

## INDHOLD

- 1 2005 - onkologien i ekspansion
- 3 SKA Årsmøde 2005
- 5 Tag temperaturen på din arbejdsglæde
- 7 ESGO 2005
- 8 Metastatisk renalcellecancer
- 13 Nye patientinformationer fra SKA er klar til brug
- 15 SKA Workshop: Molekylær profilering – targeteret kræftbehandling
- 17 Fagligt Selskab af Kræftsygeplejerskers Landskursus 2005
- 19 Et bedre liv med lungekræft - myter og facts
- 20 Person nyt
  - Opdatering af *Håndbog for medicinsk behandling af kræftsygdomme*
- 21 Vidste du at..?
- 22 Kurser
- 23 Internationale møder
- 24 Poster og folder til pårørende

## 2005

## – onkologien i ekspansion



ved Heine Høi Hansen  
lægelig leder  
SKA's Sekretariat

I 2005 har onkologien haft politikernes – og dermed mediernes – bevågenhed. Kræftplan II er blevet præsenteret og livligt debatteret blandt politikere, fagfolk og i pressen. Nye skibe er sat i søen.

Takket være indførelsen af nye teknikker inden for stråleterapi, herunder Intensity-Modulated Radiation Therapy (IMRT), hyperfraktionering og stereotaktisk stråleterapi, finder p.t. en betydelig ekspansion sted inden for området, og nye accelerators forventes snarest at blive taget i brug på såvel Amtssygehuset i Herlev som Rigshospitalet, ligesom en ny satellitafdeling åbnes i Næstved.

I den medicinske onkologi er det målrettet molekylærbaseret behandling, som er i forfront, og den er ved at

vinde indpas i den daglige klinik med medicamina som Herceptin, Tarceva, Erbitux og Avastin. Alene i 2005 har Second Opinion-udvalget anbefalet Tarceva til mere end 100 patienter med ikke-småcellet lungecancer, og Erbitux til et tilsvarende antal patienter med dissemineret colon cancer.

I 1980'erne var det en sjælden patient med solide tumorer, der fik første-linie kemoterapi – i dag gives der såvel anden, tredje, ja endog fjerde-liniebehandling til nogle patienter med almindelige kræftformer som bryst-, colon-, ovarie- og lungecancer, ligesom den konkommittante kemo- og strålebehandling er i ekspansion. Behandlingsstilbuddene er således øget markant, ligesom den palliative behandling er blevet styrket. Nye lægemidler er lige om hjørnet til gavn for patienterne, som lever længere og bedre med eller uden kræft end for blot ti år siden.

Ovennævnte proces støttes med økonomiske midler fra Christiansborg via Kræftplan II, som er under implementering. Fx er seks eksperimentelle enheder for kræftbehandling nu vel etableret.

Er vi som fagfolk forberedte på at håndtere denne dynamiske proces? Kan vi leve op til forventningerne fra politikerne? Fra patienter og pårørende? Er vi villige til at foretage de nødvendige ændringer strukturelt? Herunder at sikre at koordinationen mellem afdelingerne øges, således at

## 2005 - Onkologien i ekspansion

de forskellige kræfttyper alene behandles på afdelinger, der besidder den højeste ekspertise baseret på et tilstrækkeligt stort patientunderlag og med tæt kontakt til tilsvarende udenlandske centre?

Det Nationale Koordinationsudvalg for Eksperimentel Kræftbehandling og sjældne sygdomme er et udmærket eksempel på samarbejde eksemplificeret ved, at behandling af fx kolangiocarcinomer nu alene er placeret på Rigshospitalet og Vejle Sygehus. Lad os håbe, at regionaliseringen vil kunne accelerere denne proces, og organisationen af onkologien herhjemme vil blive præget af ambitiøse faglige mål snarere end af politiske trakasserier, således at dansk onkologi kan begå sig i det internationale selskab.

Er infrastrukturen i afdelingen up-to-date set i lyset af denne udvikling? Er den postgraduate undervisning tilstrækkelig god? Er der afsat tid hertil? Er der tid, ro og lokaler til den alvorlige samtale med patient og pårørende? Fungerer mentor-systemet med individuel undervisning? eller bliver alle ressourcerne anvendt til produktion? Som præsidenten for the Federation of European Cancer Society, FECS, for nylig har udtalt:

*"Education is not about handing out recipes from a textbook or a journal. You need debate and discussion. Cancer medicine is a very difficult and subtle art form – you add science to the art. It is so easy to do something that is useless, harmful or just misleading"*

*(Cancerworld, No 8, September-October 2005)*

Det forhold, at det har været nødvendigt at inddrage Arbejdstilsynet på de to største onkologiske afdelinger i Øst-danmark, fordi der var problemer med arbejdsmiljøet, er foruroligende, og endnu mere foruroligende er manglen på rekruttering af yngre læger til faget, herunder specielt besættelsen af onkologiske kursusstillinger.

Skal dynamikken i faget bevares, er det nødvendigt at engagere og medinddrage de yngre læger i den spændende udvikling, der ligger foran os. Kræftbehandling har ikke haft bedre vilkår i de sidste mange år, end den har nu. Lad os i fællesskab udnytte disse muligheder for at skabe den arbejdsglæde, der er så nødvendig for at kunne leve op til kravene i vores fag.

SKA ønsker de onkologiske afdelinger et godt og produktivt Nytår!

SKA | NYT

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

### REDAKTION

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

### Kontakt til redaktionen

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

### TRYK

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

### LAYOUT

Diemer Illustration:  
per@diemerillustration.dk

## SKA Årsmøde 2005



Flemming Bach  
lægelig chef  
Næstved Sygehus



Helle Skov Lund og  
Susanne Søborg, sygeplejersker, Amts-  
sygehuset i Herlev



Hanne Havsteen  
overlæge  
Amtssygehuset i Herlev

af Maj Dahl-Rasmussen  
informationsmedarbejder i SKA

Vilvorde Kursuscenter i Charlottenlund dannede endnu en gang rammen om SKA's årsmøde. Et rekordstort antal deltagere lagde vejen forbi – salen var godt fyldt op med omkring 185 deltagere.

Efter velkomst af SKA's ny formand for forretningsudvalget, Torben Skovsgaard, og en gennemgang af SKA's aktiviteter i 2005 ved Heine Høi Hansen, stod der Kræftplan II øverst på programmet.

Afdelingsleder Vagn Nielsen fra Sundhedsministeriet fortalte om, hvad den ny plan kommer til at betyde. Målene for Kræftplan II er at

- styrke forebyggelse af kræft
- forbedre grundlaget for, at danske kræftpatienter tilbydes udrednings- og behandlingsforløb, der
  - iværksættes tidligt,
  - opleves sammenhængende af patienterne, og
  - har en faglig kvalitet på højeste

internationale niveau  
Med kommunalreformen samles sundhedsvæsenet i fem regioner, og det vil give bedre forudsætninger for at tilrettelægge kræftbehandlingen. Vagn Nielsen mindede samtidig om at kræftplanen ikke ville træde i kraft på en gang, men rulles ud over flere år. Derudover er det vigtigt at huske de praktiserende læger – at de også bliver inddraget, for det er hos de praktiserende læger, mistanken om kræft først optræder.

Afdelingslæge Ulla Axelsen fra Sundhedsstyrelsen fremlagde herefter, hvordan Sundhedsstyrelsen vil implementere Kræftplan II. Hovedanbefalingerne er:

- styrket tobaksforebyggelse
- forbedring af patientforløb – organiseret i pakker
- forbedring af den kræftkirurgiske kvalitet
- forbedring af grundlaget for implementering af medicinske standardbehandlinger
- styrket monitorering og formidling af data, der dokumenterer kvaliteten. Sundhedsstyrelsen vil søge at skabe

ensartede retningslinier for kræftbehandling i Danmark. Indtil videre er man i gang med at indsamle data fra landets sygehuse, så lige nu mangler der en samlet status for kræftbehandlingen i Danmark.

Næste emne på Årsmødet var: De nye regioner og kræftbehandlingen i Østdanmark  
Klinikchef Kell Østerlind, Rigshospitalet (RH), lagde ud med at fortælle om, hvor langt man er nået med de ny planer i Hovedstadsregionen. Derefter tog lægelig chef Flemming Bach, Næstved, over med at vise, hvordan de i Sjællandsregionen ser fremtiden forme sig. I den fremtidige struktur vil der være:

- fælles klinisk forskningsstrategi
- fælles behandlingsstrategi
- parallelle behandlingsforløb på regionens to onkologiske afdelinger for "store sygdomme"
- mellemgrupper, der allokeres efter kompetence og geografi
- små patientgrupper til "onkologiske centre"

Flemming Bach illustrerede på et Danmarkskort, hvordan de fem centre var

fordelt ud over landet – og fordelingen var efter foredragsholderens opfattelse ganske fin, lige bortset fra, at Vejle burde ligge i Esbjerg ...

Så blev salen inviteret med til Bornholm, hvor man gennem næsten et år har fået erfaringer med en fælles kirurgisk/medicinsk onkologisk afdeling. Overlæge Ditte Nielsen, Bornholm, kunne fortælle om de tiltag, der skulle iværksættes for, at kirurger og medicinere kunne varetage afdelingen i fællesskab. Fx deles kræftpatienterne op i "kir. kræft" og "med. kræft" – og vagtfunktionen fordeles ligeligt. Akutte instruksæt er udarbejdet og mere kompetence er uddelt til sygeplejerskerne – og så er man blevet god til at tilkalde hinanden, når der er behov for det. Gennem disse omstillinger har man opnået, at patient, praktiserende læge, hjemmepleje og samarbejdende eksterne afdelinger nu kun har én afdeling at forholde sig til. Og at patienten i de fleste tilfælde kan få hele sit forløb på kun en afdeling – evt. i samarbejde med RH.

Overlæge Dorte Nielsen, Herlev, fortalte om Det Nationale Koordinationsudvalg (NKU). NKU er nedsat af Sundhedsstyrelsen med en repræsentant for hvert af de eksperimentelle enheder for kræftbehandling, en repræsentant fra Sundhedsstyrelsen, en repræsentant fra Lægemiddelstyrelsen og Second Opinion-panelet. De primære opgaver består i at :

- koordinere, vurdere, fordele arbejdsopgaver inden for eksperimentel kræftbehandling, inklusive etablere fordelingsnøgler for behandling af sjældne kræftsygdomme

- koordinere samarbejde med nationale og internationale forskningsgrupper

Årsmødets sidste tema var psykisk arbejdsmiljø. Helle Skov Lund og Susanne Søeborg, sygeplejersker, Amtssygehuset i Herlev, fremlagde de resultater, der var kommet frem gennem flere undersøgelser blandt plejepersonalet: 2 APV'ere, spørgeskemaundersøgelse til måling af krav i arbejdet, tilsyn fra BST, tilsyn fra AT, gruppeinterview med sygeplejersker. Undersøgelserne mandede ud i flere problemområder: kvantitative krav, følelsesmæssige krav, uforudsigelighed i arbejdet, modsatrettede krav, rammer og vilkår. Herefter gennemgik Helle Skov og Susanne Søeborg de anbefalinger, som Arbejdstilsynet er kommet med, og de mere konkrete tiltag, som man er gået i gang med på afdelingen.

