippe" direkte i retningslinjerne og på den måde kreere sin egen patientinformation. Dette har også været et ønske fra gruppen, men har desværre ikke været teknisk muligt.

Da standardbehandling til de enkelte diagnosegrupper varierer fra sted til sted, bedes alle interesserede melde tilbage til SKA, hvilke 10-20 standardbehandlinger de ønsker, at der udarbejdes patientinformationer til. Hvis en afdeling udarbejder en skriftlig patientinformation efter SKA's retningslinjer, bedes man sende den til SKA, da den så efter korrekturlæsning i gruppen vil blive lagt ud på hjemmesiden.

Gruppens næste arbejdsopgave er derudover at revidere "Retningslinjer for udarbejdelse af skriftlig information til forsøgsbehandling". Disse retningslinjer er oprindeligt udarbejdet af SIG-projektsygeplejersker, men er nu overdraget til SKA.

### Aktive protokoller på SKA's hjemmeside

Udover at høre fra de forskellige arbejdsgrupper, var et af emnerne på mødet det fremtidige samarbejde om en fuldstændig liste over aktive protokoller i Danmark på SKA's hjemmeside. Efter en frugtbar diskussion enedes man om følgende model for samarbejdet mellem forskningsen-

derne og SKA

Følgende skal oplyses:

- 1) fulde titel
- 2) deltagende hospitaler
- 3) Strategi og formål

Forskningsenhederne informerer SKA om de protokoller, som de selv er principal investigator for, hvorefter SKA lægger oplysningerne ud på hjemmesiden. På hjemmesiden, som er tilgængelig for alle, vil det fremgå, at man kan kontakte SKA, hvis man har spørgsmål til protokollerne. Fra SKA's side vil man i første omgang anbefale, at patienter og pårørende retter henvendelse til behandlende kræftlæge.

## SKA-SYMPOSIUM: Måltrettet medicinsk kræftbehandling

Den 21. januar var der trængsel på talerstolen i hotel Mariotts lokale "Langelandsbælt": Ni foredragsholdere førte 120 mødedeltagere up to date inden for den nyeste medicinske behandling af kræftpatienter.

Paul E.G. Kristjansen, Københavns Universitet, lagde ud med et teoretisk oplæg om måltrettet terapi af cancer. Dernæst var der otte oplæg om nye medikamina:

Trastuzumab, Herceptin® af Michael Andersson, Rigshospitalet

Gifitinib, Iressa® af Kell Østerlind, Herlev Amtssygehus

Erlutinib, Tarceva® af Olfred Hansen, Odense Universitetshospital  
Humax – EgFr af Lena Specht, Rigshospitalet

Cetuximab, Erbitux® af Per Pfeiffer, Odense Universitetshospital

Bevacizumab, Avastin® af Lars Damstrup, Rigshospitalet

Imatinib, Glivec® Ole Steen Nielsen, Århus Universitets Sygehus

GW-572016 Lapatinib® af Frede Donskov, Århus Universitets Sygehus

Der var også plads til spøgefuldheder på symposiet. En af oplægsholderne kunne således berette om en

stor international undersøgelse, hvor Danmark glimrede med sin deltagelse. Bedriften var dog til at overskue: Danmark bidrog med én patient – i kontrolgruppen ...

Alle ni oplæg blev filmet og udkommer på DVD. Mødedeltagerne vil uden beregning modtage en DVD fra symposiet. De, der ikke havde mulighed for at deltage i symposiet, kan bestille den hos Maj Dahl-Rasmussen på e-mail: maj.dahl-rasmussen@rh.hosp.dk for 50 kr. Opgiv navn og adresse på e-mailen.

## Forretningsudvalget i SKA

Det er SKA's Forretningsudvalg, der udstikker de strategiske retningslinier for SKA. Ifølge SKA's vedtægter sidder udvalgets medlemmer for en periode af 3 år. På det sidste møde, der blev holdt den 8. februar, kom det bl.a. frem, at en del af de udpegede medlemmer nu har siddet i forretningsudvalget i 3 år. I løbet af de kommende måneder, inden det næste møde den 24. maj 2005, skal der således udpeges et antal nye medlemmer.

