

## INDHOLD

- 1 Fremskridt inden for klinisk kræftforskning
- 2 Nye vurderinger af kræftlægemidler klar
- 3 Det Nationale Koordinationsudvalg for Eksperimentel Kræftbehandling (NKU)
- 4 Årsopgørelse: Second Opinion 2005
- 5 ASCO gastro-intestinal cancer symposium
  - Coloncancer
  - 8 - Rektumcancer
  - 9 - Ventrikelcancer
  - 11 - Pancreascancer
- 12 'ESO Masterclass' i onkologi
- 14 Vidste du at...?
- 16 Nyt fra Foreningen af Yngre Onkologer
- 16 Nyt fra Formanden i FSK
- 17 Ny redaktør på Fokus på Kræft og Sygepleje
- 18 Boganmeldelse
- 19 Nyt fra SKA
- 22 Mødekalender
- 24 Post-ASCO Symposium

# Fremskridt

## inden for klinisk kræftforskning

**ASCO har i en nylig rapport identificeret 11 områder, hvor der i 2005 var sket betydelige fremskridt inden for kræftforskningen:**

### Top 11 fremskridt i 2005

1. *Trastuzumab (Herceptin) halverer tilbagefaldsraten hos patienter med HER-2-positiv, tidlig-stadium brystkræft.*

To store kliniske undersøgelser har for første gang vist, at tilføjelsen af trastuzumab til standard kemoterapi halverer risikoen for tilbagefald og mindsker dødsrisikoen med 1/3 hos kvinder med tidlig-stadium brystkræft, der indholdt forhøjede mængder HER-2 protein, sammenlignet med standard kemoterapi alene. Kvinder med denne type brystkræft udgør 25-30% af alle brystkræftpatienter og har vist sig særligt vanskelige at behandle.

2. *Kemoterapi efter kirurgi forlænger overlevelsen hos lungekræftpatienter.*

En stor undersøgelse har afgjort diskussionen om effekten af adjuverende kemoterapi i tidlig-stadium ikke-småcellet lungekræft ved at vise, at adjuverende kemoterapi reducerede risikoen for tilbagefald med 40%, og gav signifikant højere 5-års overlevelse sammenlignet med kirurgi alene.

3. *Kemoterapi efter kirurgi reducerer risikoen for tilbagefald hos patienter med colorectal cancer.*

To store undersøgelser har definitivt bevist værdien af adjuverende kemoterapi indeholdende stoffet 'oxaliplatin' hos patienter med tidlig-stadium colon cancer ved at påvise en reduceret risiko for tilbagefald på 21-24%.

4. *Bevacizumab (Avastin) forlænger overlevelsen hos lungekræftpatienter.*

En stor undersøgelse har påvist at bevacizumab - en angiogenesehæmmer, der udsulter tumorerne ved at hæmme blodforsyningen - i kombination med kemoterapi kan øge overlevelsen signifikant hos patienter med avanceret lungekræft. Det er den første undersøgelse, der viser at tilføjelse af en 'targeted agent' til kemoterapien forlænger overlevelsen hos patienter med avanceret ikke-småcellet lungekræft.

5. *Bevacizumab forlænger overlevelsen hos patienter med colorectal cancer.*

En stor undersøgelse af patienter med avanceret colorectal cancer viste, at bevacizumab kombineret med kemoterapi indeholdende oxaliplatin signifikant forbedrede overlevelsen.

6. *Vacciner har vist sig effektive i forbyggelsen af HPV infektioner.*

## Fremskridt inden for klinisk kræftforskning

Tre undersøgelser har vist, at to forskellige HPV vacciner effektivt forhindrer 90-100% af alle infektioner med human papillomavirus – det virus, der forbindes med cervix cancer.

7. *En ny behandling af myelodysplastisk syndrom (MDS) reducerer forekomsten af genetiske abnormaliteter og behovet for blodtransfusioner.*

Stoffet lenalidomide (RevLimid) reducerer behovet for blodtransfusioner hos patienter med MDS – en tilstand, der kan føre til leukemi. Tre-fjerdedele af dem, der responderede havde færre marvceller med en specific genetisk abnormalitet, og mere end halvdelen viste ingen tegn på denne abnormalitet.

8. *Kemoterapi forlænger overlevelsen hos patienter med mavekræft.*

En stor undersøgelse har for første gang vist, at kemoterapi givet før kirurgi for at formindske tumorstørrelsen kan øge overlevelsen hos patienter med mavekræft.

9. *Det første effektive stof mod en særdeles resistent form for hjernetumorer, glioblastomer, er fundet.*

To studier har vist, at kemoterapi med temozolomide kan virke livsforlængende for nogle patienter med glioblastom.

10. *Nye data viser en forøget forekomst af melanomer og andre former for*

*hudkræft blandt yngre personer.*

Som et vigtigt epidemiologisk fund har flere undersøgelser vist en signifikant forøget forekomst af hudkræft blandt børn og yngre voksne i USA.

11. *Mange af dem, der overlever kræft i barndommen får senere alvorlige helbredsmæssige problemer.*

En stor undersøgelse har givet de første estimater af hyppighed og sværhedsgrad af langvarige helbredsmæssige problemer blandt voksne overlevende af kræft i barndommen.

*The Clinical Cancer Letter 2005:28(12) 5*

## Nye vurderinger af kræftlægemidler klar

Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering har offentliggjort nye medicinske teknologivurderinger (MTV) af kræftlægemidler. Formålet er at give Kræftstyregruppen og andre et bredt og dokumenteret grundlag for beslutningstagning, herunder lægemidlers anvendelse i standardbehandling i Danmark.

Vurderingen koncentrerer sig om dokumentation for lægemidlers effektivitet og sikkerhed samt patientrelaterede, sundhedsøkonomiske og organisa-

toriske konsekvenser af en eventuel anvendelse af lægemidler.

MTV'erne udarbejdes i samarbejde med Lægemiddelstyrelsen. Det er en forudsætning for MTV'erne, at der foreligger en godkendelse af lægemidlets anvendelse til den pågældende behandling (indikation) fra Lægemiddelstyrelsen i form af en markedsføringsstilladelse.

De nye vurderinger drejer sig om følgende lægemidler:

- Erbitux i kombinationsbehandling til patienter med metastaserende tyktarmskræft
- Gemzar til patienter med bugspytkirtelkræft efter radikal operation
- Tarceva til patienter med ikke-småcellet lungekræft

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside er der links til de nye medicinske teknologivurderinger:

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

# Det Nationale Koordinationsudvalg for Eksperimentel Kræftbehandling

## Det Nationale Koordinationsudvalg for eksperimentel kræftbehandling (NKU) holdt sit seneste møde 17. januar 2006.

### Følgende hovedemner blev drøftet:

- **NKU Kommissorium**

Et nyt kommissorium blev vedtaget med følgende virkninger:

Lone de Neergaard bliver formand for udvalget. Der oprettes et forretningsudvalg, der har til formål at forberede og koordinere dagsorden og mødedokumentation forud for udvalgmøderne. Forretningsudvalget består af Lone de Neergaard, Sundhedsstyrelsen, Dorte Nielsen, Amtssygehuset i Herlev og Heine Høj Hansen, Rigshospitalet.

Kommissoriet, der er analogt med fx kommissoriet for Kræftstyregruppen, ventes at ville styrke NKU's profil.

Kommissoriet træder i kraft fra næste udvalgmøde.