Også på lægesiden i Herlev har det psykiske arbejdsmiljø været under lup. Overlæge Hanne Havsteen, Onkologisk Afdeling, kunne fortælle om krav som: stor patientbyrde og store produktionskrav; mange nye, komplicerede behandlinger; krav om at være i front og udvikle; krav fra kriseramte patienter og pårørende, dårlig afstemning af brøken service/forventninger; meget strukturerede forløb med skemaer for alt – en slags industriarbejdsplads, som giver mulighed for at sætte læger til noget, de reelt ikke er uddannet til; lægemangel og rekrutteringsproblemer ... Som noget positivt kunne Hanne Havsteen nævne, at læger ikke er utrygge i ansættelsen, for som hun siger: "Kræft er der nok af!" Desuden stillede Hanne Havsteen spørgsmålstegn ved, om man helt kan adskille

psykisk arbejdsmiljø fra det fysiske ...

Dagen blev rundet af med en opfordring fra cand.psych. Dorte S. Andersen og prof. dr. med. Heine Høi Hansen om at "tage temperaturen på din arbejdsglæde". Som ansat i sygehusvæsenet er man udsat for større og større krav fra patient-side – hvor patienten stille og roligt bevæger sig i retning af at opføre sig som forbruger. "Alt er til forhandling" (henvisning til Giddens) – det er, som om det ligger i tiden, at vi vil ændre på menneskets grundvilkår. "Sygdom, død – nogen må fikse det!" – som Dorte så slagfærdigt udtrykte det. Herefter blev salen sat i arbejde med at diskutere og udfylde et spørgeskema. Hvad der kom ud af det, kan du læse om her i SKA Nyt på side 5.

Årsmødet sluttede for langt de fleste i Vilvorde Kursuscenters restaurant, hvor det endnu en gang lykkedes at servere en god middag for de mange deltagere. At dømme ud fra lydnyveauet i restauranten er det nok ikke forkert at antage, at dagens mange oplæg havde givet de fleste noget at tale om...

Næste årsmøde er SKA's 10 års jubilæum. Det holdes den 9. november 2006 – så sæt allerede nu kryds i kalenderen.

Se power-point-oplæggene fra SKA, Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Amtssygehuset i Herlev på SKA's hjemmeside ([www.skaccd.org](http://www.skaccd.org) - under "Nyheder").

## Tag temperaturen på din arbejdsglæde!



Af cand. psych. Dorte S. Andersen, Righospitalet, og SKA Sekretariat

På SKA's årsmøde blev deltagerne opfordret til på stedet at deltage i en helt uvidenskabelig "temperaturmåling" omkring arbejdsmiljøets positive elementer, de elementer, som blandt andet bidrager til arbejdsglæden i onkologiens fagligt og menneskeligt udfordrende arbejdsmiljø. I den forbindelse svarede i alt 86 af deltagerne på disse fire spørgsmål:

- Hvad får dig til at gå på arbejde hver dag?
- Hvad kan gøre dig allermest glad i relation til dit arbejde?
- Hvad tror du, patienterne og de pårørende sætter særlig pris på ved jeres afdeling? Og hvad tror du de med glæde husker afdelingen for?
- Hvad fungerer godt, som normalt forbliver ubemærket?

Tak for alle jeres besvarelser. Som lovet bringer vi en opsamling af tendenserne i de 86 besvarelser. En sådan opsamling kan naturligvis ikke sammenlignes med en arbejdsmiljøundersøgelse, men vi håber, at resultaterne alligevel vil give stof til eftertanke.

### Hvad får dig til at gå på arbejde hver dag?

At arbejde er et gode. Arbejdet giver os mulighed for at bruge og udvikle vores evner, og for at kunne bidrage og være brugbare. Arbejdet er også med til at definere, hvem vi er – både over for andre og over for os selv. Sagt på en anden måde: Det er langt fra kun lønnen, som gør arbejdet attraktivt. Dette afspejler sig meget tydeligt i besvarelserne fra årsmødet.

Frem for alt er der en væsentlig del af besvarelserne, som kan samles under temaet gode kollegaforhold. Temaet gode kollegaforhold er en absolut topscorer ved dette spørgsmål, og det beskrives blandt andet som:

- "gode kolleger" (støtte, åbenhed)
- dygtige kolleger
- kolleger, som er gode til at samarbejde – fx i teamarbejde
- socialt samvær med kolleger
- kolleger, man kan blive inspireret af
- gode medarbejdere

Gode kollegaforhold bliver skarpt forfulgt af nogle andre temaer, der ligeledes lægges meget vægt på:

- meningsfuldt arbejde / at "kunne gøre en forskel" for patienter / pårørende
- faget (et fagligt udfordrende miljø, hvor man kan arbejde med udvikling og forandring)
- udfordrende arbejdsopgaver, med mulighed for variation og for at arbejde selvstændigt

En besvarelse sammenfatter på glimrende vis de generelle tendenser: "Dygtige mellemledere, sekretariat og samarbejdspartnere. Udfordrende [arbejde]. Vi gør en forskel for mange

patienter og pårørende. Vi skal fortsat udvikle feltet."

### Hvad kan gøre dig allermest glad i relation til dit arbejde?

I besvarelserne er der især to temaer, som går igen. Disse temaer kan man kalde:

- den gode opgaveløsning
- anerkendelse og synlighed

Knap halvdelen af besvarelserne peger på elementer, som kan samles under temaet den gode opgaveløsning.

Dette tema beskrives fx således:

- at få løst opgaverne på en god måde
- når noget lykkes!
- når man kan "mærke", at man har gjort noget godt for patienter eller pårørende
- når tingene fungerer godt i patientforløb
- når teamet / det tværfaglige samarbejde fungerer godt

Det er nærliggende at læse disse besvarelser i tæt sammenhæng med de besvarelser, som kan samles under temaet anerkendelse og synlighed. Knap halvdelen af de adspurgte giver nemlig udtryk for, at det, der kan gøre dem allermest glade, er, når de oplever, at deres indsats bemærkes og anerkendes – det være sig af kolleger, ledere, patienter eller pårørende. Når man i høj grad er bærer af sine egne arbejdsredskaber, må der nødvendigvis være en tæt sammenhæng mellem den gode opgaveløsning og anerkendelse og synlighed. For det er ikke "noget", der får tingene til at lykkes. Det er os, og det er dig og mig!



## Tag temperaturen på din arbejdsglæde!

### Hvad tror du, patienterne og de pårørende sætter særlig pris på ved jeres afdeling? Og hvad tror du, de med glæde husker afdelingen for?

Besvarelserne til dette spørgsmål kan grupperes under to gennemgående temaer, som man kunne kalde: omsorgen og behandlingen. Man kan med rette sige, at det er to sider af samme sag, men mange har alligevel valgt at skille de to temaer ad i deres besvarelser, måske fordi spørgsmålet lægger op til, at man oplister hverdagen i punktform.

Under temaet omsorgen peger langt over halvdelen af de adspurgte på, at patienter og pårørende, fx:

- møder omsorg, varme og imødekommenthed
- kan være trygge
- oplever personalets humor og overskud til den enkelte
- møder et engageret personale

Knap halvdelen af de adspurgte peger også på den høje kvalitet og faglige dygtighed i behandlingen, beskrevet som fx:

- fagligt dygtige medarbejdere
- "høj" faglighed / faglig ekspertise
- teknisk kunnen
- kompetent behandling

Desuden peger knap en fjerdedel på, at personalet evner at genkende, se og høre den enkelte patient som et unikt individ, og at dette er noget, som både patienter og pårørende sætter særlig pris på. Ligeledes er der ca. en fjerdedel, der peger på, at patienter og pårørende sætter særlig pris på den kontinuitet, som afdelingen kan tilbyde.

En besvarelse samler de tydelige tendenser og kommer hele vejen rundt: "Kontinuitet og kvalitet – kontaktlæge

og kontaktsygeplejerske. Kompetente sygeplejersker og lægesekretærer (alle påvirker patientforløbet). At blive forstået og taget hånd om professionelt, med indflydelse på eget patientforløb."

### Hvad fungerer godt, som normalt forbliver ubemærket?

Problemer findes, og de skal kaldes ved deres rette navn – men arbejdets positive og givende aspekter findes på lige fod med problemerne og gør også krav på at blive synliggjort. Ikke sjældent skal man vejen omkring succes'erne og fordelene, når man skal løse problemerne. Derfor dette spørgsmål.

Efter en gennemlæsning af besvarelserne, står det klart, at der er tre temaer, som tiltrækker sig særlig opmærksomhed. Disse er: det kollegiale samarbejde, resultaterne og "det daglige". Tre væsentlige aspekter i opgaveløsningen og arbejdsmiljøet, som fungerer godt, men som altså normalt forbliver ubemærkede.

Knap halvdelen af de adspurgte peger således på, at det kollegiale samarbejde (monofagligt såvel som tværfagligt) fungerer rigtig godt, men at det normalt forbliver ubemærket. Som eksempler nævnes kollegernes:

- hjælpsomhed
- venlighed og støtte
- ansvarsfølelse og store arbejdsindsats
- gensidige respekt
- gode tone

Som en bemærker i sin besvarelse: "Et godt samarbejde tværfagligt, som ikke bemærkes, når det går godt, men giver anledning til stor frustration i en afdeling, når det fungerer dårligt."

En gruppe peger også på resultaterne (de gode pleje- og behandlingsforløb og de gode behandlingsresultater), som

noget, der har tendens til at forblive ubemærket.

Og endelig er der "det daglige". Flere nævner, at en række arbejdsopgaver og patienttilbud ikke har den store positive bevågenhed i det daglige. Som eksempler nævnes:

- at der er fyldt op med varer, medicin, pjecer, linned osv.
- oprydningen
- rengøringen
- at der holdes morgenmøder
- at receptionister / sekretærer får tingene til at glide
- postjournaliseringen
- forplejning, også til ambulante patienter
- "alle rutineopgaverne" / serviceafdelingens arbejde
- den daglige planlægning, som får tingene til at lykkes

En besvarelse beskriver det således: "Daglige funktioner, som ikke er usædvanlige – men almene".

Når noget forbliver ubemærket, er det måske, fordi vi tænker om vores egen daglige indsats: Sku' det nu være noget særligt? Men hvis man ser på ovenstående besvarelser, så er den daglige indsats noget særligt. For den får hverdagen med patienter og kolleger til at lykkes.

Ligeledes er det tankevækkende, at rigtig mange peger på gode kollegaforhold, som et væsentligt element i den daglige arbejdsglæde, samtidig med at mange nævner, at netop de gode kollegers indsats, hjælpsomhed, støtte, samarbejdet osv. er noget, som normalt forbliver ubemærket.

Vi vil derfor slå et slag for mere synliggørelse og anerkendelse af arbejdets og arbejdsmiljøets plussider – for der er meget at hente!

## ESGO 2005



Af Signe Risum, kursusreservelæge, onkologisk afdeling, Rigshospitalet

Som yngre læge under uddannelse er det ofte vanskeligt i en travl hverdag at beskæftige sig akademisk med sit fag. Derfor er det altid glædeligt, når man får mulighed for at deltage i en international conference, hvor man ikke bare stifter bekendtskab med den nyeste forskning, men også møder andre kollegaer fra ind- og udland.

En kollega og jeg havde ved hjælp af fondsstøtte meldt os til "14th International Meeting of the European Society of Gynaecological Oncology (ESGO)". Konferencen blev afholdt 25.-29. september i Istanbul, en moderne storby, som dog har bibeholdt et strejf af ostindisk charme.