### Forretningsudvalget består for nuværende af følgende medlemmer:

Overlæge, dr.med. Mogens Hansen, Hillerød Centralsygehus (formand)

Sekretær June Thygesen, SKA's sekretariat (sekretær)

Professor, dr.med. Heine Høi Hansen, SKA's sekretariat

Afdelingssygeplejerske Helle Skov Lund, Amtssygehuset i Herlev

Klinisk sygeplejerske Elsebeth Madsen, Amtssygehuset i Roskilde

Overlæge Ditte Nielsen, Bornholms Centralsygehus

Overlæge Preben Philip, Næstved Centralsygehus

Klinikchef dr.med. Mikael Rørth, Rigshospitalet

Overlæge, dr.med. Torben Skovsgaard, Amtssygehuset i Herlev

Overlæge Peter Grundtvig Sørensen, Roskilde Amtssygehus

## Vidste du at...?

... det fremover ikke er tilladt for forskere, der er ansat ved National Institutes of Health (USA), at arbejde for medicinalindustrien? En ny reform forbyder fremover forskerne at modtage konsulent-honorar eller anden form for indkomst fra industrien, og de ansatte må også afstå fra at tage imod aktier i medicinalindustrien. Inden reformen tog hundredvis af forskere imod millionvis af dollars i form af løn og aktier fra industrien. De fleste af disse lønninger har været skjult for offentligheden, hvilket har rejst spørgsmål om forskernes upartiskhed, når de har vurderet kliniske forsøg og givet anbefalinger til læger om patientbehandling.

*(Los Angeles Times, 1. februar 2005)*

... Californiens 15 år lange anti-ryge-kampagne har haft en dramatisk nedsættelse af sygeligheden i staten? Skatten på cigaretter blev efter en afstemning i staten sat op med 25 % – hvoraf 5 cents skulle gå til uddannelse og forskning i tobak samt andre tiltag. I 1990 trådte loven i fuld kraft og de 15 års jubilæum for loven kan bl.a. fejres med følgende resultater:

- Antallet af tilfælde med lunge- og bronchiecancer er i Californien faldet tre gange hurtigere end i resten af landet. Også andre cancers relateret til rygning er lavere i Californien end i resten af USA.
- Siden 1988 er antallet af voksne rygere faldet fra 23 % til 16 %
- Rygere i high school er faldet fra 22 % i 2000 til 13 % i 2004.

*(USA Today, 26. januar 2005)*

... Topotecan er aktiv ved dissimeneret cervix cancer?

I perioden 1999-2002 blev 356 patienter med målbar stadium IV B cervix cancer randomiseret til enten cisplatin (145 pt.), Topotecan + cisplatin (T+C) (148 pt.) eller MVAC (63 pt.). Sidstnævnte arm blev lukket præmaturlt pga. betydelig toksicitet. Responsraten var 13 % for cisplatin vs. 26 % for T + P ( $p = 0,004$ ) Median tid til progression var 2,9 og 4,6 måneder og median overlevelse 7,0 og 9,2 måneder for p versus C + P. Hazard ratio for PFS var 0,634 ( $p = 0,00048$ ) og overlevelsen 0,713 ( $p = 0,015$ ).

*(Int J Gyn Cancer 2004; 14: abst. 142)*

... en tredjedel af alle kvinder med primær lungekræft aldrig har røget? Franske forskere har lavet et studium på 904 kvinder (middel alder: 64 år) med histologisk eller cytologisk påvist lungekræft. Alle var diagnosticeret i år 2000 i Frankrig. 32,3 % af kvinderne havde aldrig røget. Af dem med adenocarcinom – som var den mest udbredte diagnose – havde 43,4 % af kvinderne aldrig røget. Analysen viste endvidere at de kvinder, der fik adenocarcinoma, røg mindre og var yngre end de kvinder med anden lungekræftsygdom. Tidligere har de franske forskere vist, at kun 2,5 % af mænd med lungekræft var ikke-rygere – og forskerne mener, at deres undersøgelser antyder, at kvinder kan være mere modtagelige for lungekræft end mænd. De pointerer samtidig, at mens lungekræft-epidemien er ved at tage af blandt mænd, så er den ved at tage fart blandt kvinder.