- **Nye lægemidler**

Udvalget drøftede de vanskeligheder, der kan opstå i overgangsfasen fra finansiering i eksperimentalordningen og finansiering i det almin-

delige amtslige system. Udvalget konkluderede, at ansvaret for hvilke behandlinger der tilbydes (og finansieres) ligger hos sygehusejerne.

- **SST notat**

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet et notat, der afgrænser termene "eksperimentel behandling", "forskningsmæssig behandling", "behandling godkendt af Lægemiddelstyrelsen" og "standard behandling".

Denne præcisering er væsentlig i relation til Second Opinion ordningen, specielt i forhold til baggrundsmaterialet i form af bekendtgørelse og ministeriets notat om ordningen.

- **Erbix behandling af colorectal cancer**

Ventetid på beh. opstår lejlighedsvis på Herlev Amtssygehus. Second Opinion Panelet oplyses løbende om kapaciteten, således at der kan tages højde for situationen.

- **Tarceva behandling af ikke-små-**

- **cellet lunge cancer**

Der er ingen kapacitetsproblemer.

- **Inoperabelt hepatocellulært karcinom**

Fase II protokol klar til start på RH og i Århus.

- **Lokalt avanceret hepatocellulært karcinom**

Kemoembolisering udføres på RH og i Århus

- **Retningslinier for udvælgelse af protokoller i NKU ordningen**

En arbejdsgruppe udarbejder forslag, mhp drøftelse på næste udvalgmøde.

- **"Liste over eksperimentel kræftbehandling i Danmark i NKU regi"**

blev gennemgået og revideret. Nyeste version ses på [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org)

- **Næste møde**

i NKU afholdes 27. april 2006 i Sundhedsstyrelsen.

## Medlemmer af det Nationale Koordinations Udvalg for Eksperimentel Kræftbehandling

**Region Nord:** Marianne Ewerts, Aalborg Sygehus, Morten Ladekar, Århus Universitetshospital

**Region Syd:** Per Pfeiffer, Odense Universitetshospital, Anders Jakobsen, Vejle Sygehus

**Region Øst:** Ulrik Lassen, Rigshospitalet, Dorte Nielsen, Herlev Amtssygehus

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

**Styrelserne:** Jens Ersbøll, Lægemiddelstyrelsen, Lone de Neergaard, Trine Vang Skjødt, Sundhedsstyrelsen

**Sekretær:** Marianne Bjerre-Jepsen, Rigshospitalet

## Årsopgørelse: Second Opinion 2005

Sundhedsstyrelsens second opinion panel har i 2005 vurderet i alt 798 sager. Disse fordeler sig på de forskellige sygehusafdelinger som følger:

- 546 fra de onkologiske landsdelsafdelinger (RH, Herlev, Odense, Århus, Ålborg)
- 58 fra Vejle onkologisk afdeling
- 121 fra decentrale onkologiske afdelinger/funktioner
- 24 fra kirurgisk gastroenterologiske afdelinger
- 14 fra medicinske afdelinger
- 15 fra thoraxkirurgiske afdelinger
- 20 fra andre afdelinger.

I alt 412 kvinder, født i årene 1917-1989, og 386 mænd, født i årene 1916-2001, har fået deres sag vurderet af panelet. Patienterne har haft følgende diagnoser:

- 246 tyktarms- og endetarmskræft
- 265 lunge- og lungehindekræft
- 78 kræft i øvre mavetarmkanal inkl. bygspytktitel, lever og galdeveje
- 38 brystkræft
- 38 gynækologiske kræftsygdomme
- 32 kræft i urinveje inkl. prostat
- 16 modermærkekræft
- 15 hjerne-kræft
- 14 hoved/halskræft
- 18 neuroendokrine tumorer
- 38 med andre og mere sjældent forekommende kræftformer

Panelets råd fordeler sig som følger:

- 380 patienter: Eksperimentel behandling i Danmark
- 33 patienter: Eksperimentel behandling i udlandet
- 2 patienter: Forskningsmæssig be-

handling i udlandet

- 114 patienter: Rådgivning om yderlig diagnostik eller behandling i Danmark
- 95 patienter: Enig i aktuell behandlingsstrategi
- 174 patienter: Ikke yderligere forslag til behandling

Antallet af sager er næsten fordoblet fra 2004 til 2005. For 47.6% af patienter har panelet givet råd om eksperimentel behandling i Danmark. Dette skal ses i forlængelse af etableringen af enhederne for eksperimentel kræftbehandling i Danmark. Det har drejet sig om behandlinger til patienter med tyktarms- og endetarmskræft, lungekræft, og kræft i galdevejene. Der er i alt behandlet ca. 370 patienter på enhederne for eksperimentel kræftbehandling, heraf ca. 260 visiteret via second opinion panelet og 110 henvist direkte fra sygehusafdelinger i henhold til beslutninger truffet i NKU.

For 33 patienter, svarende til 4%, har panelet givet råd om eksperimentel behandling i udlandet. Dette antal er således faldet fra 29% i 2004 til 4% i 2005. Det har drejet sig om patienter med meget forskellige kræftsygdomme, og der er hovedsageligt givet råd om behandling i Tyskland, Schweiz, England og Sverige.

*Resumé af Sundhedsstyrelsens årsopgørelse – hele redegørelsen kan findes på [www.sst.dk](http://www.sst.dk)*

**S | K | Ø | N Y T**

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

### REDAKTION

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

### Kontakt til redaktionen

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

### TRYK

Hertz bogtrykkergården a/s  
Tlf.: 3254 4022  
E-mail: [post@hertz.dk](mailto:post@hertz.dk)

### LAYOUT

Diemer Illustration:  
[per@diemerillustration.dk](mailto:per@diemerillustration.dk)

## ASCO gastro-intestinal cancer symposium

26-28. januar 2005, San Francisco, USA



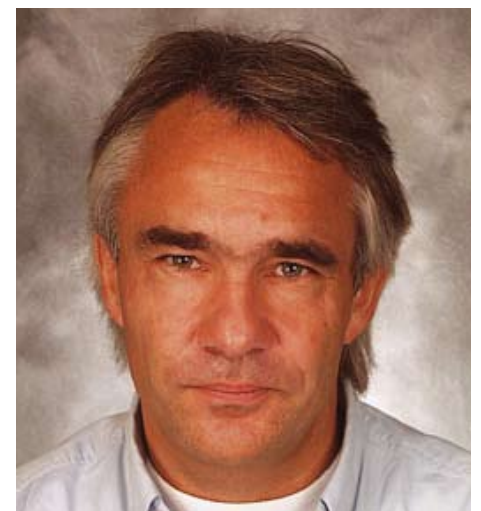
Af *Mette Yielmas, Per Pfeiffer,*  
*Ole Larsen og Benny Vittrup Jensen*