### Stor uddannelsesmæssig værdi

Programmet var varieret og dækkede de onkologiske cancerer bredt. For vores ældre kolleger var der mange gentagelser, ikke mindst under formid-

dagens "State of the art"-lektioner. I salens mørke, var der vist flere, der tænkte over emnerne med lukkede øjne. Konferencen havde imidlertid en stor uddannelsesmæssig værdi for yngre læger, blandt andet i form af gennemgang af flere af de store randomiserede undersøgelser, der danner baggrund for vores behandlingspraksis.

Også flere af de præsenterede "abstracts" gav stof til eftertanke. Blandt andet fremlagde Annika Loft, overlæge i Klinisk fysiologi og nuklearmedicin på Rigshospitalet de seneste resultater fra en undersøgelse af 100 patienter med livmoderhalskræft, som blev PET/CT-skannet som led i stadietildeling. Man fandt metastaser hos 37 af de 100 patienter. Resultaterne har ført til, at vi nu rutinemæssigt bruger PET/CT ved stadietildeling af livmoderhalskræft på Rigshospitalet.

### Ovariecancer

Ovariecancer var generelt godt dækket på konferencen. Særlig interessant var sessionen afholdt af Ian Jacobs fra "University College Hospital, London" om udfordringerne ved screening for ovariecancer. Ultralydsundersøgelse i kombination med CA-125 undersøges aktuelt som screeningsmetode i en fase III-undersøgelse. Også proteomics (undersøgelse for proteinmønstre i blod) kan måske i fremtiden komme til at spille en rolle.

I løbet af konferencen gennemgik forelæserne under forskellige sessioner evidensen for kemoterapi ved ovariecancer. De store ICON- og ACTION-undersøgelser blev nævnt. Næste skridt i behandlingen af ovariecancer-  
recidiv bliver i kliniske kontrollerede

forsøg at afprøve nogle af de nye stoffer inden for onkologien, f.eks. Erlotinib (Tarceva).

### Endometrie-cancer – sidste nyt

Inden for endometrie-cancer var der spændende nyt. Resultaterne af ASTEC-studiet blev for første gang præsenteret. Studiet har haft til formål at afklare, om patienter, der opereres for endometrie-cancer, skal have foretaget lymfeknuderresektion i forbindelse med operationen. Studiet er udført fra 1998 til 2005 i fire lande. Man har randomiseret 1408 patienter med primær endometrie-cancer til enten total hysterektomi og bilateral salpingo-oophorectomi (TAH/BSO) eller TAH/BSO og lymfeknuderresektion. Resultaterne viste, at kun 9 % havde lymfeknudeinvolvering. Der sås ingen forskel i den generelle overlevelse mellem de to grupper. Sygdomsfri overlevelse var ligefrem ringere for gruppen, der fik fjernet lymfeknuder. På baggrund af resultaterne vil man således ikke anbefale rutinemæssig fjernelse af lymfeknuderne ved operation for endometrie-cancer.

### Hele den tyrkiske musik

Efter nogle dage med masser af faglige udfordringer blev konferencen afsluttet med en gallamiddag på et af de paladser, som Istanbul er så rig på. Med udsigt over Bosphorusstrædet var der både mulighed for mavedans, vandpibe og "Turkish delight". Dagen efter tog vi trætte hjem med bagagen fuld af souvenirs og ny inspiration til det kliniske arbejde.

## Metastatisk renalcellecarcinom



af Frede Donskov  
Onkologisk afdeling D  
Århus Universitetshospital

### Generelt

Renalcellecarcinom (RCC) er blandt de 10 hyppigste kræftformer hos mænd og de 15 hyppigste hos kvinder og udgør cirka 2% af alle kræfttilfælde. Cirka 50 % dør af sygdommen. Trods dette har RCC hidtil i Danmark kun haft megen lille bevågenhed. Der er imidlertid nu grundlag for en forstærket indsats mod sygdommen.

Der vil i den følgende gennemgang blive fokuseret på 3 områder, hvor behandlingsstrategien debatteres. Endvidere vil nye lovende behandlingsmuligheder samt danske erfaringer blive gennemgået.

### Epidemiologi

Hos voksne udgør renalcellecarcinom 85 % af maligne nyrecancere. Transitiocellulære pelvis renis carcinomer udgør 15 % og behandles efter principperne for blæreancer.

I år 2000 forekom der 190.000 nye tilfælde og 91.000 dødsfald som følge

af nyrecancer i verden. Tilsvarende tal for Danmark var 710 nye tilfælde og 392 dødsfald, dvs. RCC udgør ca. 600 nye tilfælde og 300 dødsfald. I modsætning til resten af verden, hvor incidensen af RCC er stigende, har Danmark og Sverige oplevet uændret incidens gennem de sidste 30 år. Median alder er 65 år. Mand-kvinde ratio er 2,5:1. Tobaksrygning er årsag til op til 30 % af tilfældene.

### Klassifikation, genetik og ny tumorbiologisk forståelse

I 1997 blev der opnået konsensus mellem WHO, UICC og AJCC om ensartet klassifikation af nyrecancer. Klassifikationen blev baseret på både morfologiske og cytogenetiske karakteristika, (tabel 1). Med denne klassifikation forsvandt "granular RCC" og "sarcomatoid RCC" som selvstændige histologiske subtyper.

RCC klassificeres således nu i 4 histologiske former, hvoraf clear celle carcinomet udgør langt hovedparten (75 %) (tabel 1). Cytogenetisk ses ved hovedparten af clearcelle RCC en defekt på kromosom 3p, hvor tumor suppressor genet VHL (von Hippel Lindau) er lokaliseret. Papillært RCC er cytogenetisk karakteriseret ved trisomi af en række kromosomer samt tab af Y-kromosomet, hvorimod kromofob RCC er karakteriseret ved monosomi af en række kromosomer (Tabel 1).

Arvelig RCC er sjælden (1-2 % af tilfældene). Der er påvist 4 forskellige former for arvelig nyrekræft (tabel 1), hvoraf von Hippel Lindau er den hyppigste (syndromet er autosomt dominant arveligt og optræder med en frekvens på 1/40.000 fødsler).

De seneste års fremskridt inden for molekylærbiologien har medført en betydelig øget viden om biologien ved RCC. Især afklaringen af biologien for VHL-mutationen har været frugtbar for forståelsen af tumorgenese samt udvikling af potentielle nye lægemidler.

Mutation i VHL-genet på kromosom 3 er fundet spontant til stede hos op til 80 % af sporadisk opståede clear celle RCC, men ikke i øvrige histologiske undertyper af RCC. Tab af VHL funktion medfører en pseudo-hypoksisk tilstand i cellen, idet VHL-genproduktet (*pVHL*) ikke dannes eller ikke fungerer, hvorved der ikke sker en nedbrydning af hypoxi-induktionsfaktorerne (HIF-1 $\alpha$ , HIF-2 $\alpha$ , HIF-3 $\alpha$ ), resulterende i HIF-akkumulation i cellen. HIF-akkumulation ses normalt kun under hypoksiske tilstande. Derved igangsættes transkription af en række gener, herunder vascular endothelial growth factor (VEGF), platelet-derived growth factor B (PDGF), transforming growth factor- $\alpha$  (TGF- $\alpha$ ), Glut1 glucose transporter samt erythropoietin (EPO). Disse vækstfaktorer stimulerer et paracrint loop resulterende i angiogenese samt proliferation og overlevelse.

### mRCC repræsenterer en stor onkologisk udfordring

Sygdomssymptomer er få, bestående af abdominal udfyldning, flanke/rygsmerter, hæmaturi, træthed samt paraneoplastiske symptomer. Den klassiske triade – hæmaturi, smerter i nyrelogen samt palpabel udfyldning – forekommer kun i 10 % af tilfældene. Dette medfører at 1/3 har metastatisk sygdom på diagnosetidspunktet.



Yderligere 1/3 vil udvikle metastatisk sygdom efter kurativt intenderet nefrektomi. Samlet set vil således cirka halvdelen af alle nyrekræftpatienter have eller udvikle metastatisk sygdom.

Ingen adjuverende behandling efter nefrektomi har påvirket overlevelsen.

Metastatisk renalcellecarcinom (mRCC) er en stor onkologisk udfordring, idet sygdommen er refraktær over for kemoterapi og hormonbehandling. Strålebehandling anvendes kun som smertepalliation ved knoglemetastaser. Kirurgi bør kun anvendes ved solitære metastaser hos udvalgte patienter (se senere). Ubehandlet er medianoverlevelsen for metastatisk RCC kun 8 måneder, 3-års overlevelsen mindre end 10 % og 5-års overlevelsen mindre end 2 %.

Interleukin-2(IL-2)- og interferon-alfa(IFN- $\alpha$ )-baseret immunterapi, der blev introduceret i midten af 80'erne, er den eneste behandlingsmodalitet, der har påvirket overlevelsen ved mRCC (tabel 2). Behandlingsprincippet er aktivering af patientens egne immunforsvarsceller med henblik på tumordrab. Overlevelsesevinsten ved IFN- $\alpha$  som monoterapi er imidlertid minimal (tabel 2). En signifikant overlevelsesevinst ved IL-2 er ikke påvist i et randomiseret studie (tabel 2). Som det imidlertid fremgår af tabel 2 har alle randomiserede studier ved mRCC været små. Ingen IL-2-behandlet gruppe har indeholdt mere end 140 patienter, hvilket repræsenterer en for lille statistisk styrke til at kunne detektere den langtidsoverlevelse, som opnås for en lille gruppe IL-2-behandlede patienter. Der er imidlertid publiceret en lang række ikke-randomiserede

studier af IL-2-behandling, som konsistent påviser varigt tumorrespons og langtidsoverlevelse (5-10 år) hos 5-10 % af patienterne. Denne undergruppe er formentlig helbredt. Den sande værdi af IL-2 ligger således i, at dette lægemiddel er potentielt helbredende for en lille gruppe patienter med metastatisk sygdom.

### Diskussionsområde 1: Kirurgi ved mRCC

Ved lokaliseret RCC er radikal nefrektomi den eneste helbredende behandling. Kirurgisk resektion af solitære metastaser er associeret med 5-års overlevelse på 35-50 %. Hvor der er solitære metastaser, bør behandlingen derfor være radikal fjernelse af metastasen. Hvis den solitære metastase diagnosticeres simultant med selve nyretumoren, skal der foretages både nefrektomi og radikal fjernelse af den solitære metastase. Om disse kirurgiske behandlingsprincipper hersker der fuld enighed. Debatten pågår vedrørende spørgsmålet: Har nefrektomi også en plads ved multipel metastatisk sygdom?

Det er dokumenteret, at nefrektomi ved metastatisk sygdom kan medføre regression af metastatiske læsioner, især lungemetastaser, om end dette er et sjældent fænomen (1 %). Denne observation samt forestillingen om den store primære nyretumors mulige immunosupprimerende effekt har medført studier, der har belyst betydningen af debulking nefrektomi før immunterapi. Flere ikke-randomiserede studier har vist en klart bedre overlevelse blandt patienter behandlet med IL-2, som havde fået foretaget nefrektomi

sammenlignet med patienter, som havde nyretumoren in situ. Imidlertid viser flere andre opgørelser, at en del patienter (22 %-77 %) efter nefrektomi ikke påbegyndte den planlagte immunterapi pga. kirurgiske komplikationer eller hurtig tumorprogression. Den påviste overlevelsesevinst i disse ikke-randomiserede studier kan således formentlig blot være et resultat af patientselektion af patienter med gode prognostiske faktorer.