*(Lung Cancer 2004; 45: 279-228)*



## Organisationsnyt

### Stiftende møde for Dansk Neuroonkologisk Gruppe

Mandag den 28. februar var der indkaldt til stiftende møde for Dansk Neuroonkologisk Gruppe. Det er tanken, at gruppen skal være en af ca. 20 Danske Multidisciplinære Cancergrupper (DMCG'er), som arbejder sammen inden for et speciale. Alle, der er beskæftiget inden for neuroonkologi, var inviteret til mødet, hvor man bl.a. skulle diskutere den nye gruppes vedtægter. Vi kan ikke referere fra mødet, da dette blads deadline lå før mødet blev afholdt.

### Bornholms medicinske/kirurgiske onkologiske afdeling indviet

Mandag den 14. februar 2005 afholdt Bornholms Centralsygehus den officielle åbningsceremoni for den nyetablerede fælles medicinske/kirurgiske onkologiske afdeling MKO.

Formanden for Kræftens Bekæmpelse Arne Rolighed deltog og åbnede afdelingen officielt med overklipping af den røde snor. Desuden var der arrangeret en samling i mødesalen, hvor Arne Rolighed havde et indlæg om kræftpatientens forventninger til sundhedsvæsenet – med ønske om et mere sammenhængende patientforløb, og han gjorde opmærksom på, at Kræftens Bekæmpelse vil følge dette nye initiativ nøje med håb om, at erfaringerne vil kunne bruges i andre dele af landet. Afdeling MKO's ledende overlæge Ditte Hygum Nielsen fortalte om baggrunden og planerne for MKO, og professor dr. med. Heine Høi Hansen sluttede af med en spændende orientering om udviklingen inden for kræftbehandling og om muligheden for second opinion via ekspertpanelet. MKO's afdelingssygeplejerske Kirsten Beier gav en fremvisning af afdelingen, inden udenøns-foredragsholderne måtte haste af sted for at nå flyet til København.



Arne Rolighed klipper det røde bånd over.

Ved mødet deltog de lokale politikere, repræsentanter for forskellige patientforeninger, øens praktiserende læger, sygehusets ledelse og medarbejdere samt selvfølgelig den lokale presse.

### Det Nationale Koordinationsudvalg for eksperimentel kræftbehandling

"Det Nationale Koordinationsudvalg for eksperimentel kræftbehandling", NKU, holdt sit seneste møde 6. januar 2005. Følgende centrale emner blev drøftet:

- NKU har foreløbig identificeret følgende satsningsområder for behandling af sjældnere kræftsygdomme:
  - \* Hepatocellulært karcinom, locoregionalt: kemoembolisering Rigshospitalet og Århus
  - \* Hepatocellulært karcinom, dissemineret: kemoterapi. Rigshospitalet/Århus
  - \* Levermetastaser (kolorektal c.): regional kemoterapi. Herlev
  - \* Cholangiokarcinom: kemoterapi Rigshospitalet og Vejle
- Taxotere-behandling af prostatapatienter kan i øjeblikket visiteres til Rigshospitalet. Herlev vil snart også kunne modtage patienter og Aalborg, Odense og Århus følger efter.
- Med henblik på "målrettet" medicinsk kræftbehandling,

- kan selekterede patienter med dissemineret NSCLC visiteres til Tarceva behandling på Rigshospitalet, Odense og Århus, mens selekterede patienter med dissemineret colon cancer kan henvises til behandling med Cetuximab på Herlev, Vejle, Odense og Aalborg. Henvisning sker i begge tilfælde via Second Opinion Panelet.
- NKU står bag udarbejdelse af database over patienter, der modtager behandling uden for protokol. Dorte Nielsen, Herlev, er ansvarlig.

Næste NKU møde afholdes torsdag d. 17. marts 2005 i Sundhedsstyrelsen.