Kræft i gastrointestinal kanalen (GI-cancer) er de seneste år i tiltagende grad blevet en multidisciplinær sygdom, der kræver et stadig tættere samarbejde mellem medicinske og radioterapeutiske onkologer, kirurger, radiologer og patologer for at opnå de optimale behandlingsresultater. Dette samarbejde øger mulighederne for helbredelse, livsforlængelse eller bedre palliation. For 3. gang afholdtes den amerikansk dominerede og medicinsk onkologisk orienterede kongres arrangeret af American Society of Oncology - ASCO - en tværfaglig kongres udelukkende om GI-cancer. Deltagerantallet var vokset fra beskedne omkring 500 i 2004 til næsten 3000, og der var fremsendt 409 abstracts med hovedvægt på kolon- og rektumcancer (n=183, 44%), fulgt af pancreas-, tyndtarm-, og levergaldevejscancer (n=132, 32%) og esophagus- og ventrikelcancer (n=94, 23%). Halvdelen af abstracts var fra USA og den anden halvdel fordelte sig på 32 lande udenfor USA primært Japan, Tyskland, Italien, Korea og Canada. Hovedvægten var på den multidisciplinære behandling (67%) og resten var ligeligt fordelt på prævention, screening og diagnose (15%) og translationel forskning (17%). Der var afsat 1 dag til oesophagus- og ventrikelcancer, 1 dag til pancreas- og hepato-biliær cancer og en dag til kolon- og rektumcancer. Alle dage var opbygget efter den

samme skabelon: først fokus på epidemiologi, diagnose og udredning og herefter udvalgte foredrag som kunne være oversigtsforedrag eller udvalgte abstracts. Frokosten blev indtaget stående mens man gik omkring og så på posters. Eftermiddagene startede med foredrag med fokus på multidisciplinær behandling og alle 3 dage blev afsluttet med en pro- og kontra session. I disse sessioner diskuterede man ved ventrikelcancer værdien af præoperativ kemoterapi eller postoperativ radio-kemoterapi, i pancreas cancer sessionen værdien af strålebehandling og ved rektumcancer optimal behandling af en patient med primær resektabel rektumcancer og synkron levermetastaser. Opbygningen af kongressen var uden parallelle sessioner, så man havde mulighed for at deltage i alle sessioner.

Der er fortsat nogen tvivl om hvilken funktion og status denne GI-specifikke kongres har og vil få. Der er store forventninger til at man her vil præsentere de store nyheder og gennembrud indenfor GI-cancer således at man måske helt kan undlade at tage til "den store" ASCO. Der var da også i år flere danske onkologer end nogensinde på kongressen. Der var ligeledes en pæn repræsentation af de toneangivende europæiske onkologer, der benyttede anledningen til at mødes og udveksle information. Overordnet set var der enighed om at kongressen har karakter af en uddannelseskongres mere end en resultatpræsenterende kongres. Der blev ikke præsenteret

store nyheder, men flere studier der bekræftede allerede kendte effektive behandlinger ligesom det blev slået fast at behandling af GI-cancer i større og større grad domineres af targetteret behandling. Der var mange strålende indlæg af mere uddannelsesmæssig karakter om hvordan man i den multidisciplinære ånd i et stadig mere udvidet samarbejde takler GI-sygdommene, men på nyhedssiden var kongressen skuffende. Nedenfor gennemgås status ved behandlingen af coloncancer, rektumcancer, pancreascancer og ventrikelcancer, som der i Danmark er hhv. ca. 2400, 1200, 700 og 500 tilfælde af årligt.



### Coloncancer

Af *Ole Larsen, overlæge, Roskilde* og *Benny Vittrup, overlæge, Herlev*

Det er fortsat indenfor kolorektalcancer, at de største fremskridt indenfor

GI-cancer er sket. Omkring årtusindskiftet var cancerkongresserne indenfor GI-cancer domineret af små men dog signifikante forbedringer af behandlingsresultaterne med Irinotecan, Capecitabine og Oxaliplatin. Disse stoffer blev godkendt i USA i henholdsvis 96, 98 og 2002. På ASCO kongressen i 2003 kom det store gennembrud med præsentation af overbevisende data på, at der kunne opnås yderligere effekt ved at kombinere kemoterapi og antistofterapi med bevacizumab og cetuximab. Herefter har det været disse perspektiver, der har prægede foredragene. Bevacizumab (Avastin®) er et humaniseret monoklonalt antistof rettet mod den vaskulære endotheliale vækstfaktor (VEGF) receptor, og cetuximab (Erbix®) er et monoklonalt antistof, der hæmmer den epidermale vækstfaktor receptor (EGFR eller HER1). De præsenterede studier er alle publicerede, og de to antistoffer blev godkendt til behandling af patienter med metastaserende colorectal cancer (MCRC) i USA i 2004 og i EU i januar 2005

### Behandling af metastatisk colorectal cancer (MCRC)

Hovedforedraget om behandling af metastatisk CRC blev holdt af A. Grothey fra Mayo klinikken i USA. Efter 3 slides med kemoterapi, der demonstrerede konceptet om tilfaldende gevinst ved anvendelse af alle 3 kendte aktive kemoterapeutika som 5-FU (LV), Irinotecan og Oxaliplatin baseret på data fra 11 fase 3 undersøgelser med næsten 6000 patienter, handlede resten af foredraget om, hvordan man bedst integrerer kemoterapi med biologisk terapi.

På ASCO-kongressen i 2003 blev der præsenteret data, der viste, at man ved 1. linie behandling af patienter med MCRC med bevacizumab og kemoterapi med 5-FU/LV og Irinotecan enten alene eller i kombination (IFL-regimet) kunne øge den mediane overlevelse med 4-5 måneder. På ASCO-GI kongressen i 2005 blev der præsenteret data, der viste, at 2. linie behandling af patienter der er progredierede på Irinotecan med tillæg af bevacizumab til 5-FU og Oxaliplatin (FOLFOX) kunne øge den mediane overlevelse med to måneder. Skønt GI-onkologerne i Danmark allerede efter den første præsentation af de positive resultater med monoklonale antistoffer i 2003 indstillede til kræftstyregruppen i Danmark at man ved 1. liniebehandlingen af patienter med MCRC burde behandle med en kombination af irinotecanholdig kemoterapi og bevacizumab er dette først lige nu i starten af marts 2006 blevet godkendt!!

I USA har kombinationsterapi med bevacizumab og kombinationskemoterapi gennem et par år været standard som 1. linie behandling til patienter med MCRC. Det hyppigst valgte regime er ifølge Saltz bevacizumab og FOLFOX. Hvorvidt denne behandling er bedre end bevacizumab og Capecitabine (Xeloda®) og Oxaliplatin (XELOX) er ikke afklaret, men studier omkring denne kombination er foretaget med lyn fart i Europa. Man kunne få formodning om et positivt resultat, da data allerede vil blive præsenteret på den europæiske cancerkongres (ESMO) til efteråret og ikke som vanligt afvente ASCO-kongressen i 2007. En-

delig er kombinationen af bevacizumab og 5-FU/LV og Irinotecan (FOLFIRI) en mulighed. Om man bør forsætte med bevacizumab alene efter ophør med kemoterapi er et af de mange spørgsmål, man mangler at afklare.