To randomiserede studier fra 2001 og en poollet opgørelse fra 2004 har imidlertid belyst betydningen af debulking nefrektomi forud for behandling med interferon-alfa ved mRCC (tabel 3). Den kombinerede opgørelse viser skuffende en samlet overlevelsesevinst for gruppen behandlet med nefrektomi plus interferon på kun 5,8 måneder, en 1-års overlevelse på kun lige godt 50 % og en 6-års overlevelse på kun 3 %. Det er vigtigt at understrege, at kun patienter med performance status 0 eller 1, dvs. patienter med ingen eller kun få symptomer, blev inkluderet i studierne. Kun en mindre andel af nydiagnosticerede patienter med mRCC opfylder dette krav, hvilket også illustreres af, at de 246 patienter, der indgik i det amerikanske studie, blev rekrutteret på 80 institutioner gennem 7 år, dvs. med en rekrutteringsfrekvens på i gennemsnit under én patient per institution hvert andet år! Disse to studier har imidlertid medført, at nefrektomi ved metastatisk sygdom – internationalt og nogle steder i Danmark – er blevet (gen)indført som standardbehandling. Hovedproblemet er, at de to randomiserede studier reelt ikke besvarer det væsentligste spørgs-

## Metastatisk renalcellecarcinom

mål: Er det bedre initialt at nefrektomere hele gruppen af patienter – vel vidende, at en del patienter ikke når frem til systemisk behandling i form af immunterapi pga. kirurgisk morbiditet eller hurtig tumorprogression – i stedet for efterfølgende at nefrektomere de patienter, som responderer på den systemiske immunterapi, som under alle omstændigheder er hovedbehandlingen for patienter med dissemineret sygdom?

I Danmark anbefales i nyrecancerbetænkningen ([www.urologi.dk](http://www.urologi.dk)) kun at nefrektomere patienter med metastatisk sygdom, hvis der efter immunterapi er opnået remission af metastatiske processer.

### Diskussionsområde 2: Patientselektion

Efter 20 års arbejde med at optimere IL-2-baseret immunterapi må det konstateres, at hovedparten af patienterne ikke har gavn af immunterapi, mens en lille gruppe har eklatant (kurativ) effekt. Det afgørende spørgsmål er derfor at kunne identificere de patienter, som mest sandsynligt vil have gavn af IL-2 baseret immunterapi.

På ASCO 2005 fremlagde Negrier et fransk randomiseret studie baseret på "Negrier-intermediate prognostic group", dvs. patienter med Karnofsky Performance Status  $\geq 80$  samt antal metastaselokalisationer  $> 1$  (tabel 2). Patienterne blev randomiseret mellem IL-2 (n=125), IFN (n=122), IL-2+IFN (n=122) og progesteron (n=123). Som det fremgår af tabel 2, var der ingen respons eller overlevelsesforskel i de forskellige grupper, og konklusionen blev derfor, at ingen patienter med

Karnofsky PS  $\geq 80$  samt antal metastaser  $> 1$  bør tilbydes cytokinbehandling, men i stedet bør tilbydes palliativ behandling. Nogle har så efterfølgende misforstået konklusionen og ment, at så skal slet ingen patienter behandles med cytokiner.

Vi har i Århus arbejdet lidt anderledes med patientselektion. Fokus har været at betragte IL-2-baseret immunterapi som en targeteret behandling, der kræver tilstedeværelse af bestemte immunceller for behandlingseffekt. Vi har derfor monitoreret immunforsvarcellerne i blod og tumorvæv før og under behandlingen med henblik på at kunne identificere parametre, der kan udpege den patientgruppe, som vil have gavn af immunmodulerende behandling helst inden iværksættelse af behandlingen eller så tidligt i behandlingsforløbet som muligt. Vi har været i stand til at identificere 5 kliniske risikofaktorer samt 3 supplerende immunologiske risikofaktorer, og på baggrund af disse variable at foretage en *positiv selektion* af patienter, som med størst sandsynlighed vil have gavn af immunterapi. Disse resultater opmuntrer til fortsat forskning i tumor-deriverede (immunologiske) prognostiske faktorer. Patienter, der ikke vurderes at være egnede til IL-2 baseret immunterapi, skal tilbydes adgang i protokoller med nye eksperimentelle lægemidler (se senere).

### Diskussionsområde 3: bolus højdosis intravenøst IL-2 versus lavdosis subcutant IL-2

FDA godkendte i 1992 højdosis (HD)

bolus intravenøst (i.v.) IL-2 som behandling af mRCC. Godkendelsen blev foretaget på baggrund af behandlingsresultaterne fra 255 patienter, hvor der for første gang ved denne sygdom blev observeret varigt tumorrespons og langtidsoverlevelse. HD bolus i.v. IL-2 er imidlertid meget toksisk, hvorfor andre administrationsformer som kontinuerlig i.v. (civ) og subcutant (sc) IL-2, har været undersøgt.

Der foreligger 2 nylige randomiserede studier, der har belyst betydningen af HD bolus i.v. IL-2 i forhold til civ eller lavdosis sc IL-2, (Yang 2003) samt HD bolus i.v. IL-2 i forhold til lavdosis sc IL-2/IFN-alfa (McDermott 2005) (tabel 2). Begge studier påviser en signifikant øget responsrate til fordel for HD bolus i.v. IL-2, men ingen forskel i 5-års overlevelsen. Begge studier konkluderer, at HD bolus i.v. IL-2 skal forblive standardbehandling for selekterede patienter ved mRCC.

Ved en sygdom med op mod 100.000 årlige dødsfald kan den vesevende diskussion forekomme en anelse teoretisk, idet kun ca. 100 patienter årligt på verdensplan rent faktisk behandles med HD bolus i.v. IL-2. En mindre gruppe behandles med sc IL-2-holdige regimer. Langt flertallet af patienterne behandles med interferon eller tilbydes slet ingen behandling.

Vi har i Danmark erfaring med kontinuerlig i.v. IL-2 samt sc IL-2 i et intermedicært eller lavdosis niveau. I overensstemmelse med de randomiserede studier har vi i Danmark ikke kunnet finde en effekt-forskel mellem disse regimer. Bivirkningsmæssigt er sc IL-2 imidlertid langt mindre toksisk end både HD bolus i.v. og civ IL-2. Derved kan behandlingen tilbydes et langt

større antal patienter. Vores opgørelse af disse sc. IL-2 regimer viser en 5-års overlevelse på 16 %, som ligger på niveau med de bedste internationale resultater ved anvendelse af HD IL-2. Den aktuelle strategi er derfor at tilbyde flest mulige patienter den realistisk bedst mulige behandling med et selvadministreret regime bestående af lavdosis sc IL-2 og IFN-alfa.

## Nye behandlingsmuligheder

De seneste års fremskridt inden for forståelsen af biologien ved RCC har medført en betydelig øget viden samt været frugtbar for udvikling af nye lægemidler. Mere end 20 nye lægemidler afprøves for tiden ved mRCC. Aktuelt ser 5 lægemidler meget lovende ud (bevacizumab i kombination med erlotinib, SU11248, AG-013736 samt BAY 43-9006) (tabel 4). Alle studier oplistet i tabel 4 omhandler 2. linie-behandling, dvs. alle patienter har tidligere fået IL-2 og/eller IFN.

Bevacizumab-studiet af Yang i 2003 var "proof of principle" med signifikant øget tid til progression. Imidlertid var responsraten lav, og der var ingen samlet overlevelsesgevinst, hvilket muligvis kan forklares med at overkrydsning ved progression var tilladt. Andre lovende stoffer blev første gang præsenteret ved ASCO 2004, og ved ASCO 2005 bekræftede flere studier at det med anvendelse af flere forskellige former for biologisk målrettet behandling er muligt at opnå betydeligt tumorsvind ved mRCC (partielle responsrater på omkring 40 %). De kommende år vil vise om disse præparater, enten alene eller i kombination, kan forbedre overlevelsen. Studier

hvor disse lægemidler anvendes som 1. linie-behandling er allerede iværksat. Ligeledes er iværksat studier, hvor lægemidlerne kombineres med IL-2 og/eller IFN-alfa.

Der arbejdes på at kunne tilbyde danske patienter behandling med nogle af disse biologisk målrettede stoffer i protokolleret form i den nærmeste fremtid.

## Danske erfaringer

I det følgende er kort gengivet de væsentligste danske erfaringer inden for de seneste år.

### 1. Kemo-immunterapi kan ikke anbefales ved mRCC

IL-2 baseret immunterapi i kombination med kemoterapi i form af 5-FU medfører øget responsrate og toksicitet, men giver ikke øget overlevelse. Dette fund er i fuld overensstemmelse med flere store udenlandske opgørelser, herunder et stort fransk randomiseret studie (Negrier, JCO 2000).

### 2. Lavdosis subcutant administreret IL-2

Siden 1999 har basisbehandlingen bestået af s.c. IL-2 og IFN-a som selvadministreret hjemmebehandling med fremmøde i ambulatoriet 2 gange pr. måned gennem maksimalt 6 måneder. Behandlingen er sikker og med rimelig effekt. Den estimerede 5-års overlevelse på de første 120 behandlede patienter er 16 %.

Behandlingstilbuddet er nu en del af et nationalt samarbejde og kan fås både på Onkologisk afdeling i Århus og Herlev. Inklusionskriterier er histologisk verificeret renalcellecarcinom,

god almentilstand (Karnofsky PS  $\geq 70$ ), ingen hjernemetastaser, ingen steroidbehov, adækvat knoglemarvs-, nyre- og leverfunktion. Nefrektomi er ikke et krav.

### 3. Øget forståelse af virkningsmekanismer.

Gennem gentagne tumorbiopsier og blodprøver foretaget før og under behandlingen har vi fået en større forståelse for IL-2-baseret immunterapi som en targeteret behandling, der kræver tilstedeværelse af bestemte immunceller, især natural killer (NK) celler og T-celler, for behandlingseffekt. Derimod ser neutrofile granulocytter og monocytter ud til at have en skadelig indvirkning på behandlingseffekten, formentlig pga. dannelsen af frie iltradikaler. Tumor-karakteristika som proliferation og Fas-ligand expression er derimod uden betydning for behandlingseffekten.

### 4. Effekt af Histamin?

Vi har afprøvet Histamin som targeteret antioxidantbehandling i 2 fase II-undersøgelser i et samarbejde med onkologiske afdelinger i Sverige og England. Resultaterne indikerer grundlag for at afklare histamins rolle i en randomiseret fase III-undersøgelse, hvor der stratificeres for monocytter og neutrofile i blod og tumorvæv.

### 5. Bedre udvælgelse af egnede patienter til behandlingen.

Baseret på kliniske og immunologiske prognostiske kriterier har vi ved mRCC været i stand til at identificere 3 patientgrupper med en estimeret 5-års overlevelse efter IL-2-baseret immunterapi på henholdsvis 60 %, 25 % og 0 %.