## Organisationsnyt

### Medlemmer af det Nationale Koordinations Udvalg for eksperimentel kræftbehandling

Region Nord: Marianne Everts, Aalborg Sygehus, Morten Ladekarl, Århus Universitetssygehus

Region Syd: Niels Holm, Odense Universitetshospital, Anders Jakobsen, Vejle Sygehus

Region Øst: Ulrik Lassen, Rigshospitalet, Dorte Nielsen (Formand), Herlev Amtssygehus

Second Opinion Panelet: Heine Høi Hansen, Rigshospitalet, Hans von der Maase, Århus Universitetshospital

Styrelserne: Jens Ersbøll, Lægemeddelstyrelsen, Marie Brasholt, Sundhedsstyrelsen

## PERSONNYT

### Jim Stenfatt Larsen



Den 1. januar 2005 blev Jim Stenfatt Larsen ansat som overlæge ved onkologisk funktion på Medicinsk Afdeling, Roskilde. Jim Stenfatt Larsen kommer fra en stilling som vikar for overlæge ved samme afdeling. Sin uddannelse inde for onkologi har Jim Stenfatt Larsen fået på Rigshospitalet og Roskilde Amts sygehus.

### Kell Østerlind



Den 1. april 2005 tiltræder overlæge dr.med. Kell Østerlind som klinikchef ved Finsencentret, Rigshospitalet. Kell Østerlind kommer fra en overlægestilling på onkologisk afdeling, Amtssygehuset i Herlev.

### Peter Michael Vestlev



Peter Michael Vestlev tiltræder som overlæge på Amtssygehuset i Herlev den 1. april 2005. Peter Michael Vestlev kommer fra en stilling som overlæge på Hillerød Sygehus.

### Anders Mellemgard

Anders Mellemgard tiltræder som overlæge på Amtssygehuset i Herlev den 1. april 2005. Anders Mellemgard kommer fra Hillerød Sygehus.

## 18. Årsmøde i Dansk Selskab for Cancerforskning



### DANSK SELSKAB FOR CANCERFORSKNING

**18. årsmøde**

**Onsdag den 04.05. 2005**

**Indbydelse og indkaldelse af abstracts**

*Årets Danish Cancer Society Lecture:*

**Norbert E. Fusenig**

**"Reversion of Tumor Phenotype through Angiogenesis Inhibition and Stromal Maturation".**

Det videnskabelige program omfatter inviterede internationale foredragsholdere, diverse sessioner med mundtlige præsentationer af udvalgte abstracts, samt posterfremvisning. Vi opfordrer til at fremsende emner indenfor både klinisk, grundvidenskabelig og epidemiologisk cancerforskning.

**Mødested:** Mødet afholdes som et 1-dags møde med fuld forplejning på Vilvorde Kursuscenter, Vilvordevej 70, 2920 Charlottenlund. Om aftenen efter mødet arrangeres festmiddag, hvor ledsagere er meget velkommen. Der er registrering, morgenkaffe og posterophængning fra kl. 08.00-09.00. Det videnskabelige program varer fra kl. 09.00-17.00.

**Pris og betaling:** Deltagelse i dagsprogram: 750 kr (prægraduate studerende 200 kr).  
Festmiddag: 450 kr

**Den sidste frist for tilmelding og indbetaling er 1. april 2005.**

Det 18. årsmøde planlægges i samarbejde med Medicin Valley Academy. Deltagelse er pointgivende til CME-kreditering.