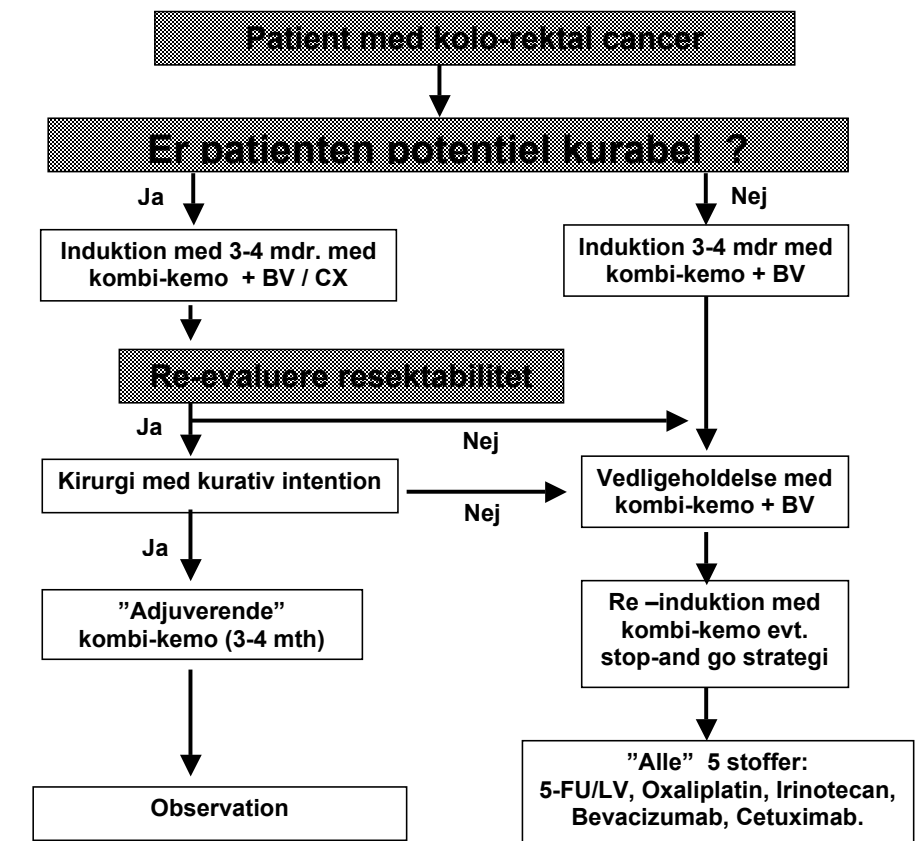
Den epidermale vækstfaktor receptor (EGFR) er til stede i omkring 80 % af tilfældene af MCRC. På ASCO-kongressen i 2003 blev der fremlagt data, der viste, at man ved 2. og 3. linie behandling af patienter med Irinotecan refraktær MCRC kunne opnå tumorsvind hos 23% ved at kombinere Irinotecan med cetuximab og en tid til progression på 4,1 måned. Dette såkaldte BOND-studie, der er opkaldt efter de sidste cifre (007) i studienavnet, danner basis for, at man i Danmark gennem Sundhedsstyrelsens Ekspertpanel kan tilbyde 3. linie behandling til patienter, der er progredieret på behandling med 5FU, Oxaliplatin og Irinotecan i de eksperimentelle afsnit på de onkologisk afdelinger, der er oprettet for at varetage ny kræftbehandling i Danmark. Et efterfølgende såkaldt BOND2-studie viser, at effekten måske yderligere kan øges ved at give bevacizumab og cetuximab samtidigt med Irinotecan (Saltz), og at det tolereres godt. Hvorvidt man bør tilbyde cetuximab sammen med bevacizumab og FOLFOX som 1. linie behandling, eller lade cetuximab indgå i 2. linie behandling med Irinotecan er et yderligere spørgsmål, der mangler afklaring.

Et af indlæggene på kongressen handlede udelukkende om kemoterapi – mere kemoterapi. Italieneren Falcone præsenterede resultaterne fra et fase 3 forsøg, der randomiserede

mellem at give en tre-stofskombination med både 5-FU/LV, Oxaliplatin og Irinotecan (FOLFOXIRI) og en to-stofskombination FOLFIRI som 1. linie behandling. Tre-stofs-kombinationen havde en acceptabel bivirkningsprofil med lidt flere grad 3-4 neutropenier og grad 2-3 perifer neurotoksitet, men samme grad 3-4 diarre. Median overlevelsen var næsten 6 måneder bedre ved 3-stofskombinationen ( $p=0.03$ ). Den var imidlertid ikke bedre end den man sædvanligvis ser ved studier med FOLFIRI efterfulgt af FOLFOX, og data blev derfor karakteriseret som præ-mature. De bør bekræftes.

Goldberg præsenterede poolede data fra næsten 4000 patienter fra flere forsøg, hvor man sammenlignede effekt og bivirkninger efter FOLFOX behandling hos patienter over og under 70 år. Der fandtes ingen forskel i hverken bivirkninger eller effekt, og studiet slog atter fast at ældre i god almen tilstand skal tilbydes samme kombinationsbehandling som yngre. En svaghed ved studiet var dog, at der kun var ganske få over 75 år. Men konklusionen var den samme, som han tidligere har fremsat: Overvejer man behandling med monoterapi med 5-FU, bør man overveje slet ikke at behandle.

En kedelig bivirkning ved Oxaliplatin er perifer neuropati, som for det meste er reversibel inden for et år efter ophør, men hvor dog ca 1% har persisterende grad 3 bivirkninger 5 år efter behandling. Professor Cassidy fra England præsenterede et studie med et nyt stof, Xaliproden, som der på forhånd havde været høje forventninger til. Stoffet be-



#### Algoritme til behandling af patienter med kolo-rectalcancer foreslået af professor A.Grothey (USA):

Som 1.liniebehandling altid kombinationskemoterapi og altid sammen med biologisk terapi enten bevacizumab eller cetuximab. Stort set ikke indikation for monoterapi. Gruppen af patienter der aldrig bliver resektable bør eksponeres for "alle" 5 stoffer.

Forkortelser: 5-FU: 5-fluoraci, LV: Leucovorin, BV: Bevacizumab, CX: Cetuximab  
Kombi-kemo: 5-FU/LV/ Xeloda + Irinotecan eller Oxaliplatin (FLOX, FOLFOX, XELOX, FLIRI, FOLFIRI, XELIRI)

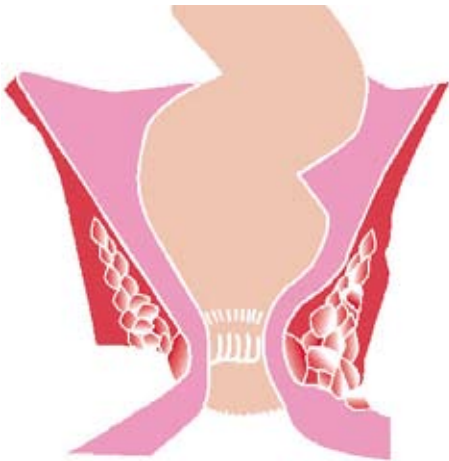
virkede dog kun en yderst begrænset reduktion af neurotoxiciteten, og man var ikke i stand til at give flere serier med Oxaliplatin til den gruppe, der fik Xaliproden. Et negativt studie.

#### Adjuverende behandling af coloncancer

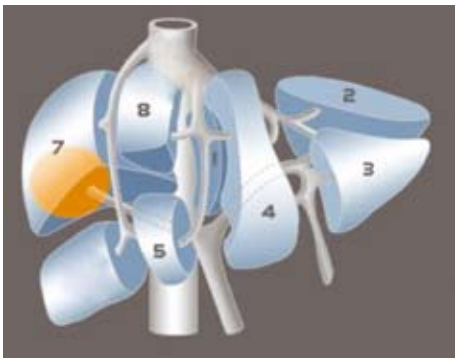
Efter at der på ASCO i 2003 blev præ-

senterede data (MOSAIC-studiet), der viste at kombinationskemoterapi i FOLFOX-regimet hos patienter med lymfeknudepositiv coloncancer kunne øge den recidiv frie overlevelse signifikant med 9%, er der nu igangsat adjuverende studier hvor FOLFOX kombineres med bevacizumab og cetuximab. Man venter spændt og optimistisk på resultater for sygdomsfri overlevelse fra

disse undersøgelser, der forventes at komme i 2007.