## Metastatisk renalcellecancer

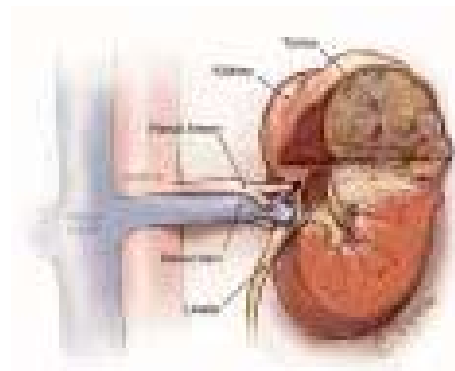
Disse kliniske og immunologiske prognostiske kriterier vil fremover blive søgt inddraget ved selektion af patienter til IL-2-baseret immunterapi.

### 6. Nationalt samarbejde ved metastatisk nyrecancer.

Hvor der indtil 2004 kun var behandlingstilbud på Onkologisk afdeling i Århus er der nu oprettet nationalt samarbejde omfattende IL-2/IFN- $\alpha$  på de Onkologiske afdelinger i Århus og Herlev samt Dendritcellevaccination på

Onkologisk afdeling, Herlev. Endvidere tilbyder Urologisk afdeling, Rigshospitalet, deltagelse i protokol (IFN- $\alpha$  vs. IFN- $\alpha$  + IL-2 + 5-FU).

For yderligere information om sygdommen og behandlingsmulighederne henvises til nyrecancerbetænkningen. Denne kan downloades fra Ugeskrift for Læger ([www.dadlnet.dk](http://www.dadlnet.dk)) samt fra Dansk Urologisk Selskab ([www.urologi.dk](http://www.urologi.dk)). En detaljeret referenceliste kan udleveres ved henvendelse til forfatteren.



Nyrecancer

**Table 1. Renalcellecancer. Udgangspunkt og cytogenetiske ændringer**

Tumor subtype	Formodet udgangspunkt	Frekvens	Tumor subtype
Clear celle RCC	Proximale tubuli	75 %	• 3p- • VHL genmutation
Papillært RCC	Distale tubuli	15 %	• 3+, 7+, 12+, 16+, 17+, Y- • c-Met genmutation • FH genmutation
Kromofob RCC	Intercalated cells, cortex	5 %	• 1-, 2-, 6-, 10-, 13-, 17-, 21-, Y- • BHD genmutation
Samlerørs carcinom	Samlerør	1 %	• 1-, 6-, 14-, 15-, 22-

VHL, Von Hippel Lindau; FH, Fumarat Hydratase; BHD, Burd Hogg Dubé

**Table 2. Randomiserede studier der belyser betydningen af immunterapi ved metastatisk sygdom**

Forfatter	Behandling	# pt	Respons Rate	Median overl. (mdr.)	Tid til PD (mdr.)	1-års overl.	5-års overl.
Gleeve	IFN-gamma	90	4,4 %	12,2	1,9	50 %	-
NEJM 1998	Placebo	91	6,6 %	15,7	1,9	50 %	-
MRC	IFN-alfa	167	14 % **	8,5	4,0 **	43 % **	-
Lancet 1999	MPA	168	2 %	6,0	3,0	31 %	-
Pyrhönen	IFN-alfa+VLB	79	16,5 % **	16,9 **	3,2 **	58 % **	4%
JCO 1999	VLB	81	2,5 %	9,5	2,2	38 %	0 %
Negrier	IL-2 iv+IFN-alfa	140	18,6 % **	17	20 % ** §	-	10 %
NEJM 1998	IL-2 iv	138	6,5	12	15 %	-	12 %
+CJSA2000	IFN-alfa	147	7,5 %	13	12 %	-	-
Yang	IL-2, højdosis iv	96	21 % **	17	flere	65 %	20 %
JCO 2003	IL-2, lavdosis iv	93	11 %	17	varige CR	65 %	15 %
	IL-2, lavdosis sc	94	10 %	17	i højdosis gruppen	65 %	10 %
McDermott	IL-2, højdosis iv	96	23,2 % **	17,5	3,1	-	20 %
JCO 2005	IL-2 sc+IFN-alfa	96	9,9	13,0	3,1	-	18 %
Negrier	IL-2 sc+IFN-alfa	122	10,9 %	15	-	-	-
ASCO 2005	IL-2 sc	125	4,1 %	15	-	-	-
	IFN-alfa	122	4,4 %	15	-	-	-
	MPA	123	2,5 %	15	-	-	-

\*\* : signifikant forskel MPA: medroxyprogesteronacetat VLB: vinblastin CR: complet respons §: data er 1-års progressionfri overlevelse

**Table 3. Randomiserede studier der belyser betydning af debulking nefrektomi.**

Forfatter	Terapi	Antal pt	RR	Median overlevelse (mdr)	1-års overlevelse	Samlet overlevelsesgevinst
Mickisch	Nx +IFN	42	19 %	17 (p=0.03)	-	10 mdr.
Lancet 2001	IFN	43	12 %	7	-	-
Flanigan	Nx +IFN	120	3,3 %	11,1 (p=0,05)	49,7 %	3 mdr.
NEJM 2001	IFN	121	3,6 %	8,1	36,8 %	-
Poolet studie	Nx +IFN	161	6,9 %	13,6 (p=0,002)	51,9 %	5,8 mdr.
J Urol 2004	IFN	163	5,7 %	7,8	37,1 %	-

Nx: nefrektomi IFN: Interferon-alfa RR: respons rate mdr: måneder

**Table 4. Studier der afprøver biologisk målrettede stoffer ved metastatisk RCC**

Studie	Design	Antal pt	RR	Median overlevelse (måneder)	Tid til PD (mdr)	1-års overl.
Yang	Bevacizumab,	39	10 %	Ingen	4,8 (p<0,001)	Ingen
NEJM	højdosis	37	0 %	forskel	3,0	forskel
2003	Bevacizumab,	40	0 %	2,5	-	-
	lavdosis					
	Placebo					
Spigel,	Bevacizumab +	63	25 %	Ikke nået	11	78 %
abstract	Erlotinib					
4540						
Motzer,	SU 11248	63	40 %	16,4	8,3	-
abstract	(2 konsekutive	106	40 %	For tidligt	For tidligt	-
4508	fase II)					
Rini,	AG-013736	52	46 %	For tidligt	For tidligt	For tidligt
abstract						
4509						
Escudier,	BAY 43-9006	Interim	Lav,	For tidligt	6	For
abstract	Best supportive	769	mange	For tidligt	(p<0.00001)	tidligt
4510	care		SD		3	

Bevacizumab, Avastin®: monoklonalt antistof mod VEGF

Erlotinib, Tarceva®: tyrosin kinase hæmmer af EGFR

SU11248, Sunitinib®: Tyrosin kinase hæmmer af PDGFR, VEGFR, c-KIT, FLT-3

AG-013736: Tyrosin kinase hæmmer af VEGFR1, VEGFR2, PDGFR

BAY 43-9006, Sorafenib®, Tyrosin kinasehæmmer af c-Raf, b-Raf, VEGFR2,

VEGFR3, PDGFR, Flt-3, c-Kit

Abstracts er fra ASCO 2005 (Supplement to J Clin Oncol, June 1, 2005. Vol 23, No 16S)

## Nye patientinformationer fra SKA er klar til brug

Af Maj Dahl-Rasmussen  
informationsmedarbejder i SKA



Morten Ladekarl  
overlæge dr.med. Århus Sygehus

SKA's landsdækkende patientinformationsgruppe har i 2005 udarbejdet en række skriftlige patientinformationer til standardbehandlinger, som alle afdelinger er velkomne til at benytte. SKA har talt med Morten Ladekarl (ML), Århus, for at høre mere om det arbejde og de tanker, der ligger bag udarbejdelsen af de skriftlige patientinformationer.

### Et supplement til den mundtlige information

Patientinformationsgruppen DK begyndte deres arbejde med de skriftlige patientinformationer med at udarbejde en "Vejledning om patientinformation" i samarbejde med kommunikationskonsulent Else Wad Bjørn fra Bispebjerg Hospital. Vejledningen har fungeret som rettesnor for udform-

ningen af de skriftlige patientinformationer.

Morten Ladekarl fortæller, at den skriftlige information næsten udelukkende er information om behandlingen - ikke om sygdommen. Oplysninger om prognose og forventet effekt af behandling, er ofte følsom information, som skal tilpasses den enkelte patients situation og ikke gør sig på skrift.

"En skriftlig patientinformation skal ses som et supplement til den mundtlige information - den kan læses igen og igen, vises til pårørende og man kan stille spørgsmål ud fra den ... Den er utrolig vigtig for, at samarbejdet mellem behandler og patient kan blive godt. Når patienterne forstår behandlingen og baggrunden for behandlingen, kan de bl.a. reagere korrekt på bivirkninger - de ved hvad der er normalt og unormalt, og de ved, hvordan de skal reagere på usædvanlige begivenheder. Det nedsætter patienternes angst og usikkerhed, og det sparer behandlingssystemet for mange unødvendige henvendelser" - pointerer Morten Ladekarl.

*Hvorfor dannede I gruppen for skriftlig patientinformation?*

ML: "Gruppen Patientinformation DK under SKA blev dannet for at råde bod på manglen på gode, gennearbejdede skriftlige patientinformationer til standardbehandlinger, og for at lette den enkelte ansvarlige overlæge og sygeplejerske for selv at skulle sidde og formulere patientinformationer på den enkelte afdeling. Og så for at udnytte den ekspertise og erfaring, som de

mennesker, der laver patientinformationer til de videnskabelige protokoller, har. Vi så det som en mulighed for at benytte de ressourcer, der findes inden for onkologien, bedst muligt."

*Hvordan har arbejdet fungeret i gruppen?*

ML: "Alle er meget entusiastiske og har forskellige holdninger til HVAD, der skal stå i en patientinformation - så vi har haft mange frugtbare diskussioner. Vi har et fremragende samarbejde i gruppen, men har svært ved at nå alt det, vi gerne vil, idet det jo er en ekstra opgave, vi har påtaget os udover det daglige arbejde.

*Hvad var det vigtigste for dig, da I lavede patientinformationerne?*

ML: "Når der er en skriftlig patientinformation af høj kvalitet, så ved jeg, at den enkelte patient kan få den grundlæggende information om behandlingen og dens bivirkninger, uanset hvor god eller dårlig, den personlige kontakt har været. Det er vigtigt for mig."

*Hvordan har I arbejdet med formuleringerne?*

ML "Jeg bruger min erfaring fra klinikken om, hvad patienterne normalt forstår og ikke forstår. Det undersøger jeg ofte ved at stille kontrolspørgsmål - og der bliver man nogle gange overrasket! Vi har i gruppen trukket på vores personlige erfaringer med at kommunikere med mange forskellige mennesker på tværs af alder, uddannelsesniveau, køn ... Vi lægger vægt på, at det, vi skriver, er forståeligt for



## Nye patientinformationer fra SKA er klar til brug

en bred målgruppe. Så egentlig er det ikke vores sundhedsfaglige viden, vi bruger mest, men mere vores erfaring med at kommunikere. Derudover skal det faglige indhold selvfølgelig være korrekt, hvilket vi sikrer ved at søge informationer hos specialister og hos det personale, som behandler patienterne til daglig. Vi bruger også de tilbagemeldinger, vi får fra patienterne til at tilrette patientinformationerne." Og Morten Ladekarl tilføjer: "At lave patientinformationer er en kontinuerlig proces – for behandlingerne udvikler sig, behandlerne udvikler sig og patienterne udvikler sig. Så der er løbende behov for at revidere patientinformationerne."