**Tilmelding og yderligere oplysninger:**

**[www.dscf.suite.dk](http://www.dscf.suite.dk)**

## Treatment of Prostate Cancer

Danish Society for Clinical Oncology and  
Danish Society for Urology

### Treatment of Prostate Cancer

Monday the 9th. of May, 2005  
Auditorium II, Rigshospitalet

#### Programme

15.00 – 15.10	Welcome by Gedske Daugaard	
15.10 – 15.50	When is surgery the treatment of choice ... Side effects ... Long term results	Peter Albertsen Division of Urology University of Conneticut
15.50 – 16.00	Discussion	
16.00 – 16.40	Modern radiotherapy ... Planning according to prognostic factors ... Long term results	Patrick Kupelian Dept. of Radiation Cancer Center, Orlando
16.40 – 16.50	Discussion	
16.50 – 17.10	Coffee bread	
17.10 – 17.40	Antihormone treatment in prostate cancer - state of the art ... application in hormone refractory patients	Peter Iversen Department of Urology, Rigshospitalet, Copenhagen
17.40 – 17.50	Discussion	
17.50 – 18.05	Results from randomised studies with Taxotere in hormone refractory prostate cancer	Morten Højer, Department of Oncology, Århus
18.05 – 18.15	Taxotere and Gemcitabin in hormone refractory prostate cancer	Lisa Sengeløv, Department of Oncology, Herlev
18.15 – 18.25	Taxotere and Oblimersen in hormone refractory prostate cancer	Gedske Daugaard, Department of Oncology, Rigshospitalet
18.25		Refreshments and sandwich

## Mødekalender

### GCP ved klinisk kræftforskning

SKA (Sammenslutningen af Kræftafdelinger) afholder mandag d. 9. - tirsdag 10. maj 2005 kursus i "GCP ved klinisk kræftforskning". Kurset bliver afholdt på Hotel Kong Arthur i København.

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

Deltagerantal: max 30 personer. Registrering sker i kronologisk rækkefølge med deadline: Senest torsdag d. 31. marts 2005.

Kursusledere: Overlæge, dr.med. Dorte Nielsen, Projektsygeplejerske Birgitte Christiansen, onkologisk afdeling i Herlev samt konstitueret overlæge, ph.d. Ulrik Lassen, onkologisk klinik, Rigshospitalet. June K. Thygesen, SKA Sekretariat

#### Kursus afgift hospitalspersonale (postgraduat undervisning)

2 kursusdage, inkl. kursusmateriale, ekskl. overnatning 2.000,-  
2 kursusdage, inkl. kursusmateriale, inkl. 1 overnatning 3.000,-

#### Kursusafgift eksterne deltagere:

2 kursusdage, inkl. kursusmateriale, ekskl. overnatning 6.000,-  
2 kursusdage, inkl. kursusmateriale, inkl. 1 overnatning 7.000,-

Gør venligst tydeligt opmærksom på om du ønsker overnatning.  
Tilmeldingsblanket findes på [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org) ved separat opslag under Nyheder.

Programmet for dagene vil ligeledes være at finde på [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org) under Nyheder.

#### Program mandag den 9. maj 2005 Hotel Kong Arthur, København

Tid:	Emne:	Foredragsholder
10.00	Check-in og registrering	
10.30	Velkomst og introduktion	Kursusledelse
11.00	GCP – oversigt og baggrund	Kurt Pfeiffer Petersen, AstraZeneca
11.30	Nye Regler: Anmeldelse, rapportering og Afslutning	Irene Stålbo, Lægemiddelstyrelsen
12.15	Spørgsmål	
12.30	Frokost	
13.30	Det videnskabetiske komité-system	Unna Scherer, Kbh.'s Amt, Sundhedsforvaltningen
14.15	Spørgsmål	
14.30	Opbygning af forsøgsprotokollen	Karin Friis Bach, GDP-enheden Københavns Universitetshospital
15.15	Spørgsmål	
15.30	Kaffe	
15.45	Statistik og sample size	Kell Østerlind, Amtssygehuset i Herlev, Onkologisk Afd.
16.15	Spørgsmål	
16.30	Kliniske forsøg, fase I-III	Ulrik Lassen RH, Finsencentret, Onkologisk Klinik
17.30	Quality of Life Socio-economic data	Anders Bonde, Århus Universitets- hospital Onkologisk afdeling
18.15	Afslutning dag 1	
19.00	Middag	