Resektabel T3N0 rektal cancer 8 cm fra den anocutane overgang med en circumferentiell margen på over 2 mm ved MR scanning.



Resektabel 6 cm stor levermetastase.



## Rektumcancer

Af Benny Vittrup, overlæge, Herlev

Sessionerne og abstracts om behandling af rektumcancer var vidtgående præget af de samme forhold som ved coloncancer, og tendensen er at man mere og mere opfatter en rektumcancer som en coloncancer, også før den er metastaseret. Det er fortsat det store antal patienter der får systemisk recidiv (30-50%), som man har rettet fokus mod. Der var endvidere stor fokus mod den præ-terapeutiske diagnostik, som vejleder for det præ-operative behandlingsvalg. Det generelle i de studier der udføres nu er en tendens i retning af mere og mere forbehandling før stråleterapi, langvarig stråleterapi kombineret med kombinationsbehandling, efterbehandling i pausen efter stråleterapi og mere og mere efterbehandling efter kirurgi. De medicinske onkologiske behandlinger før, under og efter stråleterapi, der undersøges nu, er, som ved MCRC kombinationskemoterapi og biologisk terapi, specielt med bevacizumab og cetuximab samt tyrosin kinasehæmmere. Stråle-

terapi og kirurgi, der tidligere var helt centrale, får i disse studier en mere og mere decentral rolle. Da 'pathologic complete remission' (pCR) har vist sig at være nært korreleret til overlevelse, er tendensen, at man sigter mod at flere og flere af patienterne med rektumcancer opnår CR før kirurgisk fjernelse af den rektum tumor sad i. Gevinsten ved at fjerne rektum ved en rektumcancer i CR er endnu ikke afklaret. En lang række studier er i færd med at undersøge effekten af forbehandlingen efter de samme principper som ved behandling af MCRC. Man integrerer kombinationskemoterapi (5-FU-(LV) + Irinotecan eller Oxaliplatin) med bevacizumab eller cetuximab eller begge i 3- 6 måneder, giver samme regime i lavere dosis under lang stråleterapi (oftest 45 Gy) efterfulgt af samme behandling i 3-6 måneder efter stråleterapi. Først herefter kommer kirurgen på banen. Alle er enige om, at den vigtigste behandling ved rektumcancer er præ-operativ. Hvilken plads den post-operative behandling har, er uafklaret og resultatet af EORTC og FFCD studiet afventes fortsat. Modsat nogle steder i Europa anvender man i USA ikke kortvarig bestråling med 5 Gy x 5, og man afventer fortsat undersøgelser af, hvilken plads denne behandling skal have. Tendensen går dog mod at forlade den på grund af tvivlsom effekt og stor toksicitet. Nogle af de centrale spørgsmål retter sig mod nødvendigheden af at identificere lymfeknuds-metastaser i mesorektum præoperativt, mod regimer der kan øge den patologiske komplette respons rate, og om denne er et surrogat endepunkt for overlevelse. Det ideelle præ-operative regime er ikke fundet og står i



en afvejning mellem pCR og toksisitet. Har pCR ændret kirurgirolle? Er det overhovedet nødvendig med god TME-kirurgi at give stråleterapi til T3N0 rektumcancer? Hvorledes skal de høje rektumcancer, der er lokaliserede 10 cm oppe, behandles?

Det var formentlig de mange uafklarede spørgsmål der gjorde at man i den store session om rektumcancer havde valgt at fokusere på to delvist fokale delvist disseminerede 'cases': En patient med en resektabel T3N0 rektumcancer 8 cm oppe med over 2 mm fra den circumferentielle margen (CRM) med en synkron 6 cm stor levermetastase. I den spændende debat der fulgte om den optimale behandling var et af budskaberne vigtigheden af en multidisciplinær behandling, der integrerer kirurger og medicinsk- og radioterapeutisk ekspertise. Et andet budskab var fokus mod en kurativ situation med maximale anstrengelser for at downstage og operere og radiofrekvens behandle resterende sygdom. Følgende behandlingsmuligheder blev fremført: 1) resektion af rektumcanceren, efterfulgt af kemoterapi og så leverresektion; 2) samtidig resektion af rektumcanceren og levermetastasen efterfulgt af kombinationskemoterapi; 3) kombinationskemoterapi fulgt af samtidig resektion af rektumcanceren og levermetastasen; 4) resektion af rektumcanceren, kemoterapi, resektion af levermetastasen og så yderligere kemoterapi. Denne case blev efterfulgt af en case med en midt-rektal cancer T3N0 med en CRM > 2 mm med bi-lobære multiple levermetastaser. Her anbefalede man at resecere rektumcanceren og så give systemisk

terapi med kombinationskemoterapi og biologisk terapi med bevacizumab (Avastin®).

Om behandling af colorektalcancer kan man samlet siges, at vi frem til 2003 havde tre veletablerede kemoterapeutika: 5 FU (+ LV), Irinotecan og Oxaliplatin. Herefter fik vi de to anti-stoffer bevacizumab og cetuximab, og mange nye biologiske stoffer er på vej. Vi forventer at den optimisme og behandlingssucces, der har præget behandlingen af CRC de seneste år vil forsætte i de kommende år.



## Ventrikelcancer

Af Per Pfeiffer, overlæge, Ph.d., Odense

Wilkinson (USA) fortalte om forskellen mellem tumorer lokaliseret distalt og proximalt i ventriklen (over 6000 patienter i database). Specielt for proximale cancerer er alkohol, tobak og Barrett's esophagus risikofaktorer for udvikling af malign sygdom, mens H. Pylori er tættere korreleret til distale tumorer.

Præoperativ strålebehandling og/eller kemoterapi blev næsten udelukkende anvendt til proximale tumorer.

Kiesslich (Tyskland) gennemgik en ny diagnostisk metode (endomikroskopi - skopi med visualisering på celleniveau). Endomikroskopi giver mulighed for "histologisk" vurdering, f.eks. diagnose af Barrett's esophagus (metaplastisk tarmepitel i distale oesophagus). Endomikroskopi muliggør selektive biopsier fra suspekterede områder og kan i nær fremtid give mulighed for "molekylær imaging" in vivo.

I mange studier er vist at asiatiske patienter har en bedre prognose end andre, også stadie for stadie. Sano (Japan) gennemgik forskellen på japanske og amerikanske patienter. Sidstnævnte var ældre, ofte overvægtige, i dårlig form med flere følgesygdomme og med distale tumorer. Derimod fandtes ingen biologisk forskel i tumorerne. I Japan anvendes rutinemæssigt D2 (eller D3) operation med flere fjernede lymfeknuder, men det er ikke vist i vestlige undersøgelser, at dette bedrer patienternes overlevelse efter kirurgi. Der er stor forskel på den supplerende onkologiske behandling. I USA anvendes ofte postoperativ radio-kemoterapi, i Europa er præoperativ behandling et alternativ og i Japan ofte postoperativ per oral kemoterapi. Flere studier viser høj responsrate ved præoperativ behandling og at operativ mortalitet og morbiditet ikke øges. I den nyeste japanske undersøgelse (JCOG 0501) randomiseres patienterne til kirurgi (D2 resektion) eller neoadjuverende kemoterapi (den perorale 5-FU formulering S1 + cisplatin) før

kirurgi. Endepunkt er overlevelsen.