*Har I fået tilbagemeldinger fra patienterne?*

ML: "Den bedste anbefaling er, hvis vi ingen kommentarer får – så ved vi, den er god! Og vi har ikke fået ret mange tilbagemeldinger. Men det er også nogle meget gennemprøvede og velovervejede formuleringer, vi anvender."

*... så du vil anbefale at de bliver brugt?*

ML: "De skriftlige patientinformationer er et tilbud til de onkologiske afdelinger. Og har en afdeling ikke nogen skriftlig patientinformation til deres standardbehandlinger eller er informationen noget "støvet", så synes jeg bestemt, de skal bruge vores. Vi modtager i øvrigt meget gerne feedback – hvis der fx er formuleringer, I synes kan være bedre."

### Faktaboks 1

Aktuelle skriftlige patientinformationer til standardbehandlinger:

- BEP ved testikelkræft, god prognosegruppe
- BEP ved testikelkræft, intermed./højrisiko prognose
- Carboplatin og etoposid ved SCLC, udvidet sygdom
- Carboplatin og vinorelbine ved avanceret NSCLC
- Gemcitabin og cisplatin ved blærekræft
- Gemcitabin ved avanceret kræft i bugspytkirtlen
- Tarceva ved NSCLC, palliativ behandling
- Taxol og carboplatin ved avanceret kræft i æggestokkene
- Taxotere ved avanceret NSCLC
- Taxotere ved tilbagefald af brystkræft

Listen opdateres løbende, efterhånden som flere patientinformationer kommer til. Samtlige patientinformationer kan du finde på SKA's hjemmeside i word-format, således at de kan tilpasses de lokale forhold på den enkelte afdeling. Pjecerne ligger i et format, så de let kan omdannes til en folder i A5-størrelse – se instruktion på nettet under hver patientinformation. Find dem på [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org) - publikationer - patientinformation. Se også: Udformning af skriftlig information – som er en vejledning i at udforme skriftlig patientinformation. Findes på [www.skacc.org](http://www.skacc.org) - publikationer - retningslinier.

### Faktaboks 2

Medlemmer i Patientinformationsgruppen DK:

Projektsygeplejerske  
Marianne Lyngsø,  
Onkologisk Afd., Århus sygehus  
(formand)

Sygeplejerske Karen Ringsing, SKA,  
RH (sekretær)

Specialeansvarlig sygeplejerske  
Berit Bigum,  
Vejle Sygehus

Projektsygeplejerske Lone Holst,  
Roskilde Amtssygehus  
Overlæge, dr.med.  
Morten Ladekarl,  
Århus Sygehus

Afdelingssygeplejerske  
Helle Skov Lund,  
Amtssygehuset i Herlev

Projektsygeplejerske  
Kirsten Rasmussen,  
Odense Universitetshospital

### Faktaboks 3:

Kontakt:

Har du feedback eller kommentarer til de skriftlige patientinformationer, så kontakt:

Karen Ringsing, SKA  
e-mail: [kringsing@rh.dk](mailto:kringsing@rh.dk)  
Tlf.: 3545 4715

## SKA Workshop Molekylær profilering – targeteret kræftbehandling 24–25. november 2005

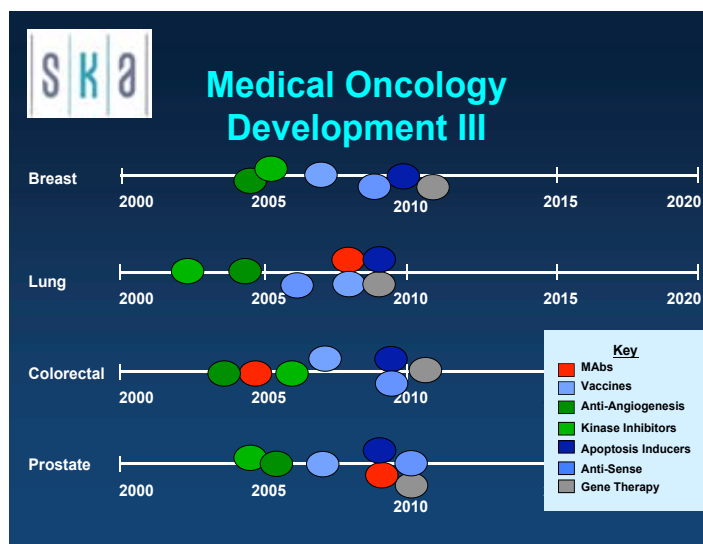
af Marianne Bjerre-Jepsen, SKA

Udviklingen inden for den medicinske onkologi har gennem de seneste år hastigt bevæget sig i en retning, hvor det står klart, at antineoplastisk behandling i højere grad bør gives på baggrund af selektion, baseret på molekulære parametre. En forudsætning herfor er valide metoder til identifikation af egnede patienter til de forskellige behandlinger.

Forekomsten af nye cytostatica og forskningen i selektionsmetodikker er en stor udfordring for danske onkologer. Værdien af at være forberedt og fagligt opdateret på disse felter er indiskutabel, og patienterne både forventer og kræver, at dette er tilfældet.

SKA har derfor fundet det værdifuldt at arrangere en workshop, hvor klinikere og basal forskere i et fagligt bredt fællesskab får mulighed for at drøfte disse emner og nærme sig eksisterende diskussioner fra andre vinkler. Det er SKA's mål, at workshoppen må fungere som et supplement til det arbejde, der pågår i de forskellige kooperative grupper og samtidig være med til at muliggøre nye samarbejdsrelationer i Danmark.

Fig. 1:



Figur 1 viser udviklingen i behandlingsmuligheder fra 2000 med fremskrivninger til 2010, mens figur 2 viser medicinal-

industriens forventninger til markedet for medikamenter til kræftbehandling frem til 2010. Begge beregninger er ganske tankevækkende.

Fig. 2:

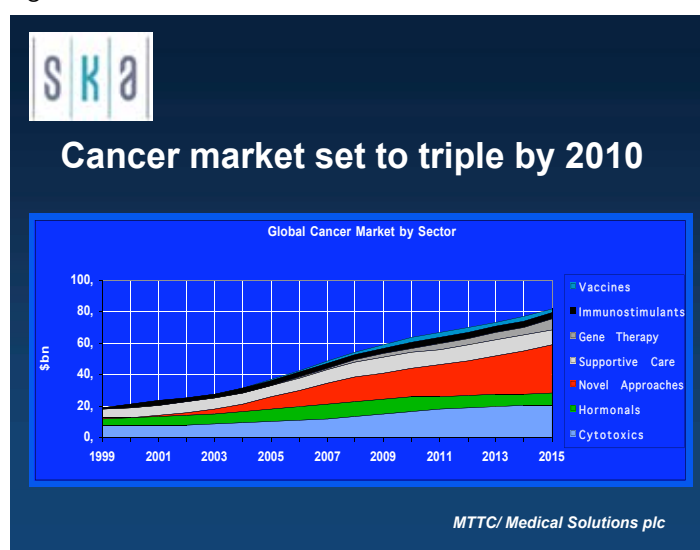


Fig. 3:

Er indført	<ul style="list-style-type: none"> <li>Imatinib (Glivec)</li> <li>Trastuzumab (Herceptin)</li> </ul>	gastrointestinale stromale tumorer (GIST) behandling til HR2-positive cancer mammae patienter
Anvendes på de eksperimentelle afdelinger	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cetuximab (Erbix)</li> <li>Erlotinib (Tarceva)</li> <li>Bevacizumab* (Avastin)</li> </ul>	avanceret colon cancer avanceret NSCLC primær hjernetumorer
* Effekt er også set ved andre solide tumorer, ligesom nye midler er på vej for bl.a. nyre cancer, hoved/hals cancer, etc.		

Figur 3 viser de stoffer, der er på vej eller allerede indført i behandlingen af solide tumorer.

Workshoppen blev indledt med foredrag om henholdsvis EGF og VEGF ved Dr. Josep Tabanero, Vall d'Hebrón University Hospital, Barcelona, Spain, som inspiration til de efterfølgende gruppediskussioner.

60 læger var indbudt til at deltage i workshoppen. Klinikere, patologer og basal forskere, yngre og ældre læger deltog, ligesom alle cancer centre var repræsenteret.

## SKA workshop

Deltagerne var på forhånd inddelt i fire sygdomsgrupper:

- bryst cancer
- hoved/hals cancer
- GI cancer
- lunge cancer

hvor en formand og viceformand ledede diskussionerne.

Workshoppen sluttede med præsentation af konklusioner fra de fire gruppers arbejde og en beslutning om et fortsat samarbejde mellem grupperne med fokus på vidensformidling og koordination, ligesom SKA påtog sig at arrangere en opfølgende workshop i efteråret 2006.

Konklusionerne af gruppepræsentationerne kan ses på SKA's hjemmeside, [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org) under punktet "Nyheder".



Mamma-gruppen diskuterer

### Bryst cancer

Ann Knoop, formand  
Anne-Vibeke Lærkholm  
Ashfaque Menom  
Boe Sandahl Sørensen  
Dorte Nielsen, viceformand  
Eva Balslev  
Jeanette Dupont Jensen  
Jens Eriksen  
Karin de Stricker  
Marianne Ewertz  
Søren Cold

Odense Universitetshospital  
Odense Universitetshospital  
Århus Universitetssygehus  
Århus Universitetssygehus  
Herlev Amtssygehus  
Herlev Amtssygehus  
Odense Universitetshospital  
Amtssygehuset i Herlev  
Odense Universitetshospital  
Aalborg Sygehus  
Odense Universitetshospital

### Hoved/hals cancer

Claus Andrup Kristensen, formand  
Eva Løbner Lund  
Jeppe Friberg  
Jesper Grau Eriksen, viceformand  
Kenneth Jensen  
Lena Specht  
Maria Elisabeth Christensen

Rigshospitalet, Finsencentret  
Kbh Universitet  
Rigshospitalet, Finsencentret  
Odense Universitetshospital  
Århus Universitetssygehus  
Rigshospitalet, Finsencentret  
Rigshospitalet, Finsencentret

### GI cancer

Anders Jakobsen  
Benny Viittrup, formand  
Ebba Nexø  
Eva Ehrenrooth  
Gitte Bettina Nyvang  
Johannes Mejer  
Julia Johansen  
Karen Lise G Spindler  
Lone Nørgaard Petersen  
Mette Yilmaz, viceformand  
Morten Ladekarl  
Nina Nicolaisen  
Per Pfeiffer  
Svend Erik Nielsen  
Ulrik Lassen

Vejle Sygehus  
Herlev Amtssygehus  
Århus Universitetssygehus  
Rigshospitalet, Finsencentret  
Århus Universitetssygehus  
Næstved Centralygehus  
Herlev Amtssygehus  
Vejle Sygehus  
Rigshospitalet, Finsencentret  
Aalborg Sygehus  
Århus Universitetssygehus  
Herlev Amtssygehus  
Odense Universitetshospital  
Hillerød sygehus  
Rigshospitalet, Finsencentret

### Lunge cancer

Alice Bjerregaard Larsen  
Barbara Marlene Fischer  
Benedicte Hasselbalch  
Birgit Guldhammer Skov  
Charlotte Elberling  
Hans Skovgaard Petersen  
Helle Pappot  
Kell Østerlind  
Mette Pøhl  
Mikkel W. Petersen, viceformand  
Minna Brændholt Olsen  
Nina Jeppesen  
Olfred Hansen, formand  
Peter Melgård  
Seppo Langer  
Niels Pallisgaard  
Karen Ege Olsen

Rigshospitalet, Finsencentret  
Odense Universitetshospital  
Rigshospitalet  
KAS Gentofte  
Finsencentret  
Rigshospitalet, Finsencentret  
Rigshospitalet, Finsencentret  
Rigshospitalet, Finsencentret  
Odense Universitetshospital  
Rigshospitalet, Finsencentret  
Kbh Universitet  
Amtssygehuset i Roskilde  
Odense Universitetshospital  
Århus Universitetssygehus  
Rigshospitalet, Finsencentret  
Odense Universitetshospital  
Odense Universitetshospital

## Fagligt Selskab af Kræftsygeplejerskers Landskursus 2005

af Maj Dahl-Rasmussen  
informationsmedarbejder i SKA

I weekenden 30. september – 2. oktober holdt Fagligt Selskab Kræftsygeplejersker deres Landskursus. Ved samme lejlighed fejrede selskabet sit 25 års jubilæum. Weekendens bød på mange tankevækkende oplæg fra et bredt felt af foredragsholdere – heriblandt tidligere patienter, to filosoffer, en arbejdsmiljøkonsulent, en læge med speciale i seksualitet og kræft, samt sygeplejersker med indsigt i træthed/fatigue, survivorship, rehabilitering og forebyggelse. Her kan du læse mere om nogle af indlæggende fra det spændende program.