#### Program tirsdag den 10. maj 2005 Hotel Kong Arthur, København

Tidspunkt:	Emne:	Foredragsholder
09.00	Ansvarsområder - sponsor - investigator - monitor	Kursusledelsen
10.00	Workshop	Kursusledelsen
11.00	Kaffe	
12.00	Spørgsmål	
12.15	Serious Adverse Events	Agneth Fløe Nielsen, Århus Universitets- hospital Sektor for klinisk forskning
13.00	Frokost	
14.00	CRF/data management	Poul Knoblauch, Topotarget
14.45	Spørgsmål	
15.00	Kaffe	
15.15	Patientinformation og samtykke	Birgitte Christiansen, Amtssygehuset i Herlev Kursusledelsen Kursusledelsen
16.00	Workshop	Kursusledelsen
16.45	Faldgruber/violations/ amendments	Kursusledelsen
17.15	Øvelser	Kursusledelsen
17.45	Evaluering	
18.00	Afslutning	

## Kurser og møder

## Mødekalender

### Kurser

#### SKA 2. Post ASCO Symposium

10. juni 2005, Hotel Marriott, København

SKA arrangerer igen i år et dansk symposium som opfølgning på ASCO Annual Meeting med det formål at viderebringe de nyeste forskningsresultater, der er blevet præsenteret under ASCO kongressen 2005 til danske onkologer.

Programmet omfatter de store kræftsygdomme: brystkræft, lungekræft, gynækologiske tumorer, gastrointestinale tumorer og urologiske tumorer samt CNS, hoved/hals kræft og sarkomer.

Foredragsholderne vil inden for hvert område gennemgå højdepunkterne fra ASCO og perspektivere emnet i relation til onkologien i Danmark.

Det endelige program og information om tilmelding vil fremgå af SKA's hjemmeside i løbet af foråret, ligesom de kliniske afdelinger vil blive kontaktet direkte.

### Møder

19. maj 2005

#### Sygeplejens temadag

Tema: Ernæring.

Tid: 14.00 – 18.00

Program følger senere

30. november

#### SKA Årsmøde, Vilvorde Kursuscenter

### Nationale møder

#### 2005

4. maj 2005

Dansk selskab for cancerforskning afholder sit 18. årsmøde

Vilvorde Kursuscenter, Vilvordevej 70, Charlottenlund

### Internationale møder

#### 2005

18. – 20. marts

2nd Annual Winter Lung Cancer Conference  
Sunny Isles, Beach, Florida, USA

16. – 20. april

96th Annual Meeting of the American Association for Cancer Research (AACR)  
Anaheim, California, USA

28. april – 1. maj

Oncology Nursing Society's 30th Annual Congress  
Orlando, Florida, USA

15. – 18. juni

7th world congress on Gastro intestinal cancer  
Barcelona, Spain

3. – 6. juli

11th World Conference on Lung Cancer  
Barcelona, Spain

14. – 17. juli

2005 Gastrointestinal Oncology Conference  
Arlington, Virginia, USA

29. september – 1. oktober

6th Meeting of the International Society of Geriatric Oncology  
Genolier, Switzerland

16. – 20. oktober

American Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ASTRO): 47th Meeting  
Denver Colorado, USA

30. oktober – 3. november

ECCO 13th European Cancer Conference  
Paris, France

14. – 16. november

Cancer of the Lung and Mediastinum  
Kuwait City, Kuwait

# Dansk Selskab for Klinisk Onkologi

Årsmøde 14.-16. april 2005-03-02 Hindsgavl Kursuscenter

## Torsdag den 14. april

Tid	Emne	Foredragsholder
16.00 – 16.30	Indkvartering	
16.30 – 16.35	Velkomst	Lone Nørgård
16.35 – 17.30	Molecular advances in lung cancer	Adi Gazdar
17.30 – 18.00	Radiotherapy in lung cancer and mesothelioma	Suresh Senan
18.00 – 19.00	Middag	
19.00 – 20.00	Generalforsamling	DSKO's bestyrelse
20.00 – 21.00	Prisuddeling og foredrag	DSKO's bestyrelse

## Fredag den 15. april

Chairman: Kell Østerlind - **Mesotheliom**

Tid	Emne	Foredragsholder
09.05 – 09.45	Selektion og strategi for triplebehandling	Jens Benn Sørensen
09.45 – 10.25	Kirurgiske behandlingsmuligheder	Jesper Ravn
10.25 – 10.45	Kaffe/Te	
10.45 – 11.30	Stråleterapi ved mesotheliom Target definition inkl. PET Konform stråleterapi	Trine Jakobi Nøttrup Peter Sørensen
11.30 – 12.00	Pallierende behandling	Jens Benn Sørensen
12.00 – 13.30	Frokost	