Al-Refaie(USA) gennemgik de etniske forskelle i en stor national cancer database (NCDB, USA), hvor der i perioden fra 1995-2002 blev registreret over 80.000 patienter med ventrikelcancer. I en multivariat analyse havde asiater, patienter der modtog multidisciplinær behandling og patienter med distale tumorer en bedre prognose. Patienter der blev behandlet på mindre sygehuse havde en dårligere prognose. Stadiet for stadiet (især stadiet I og II) havde asiater den bedste prognose.

Brücher (Tyskland) havde undersøgt respons målt med 18-FDG-PET og fandt at metabolisk respons var signifikant korreleret til behandlingseffekt og prognose.

Vanhoefer (Tyskland) gennemgik pallierende kemoterapi. Ventrikelcancer er en relativ kemofølsom sygdom og 30-40% af patienterne opnår tumorsvind. Mange randomiserede undersøgelser viser enstemmigt at kemoterapi forlænger den mediane overlevelse fra 3 til 6-9 måneder, og desuden forlænges 1-års overlevelsen fra 10% til 30%.

I USA er cisplatin + kontinuerlig 5-FU i 5 dage standardbehandling. De første data fra en stor asiatisk fase III undersøgelse (Kang, Korea) viste at cisplatin + capecitabin er lige så effektivt med sammenlignelige bivirkninger.

Flere studier har vist at den bedste gevinst opnås ved at kombinere 2 eller 3 stoffer og aktuelt er ECF (epirubicin, cisplatin og kontinuerlig infusion af 5-FU) måske det mest effektive regime

og anses af mange specielt i Europa for at være standardbehandling. Hvis cisplatin erstattes med oxaliplatin og kontinuerlig 5-FU infusion med per oral behandling (f.eks. capecitabine) kan denne behandling gives ambulant som i den netop færdiggjorte danske EXE-protokol. Der er klar tendens til at oxaliplatin afløser cisplatin og at taxotere afløser epirubicin. I Danmark planlægges en fase I undersøgelse for at finde den optimale kombination af taxotere, capecitabine og oxaliplatin (TEX-protokol).

Andre effektive regimer er FOLFIRI-lignende regimer. Der er enkelte fase II studier med kemoterapi og targeteret behandling med f.eks. Avastin og Erbitux, men selvom der er store forhåbninger til disse kombinationer er der endnu ikke tilstrækkelige data til at man kan anbefale denne behandling.

I de mange postere var den røde tråd forskellige kombinationer med docetaxel, oxaliplatin og irinotecan. Flere og flere giver præoperativ behandling og selv når radiokemoterapi suppleres ikke kun med 5-FU men ofte kombineret med de nye stoffer og endda targeteret behandling.

Wagner (Tyskland) præsenterede en ny metaanalyse for effekt af pallierende kemoterapi og konkluderede, at patienter der fik behandling med 3-stofs kemoterapi (f.eks. ECF) havde en bedre prognose.

Det er (endnu) ikke påvist at 2. eller 3. linie kemoterapi forlænger overlevelsen hos disse patienter, hvorfor man fortsat anbefaler at 2. linie behandling

gives i kontrollerede undersøgelser.

I pro- og kontra sessionen talte Cunningham (UK) for præoperativ kemoterapi, primært med udgangspunkt i MAGIC-studiet, hvor 3 serier neoadjuvant ECF blev givet uden væsentlig øgning i de kirurgiske komplikationer. ECF giver tumorsvind og forlænger overlevelsen (5-års overlevelse øges fra 23 til 36%).

I USA anvendes rutinemæssigt postoperativ radio-kemoterapi (45 Gy + 5-FU) som i McDonald studiet. I dette studie forlængede postoperativ radio-kemoterapi 5-års overlevelsen fra 26% til 40%. Selve diskussionen mellem de 2 debattører var dog noget anspændt og havde slet ikke samme underholdningsværdi som den følgende dags debat om pancreascancer.

I MAGIC-B studiet planlægges inklusion af 1100 patienter over 3 år, og studiet åbner i første del af 2006. Patienterne randomiseres til 3 serier ECX (+/- bevacizumab), herefter kirurgi og 3 ECX (+/-bevacizumab).

Debatørerne konkluderede, at begge strategier kan anvendes som standardbehandling og at man bør vælge strategi efter lokale forhold og patientpræference.



Pancreascancer

## Pancreascancer

Af Mette Yielmas, overlæge, Ålborg

Der er ca. 700 tilfælde med pancreascancer i Danmark pr år. Generelt er prognosen meget dårlig med en 5 års overlevelse på 5 %. På diagnosetidspunktet kan kun 10 -15 % recesseres, den resterende del af patienterne har lokal avanceret eller metastatisk sygdom. Trods radikal resektion er kun 10 - 20 % af patienterne i live efter 5 år. Der har derfor været stor interesse for at give neo/adjuverende behandling til denne patientgruppe.

Dette var emnet for pro/kontrasektionen. Her talte Neoptolemos (England) for adjuverende kemoterapi og præsenterede data fra ESPAC-1 studiet, hvor der er forbedret overlevelse for patienter behandlet med adjuverende kemoterapi versus kontrolgruppen (median overlevelse 21 vs 14.8 md  $p < 0.001$ ), hvorimod kemoradioterapi ikke gav en overlevelsesgevinst. Data understøttes af en meta-analyse, der blev publiceret sidste år (Stocken, Br J Cancer 2005), og data præsenteret af Neuhaus på ASCO 2005, hvor man fandt, at den sygdomsfrie overlevelse (DFS) næsten blev fordoblet efter 6 måneders adjuverende gemcitabine.

I USA er der tradition for at behandle med kemoradioterapi. Denne strategi blev forsvaret af Willett (USA). Argumenterne for at anvende en lokoregional strategi var, at mange studier har vist, at indvækst i resektionsrand er en uafhængig prognostisk faktor og det faktum, at 50-80% af de radikalt opererede patienter får lokale recidiver.

Neoptolemos (UK) fremførte med vanlig engelsk humor, at den amerikanske rutinebehandling må udspringe af økonomiske interesser, dersom der ikke findes videnskabelig evidens. Denne betragtning blev taget meget ilde op af Willett (USA).

DPCG (Dansk Pancreas Cancer Gruppe) kan ud fra ovennævnte data anbefale adjuverende gemcitabine og har anmodet kræftstyregruppen om at tage stilling til, om denne behandling bør tilbydes radikalt opererede patienter. Sagen er endnu ikke færdigbehandlet.

Mindst 1/3 af patienterne har lokal avanceret pancreascancer, hvor operation primært ikke er muligt, oftest pga. indvækst i karstruktur. Flere af de præsenterede posters dokumenterede, at en mindre del af patienterne bliver operable, når de behandles med en kombination af stråle/kemoterapi og evt. biologiske stoffer. Spørgsmålet er, om disse patienter bliver langtidsoverlevende. Hoffman (USA) præsenterede NCCN opdeling af tumorer i borderline resektable og lokalt avancerede ikke resektable, hvor der fortrinsvis skelnes mellem graden af indvækst i karstrukturer. En sådan differencering stiller store krav til den diagnostiske udredning, der som et minimum skal omfatte EUS. Måske kan en sådan opdeling være med til at afgrænse den subgruppe, der vil have gavn af præoperativ radiokemoterapi. Brown (USA) viste på en poster, at det er muligt at øge stråledosis op til 64 Gy med IMRT (Intensiv Modulated Radiation Therapy) med en acceptabel stråledosis i naboorganer. Dette kunne

være en af vejene, hvorved patienterne kunne gøres operable.