### Når køkkenet flyder



Sara Bro  
journalist

Sara Bro, patient og journalist, indledte årsmødet med et åbenhjertigt indlæg om sin tid som brystkræftpatient. Man fik som tilhører et godt indtryk af det, Sara var igennem – fx den træthed hun måtte leve med, da hun fik kemoterapi. En træthed som betød, at hun

ikke kunne overskue eller planlægge ret meget, blot det at rydde op var en kæmpe udfordring. Et foto af Saras køkkenregioner, med opvask, pletter, pander, krus og diverse spredt over det hele, efterlod ingen tvivl om Saras nedsatte evne til at organisere ... Hun kom også med eksempler på, hvor let kommunikationen skrider mellem patient og de professionelle. Fx fortalte Saras kirurg hende, at operationen gik virkelig fint, og han fremhævede, at han "fik det hele ud i et, eneste stykke ...". Sara, som ingen forudsætninger havde for at vide, at det var et godt tegn, så det som en slags praleri, som når man fx har skrællet en appelsin i bare én skræl! Den rette sammenhæng gik senere op for hende ... Sara Bros oplevelse var, at det især var sygeplejersken, der ved samtalerne sørgede for, at kommunikationen lykkedes.

### Balance i krop og sind



John Engelbrecht  
filosof

Efter middagen fredag aften bød John Engelbrecht, filosof, på "Mentalt kurbad". John Engelbrecht talte for, at der skulle være balance i livet og i sindet. At vi f.eks. ikke kun skal fordybe os i det seriøse, men også huske at få humoren og det sjove med. Ordsprogene og versfødderne fæg gennem luften i et rasende tempo, alt imens John Engelbrecht skiftevis talte med oprigtighed i udtryk og stemme for minuttet efter at grimassere, danse og svaje sig gennem oplægget. Således formåede John Engelbrecht med både ord, krop og stemme at formidle sit budskab: Skab balance – gør plads til sjov, alvor, spas, oprigtighed, bevægelse, stilstand, eftertænksomhed, løsslupenhed ...

### Halvdelen af alle kræftpatienter har kvalme



Tina Hansen og Lissen Ingvarsten  
sygeplejersker

Tina Hansen og Lissen Ingvarsten, sygeplejersker, satte lørdagens program i gang med deres oplæg om



## Fagligt Selskab af Kræftsygeplejerskers Landskursus 2005

Emesis. En audit, der inddrog 141 patienter viste, at 50 % af patienterne har kvalme i forbindelse med kemo-terapi, mens 28 % har opkastninger. En gennemgang af seks afdelingers behandling af emesis til brystkræft-patienter viste, at der er variationer i behandlingen – og at ingen følger de guidelines, der foreligger fra MASCC. Tankevækkende. Nye stoffer byder i fremtiden på nye udfordringer inden for behandlingen af kvalme – ligesom brugen af akupunktur trænger sig på. De to oplægsholdere sluttede med at fremhæve kvalmeanamnesen som et meget vigtigt redskab. (MASCC = Multinational Association of Supportive Care in Cancer).

### Det er svært at tale om, men kast dig ud i det!



Pernille Jensen  
læge ph.d.

Pernille Jensen, læge ph.d., talte om kræft og seksualitet. Mange patienter – mænd og kvinder – oplever problemer med seksualiteten i forbindelse med en kræftsygdom. En hindring for behandling af seksuelle problemer er personalets egen forlegenhed ved at komme ind på emnet. Pernille Jensen pointerede, at det er læge og plejepersonale, der "sætter normen i det sociale samspil" – og hermed for, hvad der kan tales om og hvordan. De krav personalet må stille til sig selv, er, at kende til de følgevirkninger behandlingen af kræft har, at denne viden tages med i skriftligt informationsmateriale, at personalet kan give basal information og rådgivning om seksuelle følgevirkninger, og at de ved, hvor man kan henvise patienterne til. Og så er vejen frem at kaste sig ud i samtalen med patienten – forlegenheden vil aftage med øvelsen!

### Fokus på liv, ikke krop



Torben K. Jensen  
filosof, Aarhus Universitet

Hvad er "det salutogenetiske perspektiv"? Det gav filosof Torben K. Jensen et bud på. Det handler om det udgangspunkt, vi har, når vi overhovedet taler om sundhed. Når vi i sundhedssystemet taler om forebyggelse, er der noget, vi vil undgå: Det har med risici, fare og sygdom at gøre, og det knytter sig til krop. Men man kan også tale om sundhedsfremme – noget vi ønsker mere af: Livsglæde, livsmod, overskud, handlekompetence. Disse størrelser knytter sig til liv – og det er et eksempel på salutogenetisk perspektiv.

I det salutogenetiske perspektiv er interessen koncentreret om det, der virker – man undersøger ikke sygdomme og risici, men i stedet: Hvad karakteriserer de robuste? Hvilke ressourcer og handlekompetencer har de til at passe på sig selv og andre? Forebyggelse og sundhedsfremme er således to helt forskellige ting – og efter Torben K. Jensens oplæg sad man lidt og undrede sig over, hvor mange kræfter vi bruger på at få kortlagt sygdomme og risici, i forhold til hvor meget vi undersøger, hvad der ligger bag sundhed og kompetence til at handle.

Næste Landskursus er den 6-8. oktober 2006 på Munkebjerg Hotel (uden for Vejle).



## ET BEDRE LIV MED LUNGEKRÆFT – MYTER OG FACTS

### – resume af symposium i anledning af den internationale lungekræftdag



Af Charlotte E. Almasi, Bente Holm,  
Malene Fischer, Trine Juhler-Nøttrup,  
Helle Pappot

Arrangør: Initiativgruppen FOKus på  
LungeKræft (FOLK), Sammenslutningen  
af Kræftafdelinger (SKA)

17. november 2005. Rigshospitalet,  
København.

For tredje år i træk afholdtes et vel-  
besøgt symposium på Rigshospitalet i  
anledning af den internationale lunge-  
kræftdag. I år var mødets fokus mulig-  
hederne for et bedre liv med lunge-  
kræft, og arrangementet blev afholdt  
i Rigshospitalets kantine. Samme emne  
blev gennemgået af FOLK i en artikel i  
novemberudgaven af Månedsskrift for  
Praktisk Lægegerning.

Ca. 150 deltagere fra hele landet var  
mødt op, da FOLK bød velkommen  
til de første foredragsholdere: over-  
læge Erik Jakobsen og sygeplejerske

Susanne Petersen fra Thoraxkirurgisk  
Afdeling, Odense Universitetshospital.  
De orienterede om et igangværende  
projekt om postoperativ rehabilitering  
og followup for lungekræftpatienter.  
Effekten af followup på livskvalitet  
og muligheden for tidlig opsporing af  
recidiv undersøges i et randomiseret  
studie. Der er foreløbig indgået 100  
patienter i projektet.

Afdelingslæge Halla Skulladottir  
præsenterede data fra et videnska-  
beligt arbejde udført på Kræftens  
Bekæmpelse om lungekræft og kost.  
Undersøgelsen viste en sammenhæng  
mellem øget frugtindtag og nedsat  
risiko for lungekræft. Efterfølgende  
kom overlæge, professor Cai Grau,  
Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus,  
med dagens klareste budskaber: Fort-  
sat rygning blandt lungekræftpatienter  
medfører 1) dårligere behandlingsef-  
fekt, 2) ringere overlevelse og 3) øget  
risiko for ny sekundær kræft. Desuden  
blev det fremhævet at rygestop for-  
bedrer livskvaliteten.

Efter pausen præsenterede forsknings-  
leder Lis Adamsen, Universitetshospi-  
talernes Center for Sygeplejerske- og  
Omsorgsforskning, resultaterne fra fase  
I og II (115 patienter) af projektet: Krop  
og Kræft, som viste, at patienter, der er i  
kemoterapi, har gavn af motion. Cand.  
scient. Kathrine Carlsen fra Kræftens  
Bekæmpelses Afdeling for Psykosocial  
Kræftforskning fremlagde studier, hvori  
hovedbudskabet var, at patienternes  
psykiske distress kan mindskes ved at  
give dem værktøjer til at håndtere  
fysiske symptomer, som for eksempel  
åndenød. Foredragsrækken blev afslut-  
tet af læge, videnskabsjournalist Jerk  
Langer, der pointerede vigtigheden  
af ikke at overse patienternes brug af  
naturmedicin og kosttilskud, da flere  
af disse præparater har indflydelse på  
omsætningen af andre lægemidler.

FOLK afsluttede mødet og udtrykte  
håb om fortsat aktiv forskningsindsats  
inden for feltet for at opnå bedre livs-  
betingelser for lungekræftpatienter.



FOLK-gruppen

## Personnyt

### Hans E. Johnsen

Overlæge dr.med. Hans E. Johnson er udnævnt til klinisk professor i hæmatologi ved Aarhus Universitet. Professoratet er tilknyttet stillingen som overlæge ved Hæmatologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, samt Aalborg Sygehus. Hans E. Johnsen er klinisk kræftforsker med fokus på identifikation, isolering og karakteristik af kræftstamceller og anvendelse af denne viden i behandlingen af patienter med kræft og degenerative sygdomme.

### Dorte Nielsen



Overlæge Dorte Nielsen, Amtssygehuset i Herlev, har modtaget højesteretssagfører Kaj og Allis Bunch-Jensens legat på 125.000 kr. Dorte Nielsen har i en årrække været en flittig forsker inden for såvel den eksperimentelle som kliniske onkologi. Desuden har Dorte Nielsen været med til at starte den Eksperimentelle Enhed på Onkologisk Afdeling, Amtssygehuset i Herlev.

Det er fjerde gang dette legat gives til en cancerforsker – tidligere har J. Pedersen-Bjerregaard, Hans Skovgaard Poulsen og Paul G.J. Kristjansen fået legatet.