## Fredag den 15. april

Chairman: Hans von der Maase - **Ikke-småcellet lungecancer 1. del**

Tid	Emne	Foredragsholder
13.30 – 14.00	Genprofil og genterapi	Hans Skovgaard Poulsen
14.00 – 14.20	Mutationer i EGFR-domænet	Jørgen Kristensen
14.20 – 14.40	Tyrosinkinase-inhibitorer – klinisk status	Kell Østerlind
14.40 – 15.00	Proteolytiske enzymer ved NSCLC	Helle Pappot
15.00 – 15.20	PET – evidens for klinisk brug ved NSCLC	Ulrik Lassen
15.20 – 15.40	Kaffe/Te	

## Fredag den 15. april

Chairman: Torben Palshof - **Ikke-småcellet lungecancer 2. del**

Tid	Emne	Foredragsholder
15.40 – 16.05	Kirurgi	
16.05 – 16.20	Neoadjuverende kemoterapi – de skandinaviske protokoller	Jens Benn Sørensen
16.20 – 16.35	Adjuverende kemoterapi	Torben Palshof
16.35 – 17.10	Pause	
17.10 – 17.25	Kemo-radioterapi ved NSCLC	Jørgen Johansen
17.25 – 17.40	Stereotaksi og NSCLC	Morten Høyer
17.40 – 18.00	Afsluttende diskussion	Torben Palshof
19.00 – ?	Middag + fest	DSKO's bestyrelse

Fortsættes på bagsiden...

## Lørdag den 16. april

Tid	Emne	Foredragsholder
09.00 – 10.00	Når arbejdsmiljøet tager på kræfterne "Lug ud i stressen"	Dorte Andersen
10.00 – 11.00	Uddannelsespolitik	Claus Kamby
11.00 – 11.15	Kaffe/Te	
11.15 – 12.00	Seniorpolitik i en tid med speciallægemangel	Erling Birk Madsen

## SKA søger lægelig konsulent på deltidbasis 4-6 timer ugentligt

Sammenslutningen af kræftafdelinger i Østdanmark, SKA, arbejder på mange forskellige fronter som det koordinerende organ for de kliniske onkologiske afdelinger inden for information, samarbejde om projekter, videnformidling, og sparingspartner. SKA har siden sin start i 1995 gennemgået en betydelig vækst med løbende udvidelse af aktiviteter, og SKA fungerer i dag bl.a. på flere områder som koordinerende enhed også i Vestdanmark.

SKA ledes af forretningsudvalget bestående af 8 personer med overlæge Mogens Hansen, Hillerød Centralsygehus som formand. Det daglige arbejde udføres af SKA sekretariat på i alt 4 personer med professor Heine Høi Hansen som den lægelige leder.

### Den lægelige konsulent har ansvaret for bl.a.:

- SKA's landsdækkende protokoloversigt
- SKA Cytostatikahåndbog
- Supervision og initiering af referenceprogrammer og instrukser
- Igangsættelse af postgraduate uddannelsesaktiviteter
- Medvirken til SKA's fortsatte udvikling i samarbejde med den lægelige chef

Den lægelige konsulent refererer til den lægelige leder og udfører sit arbejde i samarbejde med sekretariatets medarbejdere.

Arbejdet giver et godt og bredt indblik i det klinisk onkologiske arbejde i Danmark og kontakter til kolleger i resten af landet. Der er vide rammer og gode muligheder for en initiativrig person, der vil være med til at sikre den fortsatte udvikling og nødvendige samarbejde inden for specialet. Aflønning sker efter gældende overenskomst.

Ansøgninger modtages i SKA Sekretariat, RH, 5072 hos June Thygesen senest den 25. marts 2005. Heine Høi Hansen kan kontaktes for yderligere oplysninger om stillingen på 3545 4090.