Kindler (USA) gennemgik palliativ behandling af patienter med avanceret pancreascancer.

Standardbehandlingen har hidtil været gemcitabine 1000 mg/m<sup>2</sup>. Gennem det sidste år er der kommet 2 studier, der har vist en marginal overlevelsesgevinst ved kombinationsbehandling. Dels viste Moore på ASCO 2005 en fase III undersøgelse, hvor 569 patienter blev randomiseret mellem gemcitabine + Erlotinib versus gemcitabine + placebo. Her fandtes der en signifikant overlevelsesgevinst på 6.37 måneder versus 5.91 måneder og en 1 års overlevelse på 24 % versus 17 %. Desuden præsenterede Cunningham data fra GEM-CAP studiet på ECCO 2005. Her blev der inkluderet 533 patienter, der blev randomiseret mellem gemcitabine versus gemcitabine + capecitabine. Her fandtes ligeledes en forlænget OS på 6 måneder versus 7.4 måneder og en 1 års overlevelse på 19 % versus 26 %. Det er lidt overraskende at GEM-CAP viste en overlevelsesgevinst, idet 3 foregående studier ikke havde vist nogen effekt. Dog viste et studie effekt ved patienter i god performance (Hermann, ASCO 2005). Ligeledes fandt Heinemann, der præsenterede pooled data fra 2 randomiserede studier, et tysk og et europæisk (GERCOR/GISCAD), at patienter med god performance havde gavn af kombinationsbehandling, idet gemcitabine og et platin-derivat hos en subgruppe gav en forbedret PFS HR= 1.54 (95% CL, 1.11 – 2.20,  $p=0.03$  og OS HR=1.23 (95% CL, 1.02 – 1.49,  $p=0.031$ ).

## ASCO gastro-intestinal cancer symposium

Kindler konkluderede, at standardbehandlingen fortsat kan være gemcitabine som singlestof, men at man kan overveje at give kombinationsbehandling, medens vi venter på data fra flere store randomiserede undersøgelser, hvor gemcitabine kombineres med antistoffer.

*"Suddenly, the options for treating patients with metastatic colorectal cancer have outstripped the evidence from clinical trials used as a basis for the choice of regimen(s) to recommend to a particular patient."*

*Prof. R. Goldberg, Ohio, USA*

## 'ESO Masterclass' i onkologi



Af Zaza Ujmajuridze, reservelæge, onkologisk afdeling, Rigshospitalet

European School of Oncology har afholdt sin 5. 'masterclass' på Malta den 11.-17. februar 2006. Skolen har eksisteret siden 1982, men den nuværende undervisningsform har kun været anvendt i de seneste 5 år. Skolens motto er: 'Learning to care' og der konkurreres hvert år om et antal fripladser

på kurset. I år var der 60 deltagere fra forskellige lande i Europa – Tyskland, Schweiz, Italien, Belgium, Grækenland, Spanien, Portugal og fra østeuropa var der deltagere fra Rumænien og Rusland. Deltagerne var blevet udvalgt blandt en lang række af ansøgere. Den gennemsnitlige erfaring i onkologi var 3-4 år.

Kurset fandt sted på den smukke ø Malta, der er mættet af historiske minder fra dens glørværdige fortid, specielt fra midten af det 16. årh., hvor Stormestrene fra Malta heroisk beskyttede Europa mod invasion fra øst.

Mesterklassen forløb over 5 dage med intensive kurser, der hver dag havde et hovedtema efterfulgt af case præsentationer af deltagerne, der var inddelt i grupper. Dagen endte med en afsluttende aperitif sammen med dagens ordstyrer, hvilket gav mulighed for mere uformelle diskussioner i mindre grupper.

Hovedtemaerne var brystkræft, gynækologisk kræft, hoved/halskræft, lungekræft, kolorektal kræft samt 'supportive care', 'palliative care', GIST, og et kort overblik over hæmatologiske sygdomme. Behandlingsmodaliteterne blev præsenteret fra en multidisciplinær synsvinkel og byggede på de nyeste evidens-baserede data. Vi blev udsat for et enormt antal diagrammer og en overvældende mængde af information.

Dr. Goldhirsch (Schweiz) fokuserede, med udgangspunkt i det seneste St. Gallen møde i 2005, på adjuverende systemiske behandlinger for brystkræft.

Den store mængde information fra de fem undersøgelser tydede på signifikant effekt af anvendelsen af det humaniseret monoclonale antistof, trastuzumab, til adjuverende behandling af kvinder med overekspression af HER2/neu. At tilføje dette stof til de øvrige tilgængelige adjuverende

behandlinger er et medicinsk og ikke mindst sundhedspolitisk spørgsmål.

Dr. Bernier (Belgien) talte om postoperativ radioterapi i brystkræft. Det var især interessant at høre om IMRT, som skåner de øvrige brystorganer for bestråling, og om udsigterne for kvadrant-begrænset radioterapi og partiel brystbestråling – alle temaer, som er under intensiv udforskning.

Dr. Reed (UK) talte om livmoderhalskræft og berørte de nyligt fremkomne data om den rolle anæmi og hypoxia spiller for promovning af tumormetastaser og for 'resistance' overfor både kemo- og radioterapi. En GOG undersøgelse fra USA har vist, at cisplatin og topotecan fører til forøget overlevelse. Andre undersøgte stoffer inkluderer vinorelbine, gemcitabin og combrestatin. I Holland anses anvendelsen af hyperthermi sammen med bestråling for at være lovende og data er på vej fra kliniske undersøgelser, der viser forøget overlevelse med denne tilgang.

Dr. Vermorken (Belgien) diskuterede anvendelsen af intraperitoneal kemoterapi for optimalt 'debulkede' patienter med ovariecancer. Han berørte ligeledes nye målrettede terapier uden for cancercellerne, såsom direkte angiogenesehæmmere, vasculære toksiner og matrix metalloproteinase hæmmere.

Dr. Lefebvre (Frankrig) holdt en glimrende præsentation om de mange muligheder inden for hoved/halskirurgien. Dr. Bernier (Belgien) talte om den rolle hypoxi spiller i behandlingen af disse hoved/halssygdomme. Det

var interessant at høre om 'the Bragg Peak', som er en protonterapi, der viser en favourable ratio mellem plateau og peak dosering. Dr. Vermorken talte om EGFR expression i humane tumorer, specielt hoved/halssygdomme med 88-100% expression. Han berørte ligeledes de synergiske effekter af cetuximab og cisplatin, medens Dr. Casali (Italien) talte om den rolle, som imatinib og sunitinib spiller i behandlingen af GIST.

Dr. Heald (UK) er en af koryfæerne inden for colorectal kirurgi, og han gav en meget farverig præsentation om de kirurgiske muligheder. Dr. Papamichael (Cypern) talte om coloncancer og lagde særlig vægt på den adjuverende behandling. Undersøgelser er nu på vej, hvor patienter prospektivt udvælges til behandling på basis af genotype. Men allerede før sådanne

undersøgelser er færdiggjort, er landskabet for de terapeutiske muligheder i colorectal cancer på vej til at ændres med fremkomsten af sådanne stoffer som cetuximab, bevacizumab og andre målrettede terapier.