### Opdatering af Håndbog for medicinsk behandling af kræftsygdomme

Cytostatikagruppen har følgende plan for opdatering af den ny håndbog:

#### MEDIKAMINADELEN Nye præparater:

Inden de kliniske forskningsenheder tager et nyt stof i brug, indsender den pågældende KFE-enhed en instruks for det ny stof til SKA Sekretariat. Stoffet bliver herefter optaget i den netbaserede håndbog så hurtigt som muligt, og senest efter 14 dage.

#### Eksisterende lægemidler

Alle præparater tildeles en forfatter, som er ansvarlig for at informationerne er opdateret. Opdateringen sker løbende og mindst to gange om året.

Forfatteren til hvert præparat vil fremgå af hjemmesiden samt oplysning om e-mail adresse. Hvis andre onkologer finder, at der er behov for opdatering af et lægemiddel, så er proceduren, at denne onkolog retter henvendelse til forfatteren, således, at de sammen kan diskutere, om en opdatering er påkrævet.

#### ALMENE DEL

Cytostatikagruppen sikrer opdateringen af den Almene del. Andre afdelinger er til hver en tid velkomne til at komme med kommentarer/ændringsforslag til den Almene del. Gruppen mødes indtil videre to gange årligt.

Håndbogen er tilgængelig for alle på: [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org) - Medikamina-håndbog

## Vidste du at...?

### ... Tarceva bliver godkendt til behandling af pancreas cancer i USA?

Tarceva (erlotinib) vil nu komme patienter med avanceret pancreas cancer til gode som følge af, at FDA har godkendt behandlingen i USA. Tidligt i oktober indgav Roche en ansøgning til de europæiske sundhedsmyndigheder om anvendelsen af Tarceva i kombination med gemcitabine til 1. linie-behandling af patienter med avanceret pancreas cancer.

Tarceva er den første nye behandling inden for det seneste tiår, som har vist en signifikant forbedring af overlevelsen i kombination med kemoterapi. Etårs-overlevelsen var for kombination af Tarceva og Gemcitabin 24 % vs. 17 % for Gemcitabin alene.

*Pressemeddelelse fra Roche, 3. november 2005*

*Abstract #1, Supplement to Journ Clin Onc, Vol 23, No 16S, June 1, 2005.*

### ... WHO ophører med at ansætte rygere?

Verdenssundhedsorganisationen WHO er nu den største internationale arbejdsgiver, der nedlægger forbud mod at ansætte rygere som et led i organisationens kampagne mod tobaksrygning. Organisationen sendte i uge 48 et memo ud til sine medarbejdere, der understregede, at WHO er forpligtet til, at deres anti-ryge-kampagne kommer til udtryk på alle niveauer i organisationen, og dermed også ved nyansættelser. Rygeforbudet gælder ikke de eksisterende medarbejdere – eller de medarbejdere, som nu er løst tilknyttet organisationen, og som inden for de næste to år søger fast ansættelse i WHO.

*Financial Times, 3.12.2005*

### ... to af verdens mest ansete tidsskrifter, det engelske The Lancet og det amerikanske New England Journal of Medicine (NEJM) er gerådet i faglig strid om Herceptin's fortræffeligheder i behandlingen af tidlig brystkræft?

Hvor NEJM betegner Herceptin som 'revolutionerende', kalder The Lancet resultaterne for foreløbige, inkonsistente og muligvis forbundet med alvorlige bivirkninger. Også den danske formand for Kræftstyregruppen, Jens Kr. Gøtrik maner til besindighed og udtaler, at det er i alle parter interesse, at man ikke presser på før tid. Imens venter brystkræftpatienter verden over på at komme i betragtning til den kostbare behandling, som i præliminære studier har vist, at kvinder som fik Herceptin sammen med standard kemoterapi kun fik tilbagefald i halvt så mange tilfælde, som kvinder, der ikke fik stoffet.

### ... at medicinsk 'viden' fordobles hver 10. år, og at en klinisk-onkologisk læge derfor ideelt set burde læse 200 artikler og 70 editorials om måneden for at følge med?

Ironisk nok er der til gengæld meget ringe forskning i benefit og risici ved de forskellige behandlingsmuligheder. Cancer Treatment Reviews har derfor foretaget en prospektiv undersøgelse over randomiserede, kontrollerede undersøgelser og systematiske reviews fokuserende på behandling (12,128 artikler fra 105 tidsskrifter i en 6-måneders periode). Resultatet viste, overraskende nok, at rekommandationer til kræftbehandlinger kan 'nøjes' med at basere sig på 1-2 % af de publicerede data, såfremt disse er pålidelige evidens-baserede data. Altså, for at vide, hvad der virker og hvad der ikke virker inden for onkologisk behandling, behøver man blot have kendskab til 1-2 % af den eksisterende evidens på området.

*Cancer Treatment Reviews 2005 31, 319-322*

## Kurser

### 2006

#### Praktisk onkologi for ansatte i medicinalindustrien

9-12. januar 2006

For anden gang arrangerer Sammenslutningen af Kræftafdelinger (SKA) et kursus i basal og praktisk onkologi for ansatte i medicinalindustrien.

Kurset er delt op i teoridage og klinikdage. Teorien foregår på Symbion Science Park, hvor underviserne vil gennemgå kræftsygdommens biologi, epidemiologi og patologi samt de medicinske og den stråleterapeutiske behandlingsstrategi. Ydermere vil teoridagene bestå af en gennemgang af sygdomslære med fokus på 4-5 sygdomsgrupper og behandlingsmuligheder samt indeholde orientering om kliniske forsøg, etiske dilemmaer og klinisk forskning i praksis.

Klinikdagene vil foregå på de onkologiske afdelinger i Herlev, Hillerød, Roskilde og på Rigshospitalet.

#### Kursus for sekretærer ansat på onkologiske afdelinger

SKA har taget initiativ til afholdelse af et 1-dags-kursus i ny faglig viden for sekretærer. Kurset er under udarbejdelse og vil blive afholdt tidligt i foråret 2006.

#### GCP-kursus for ansatte på onkologisk afdeling Ålborg sygehus

27. marts 2006

SKA afholder i samarbejde med onkologisk afdeling i Ålborg et 1-dags-kursus i Good Clinical Practice (GCP) og kliniske undersøgelser i et praktisk onkologisk perspektiv.

SKA har allerede afholdt en række kurser i det forløbne år og har udviklet et koncept, hvor SKA er igang sætter af første kursus, hvorefter det pågældende sygehus fortsætter kurserne efter behov.

SKA håber med dette kursus at være med til at forbedre kvaliteten og sikre beskyttelsen af forsøgspersoner, der deltager i lægemiddelforsøg samt give det kliniske personale i onkologien /hæmatologien kendskab til de nødvendige retningslinjer.

Interesserede kan henvende sig til Karen Ringsing, SKA sekretariat: [kringsing@rh.dk](mailto:kringsing@rh.dk)

#### SKA Symposium Nye behandlingsmodaliteter inden for onkologien – eksisterende og eksperimentelle

Fredag den 27. januar 2006, 09.00 – 16.30

Hotel Marriott, København

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

Fakultetet er sammensat af danske og internationale eksperter, der vil fokusere på bl.a. cancer vacciner, stereotaktisk stråleterapi, kemoembolisering, Radio Frequency Ablation (RFA), regional kemoterapi, gentterapi, immunterapi, 90-y-Octreotid behandling af neuroendokrine tumorer, og Intensity Modulated Radiation Therapy (IMRT).

Deltagelse i symposiet sker via SKA's hjemmeside ([www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)), hvor det fulde program er tilgængeligt.

## Mødekalender

### Internationale møder

#### 2006

2-4. februar	5th International Breast Cancer from Gene to Cure Congress Amsterdam, Holland European Cancer Centre (ECC) <a href="http://www.eurcancen.org">www.eurcancen.org</a>		European Society for Medical Oncology (ESMO) <a href="http://www.imedex.com/calendars/gastroenterology.asp">www.imedex.com/calendars/gastroenterology.asp</a>
10-11. marts	ESMO International Symposium (EIS) on Prostate cancer Antwerpen, Belgien <a href="http://www.esmo.org/EIS/prostate2006">www.esmo.org/EIS/prostate2006</a>	8-12. juli	UICC World Cancer Congress 2006 Bridging the Gap: Transforming Knowledge into Action Washington DC <a href="http://www.worldcancercongress.org">www.worldcancercongress.org</a>
16-18. marts	4th International Symposium on Targeted Anticancer Therapies (TAT) Amsterdam, Holland  NDDO Oncology Research Foundation and European Society for Medical Oncology (ESMO) <a href="http://www.nddo.org">www.nddo.org</a>	12-15. juli	13th World Conference on Tobacco OR Health Building capacity for a tobacco-free world Washington, DC <a href="http://www.13thwctoh.org">www.13thwctoh.org</a>
24-25. marts	ESMO International Symposium (EIS) on Prostate Cancer Antwerpen, Belgien  European Society for Medical Oncology (ESMO) Congress <a href="http://www.esmo.org">www.esmo.org</a>	18-28. juli	International Summer School Oncology for Medical Students Groningen, Holland
1-5. april	American Association for Cancer Research (AACR) 97th Annual Meeting Washington, DC, United States <a href="http://www.aacr.org">www.aacr.org</a>	29. sept. – 3. okt.	World Health Organization (WHO) Collaborating Centre for Cancer Education <a href="http://www.isoms.nl">www.isoms.nl</a>  31st European Society for Medical Oncology (ESMO) Congress Istanbul, Tyrkiet <a href="http://www.esmo.org/congress2006">www.esmo.org/congress2006</a>
27-28. april	European Society for Medical Oncology (ESMO) Educational Course on Gynaecologic Oncology Moscow, Rusland <a href="http://www.eso.ru">www.eso.ru</a> , <a href="http://www.rosoncweb.ru">www.rosoncweb.ru</a>	8-12. oktober	European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO 25) Leipzig, Tyskland <a href="http://www.estro.be/estro/Index.html">www.estro.be/estro/Index.html</a>
2-6. juni	2006 American Society of Clinical Oncology (ASCO) Annual Meeting Atlanta, Georgia, United States <a href="http://www.asco.org">www.asco.org</a>	5-9. november	48th American Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ASTRO) Annual Meeting Philadelphia, Pennsylvania, United States <a href="http://www.astro.org">www.astro.org</a>
28. juni - 1. juli	8th World Congress on Gastrointestinal Cancer Barcelona, Spanien	7-10. november	18th EORTC-NCI-AACR Symposium on "Molecular Targets and Cancer Therapeutics" Prag, Tjekkiet Federation of European Cancer Societies (FECS) <a href="http://www.feecs.be">www.feecs.be</a>



## Poster og folder til pårørende

# Et liv som pårørende ...

Der findes ingen opskrift på,  
hvordan det er bedst at snakke sammen  
- man må prøve sig frem

Jeg havde brug for én, der sagde:  
"Skal jeg ikke lige tage over for dig  
- så du kan slappe lidt af?"

Man er nødt til at respektere,  
at den syge ikke altid vælger det,  
man selv synes er rigtigt

Søg hjælp  
Få nogle gode råd

SKA

Sammenslutningen af Kræftafdelinger

SKA's arbejdsgruppe, der varetager skriftlig information til kræftpatienter, har i 2005 udarbejdet en poster, der kan ses på de onkologiske afdelinger i Østdanmark, samt en medfølgende folder. Poster og folder henvender sig til pårørende og omtaler forskellige forhold af betydning for et godt samspil mellem patienten, patientens pårørende og sygehusets personale.