Der er ingen tvivl om, at ESO giver de bedste muligheder for undervisning inden for onkologien i Europa. I tilgift får man en enestående mulighed for omgang med ledende onkologer i Europa og mange yngre kollegaer fra andre lande. Man får med garanti mange nye venner, og man kan nyde det varme forår på Malta. Det er afgjort umagen værd at ansøge om deltagelse i næste kursus, som ligeledes afholdes på Malta næste forår. Følg med i annonceringerne på [www.cancerworld.org/eso](http://www.cancerworld.org/eso).



## Vidste du at...?

### ... To nye lægemidler er blevet godkendt af Federal Drug Administration (FDA) i USA

til behandling af patienter med dissemineret nyrecancer, hhv. Nexavar (sorafenib) fra Bayer Pharmaceuticals og Onyx Pharmaceuticals samt Sutent (Sunitinib) fra Pfizer. Sidstnævnte præparat blev samtidig godkendt til behandling af patienter med gastrointestinale stromale tumorer. Patienter med ovennævnte sygdomme kan henvises med henblik på vurdering og evt. behandling med ovennævnte præparater på hhv. Onkologisk afdeling, Århus Kommunehospital og Onkologisk afd., Herlev.

*The Cancer Letter 2006 21(1):2*

### ... International consensus rapport om afhjælpning af kvalme i forbindelse med kemoterapi og strålebehandling

er publiceret af The Antiemetic Subcommittee of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) med bl.a. overlæge Jørn Herrstedt fra onkologisk afd., Herlev, som medforfatter.

*Ann Oncol 2006;17:20-28.*

### ... Carboplatin bør foretrækkes fremfor treosulfan hos ældre patienter med ovariecancer.

I en undersøgelse med 204 patienter med ovariecancer, der blev randomiseret til enten carboplatin eller treosulfan, fandtes der response rater på hhv. 49% versus 29% ( $P=0.008$ ), mediantiden til progression var 10 versus 5 måneder og medianoverlevelsen 15 versus 12 måneder. Bortset fra myelosuppression var bivirkningerne ved begge cytostatika yderst beskedne.

*Eur J Cancer 2006; 42:179-85*

### ... Cetuximab (Erbix<sup>®</sup>) ved konkomitant højdosis strålebehandling øger den locoregionale kontrol

og reducerer mortaliteten uden at øge toxiciteten hos patienter med locoregional avanceret hoved-/halscancer. Ovennævnte konklusion er baseret på en multinational undersøgelse med randomisering af patienter til enten højdosis strålebehandling (213 patienter) eller konkomitant højdosis strålebehandling og cetuximab (211 patienter). Medianvarighed af locoregional kontrol var 24.4 måneder for patienter behandlet med stråler og kemoterapi versus 14.9 måneder for patienter, der fik strålebehandling alene ( $P=0.0005$ ). Med en median follow-up på 54 måneder var medianoverlevelsen hhv. 49 måneder og 29.3 måneder.

*N Engl J Med 2006;354:567-78*

### ... Cetuximab (Erbix<sup>®</sup>) er efterfølgende blevet godkendt af Federal Drug Administration

(FDA) i USA i forbindelse med stråleterapi til behandling af patienter med hoved/halskræft.

*The Cancer Letter 2006;32(8): 3-4*

### ... Anvendelse af antioxidanter bør undgås til patienter, der er i kemoterapi eller strålebehandling.

I en nylig publiceret artikel gennemgås litteraturen, inkl. adskillige kliniske undersøgelser, af Dr. Gabrielle M. D'Andrea, der er onkolog på Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, som konkluderer, at læger bør fraråde patienter at anvende antioxidanter som supplement til kemoterapi eller strålebehandling ud fra det synspunkt at behandling med midler som ikke har vist sig at have en positiv effekt kan være skadelig.

*CA Cancer J Clin 2005;55:319-21*

### ... De finansielle forbindelser mellem industri, forskere og akademiske institutioner bliver mere og mere komplicerede,

og det vækker bekymring med hensyn til sponsorernes involvering i den biomedicinske forskning. Der er nu gennemført en undersøgelse af publicerede randomiserede undersøgelser inden for kræftforskningen for at bedømme, hvorvidt disse lever op til "disclosure requirements - 1997" og for at påpege, hvad de opgivne forhold nærmere består i. Støtte til undersøgelser, forfatter-sponsor forhold og sponsors rolle i undersøgelserne blev vurderet for alle randomiserede undersøgelser publiceret mellem 1999 og 2003 i 12 internationale tidsskrifter. I alt 655 randomiserede kræftundersøgelser blev identificeret, og af disse havde 516 (78.8%) navngivne sponsorer. Hvorefter sponsorstøtten bestod fremgik af 219 af de 227 industri-støttede undersøgelser. Hyppigst bestod støtten i: bevillinger (93.6%), ansættelse (39.2%); konsulent/honorar (12.7%) og aktie-ejerskab (12%) og deltagelse i et 'speaker's bureau' (5.5%). Kun i 41 (18%) af de 227 industri-støttede undersøgelser blev sponsors rolle beskrevet. I 20 artikler fremgik det, at sponsor ingen rolle havde haft i undersøgelsen. 21 artikler beskrev sponsors rolle i vage vendinger og i 4 af disse fremgik det, at undersøgerne havde haft fuld adgang til alle data, i 1 artikel havde undersøgerne ingen begrænsninger haft med hensyn til publicering, og i 1 artikel blev det nævnt, at 'beslutningen om at indsende artiklen til publikation var truffet af sponsor'. Det kan konkluderes, at ingen undersøgere forventes at producere 'fund' uden fuld adgang til data, at der er frihed til at analysere, fortolke og publicere alle resultater, hvor skuffende disse end måtte være for aktieejerne. Undersøgere gør dog klogt i at ruste sig med reglerne for 'research partnership' og tidsskrifternes redaktører må påtage sig rollen som vagthund.

*Eur J Cancer 2005;41:2237-40*



**DANSK SELSKAB FOR CANCERFORSKNING**  
afholder sit 19. årsmøde

Vilvorde Kursuscenter  
Vilvordevej 70  
2920 Charlottenlund

**Fredag den 5. maj 2006, kl. 9.00**

## Foreningsnyt

### Nyt fra Foreningen af Yngre Onkologer

Foreningen af Yngre Onkologer (FYO) har siden starten for 23 år siden haft til formål "at styrke det onkologiske speciale samt at varetage yngre onkologers uddannelsesmæssige og arbejdsmæssige interesser". Vi er i dag en forening med over 140 medlemmer der på den ene eller anden måde er tilknyttet onkologien – enten i den kliniske uddannelse, i forskningen eller i relaterede institutioner.

FYO arrangerer kurser – enten i eget regi eller i samarbejde med medicinalindustrien. Ambitionen har været at arrangere kurser der kvalitetsmæssigt er på højde med U-kurserne, men til en pris som alle kan betale. Vi forsøger at holde en kadence på to kurser årligt. I det sidste års tid har vi således afholdt to velbesøgte kurser: Et internatkursus i Vejle i radio-kemoterapi og to endagskurser med "state-of-the-art" i mamma-cancer afholdt i henholdsvis Århus og København. Planerne for 2006 er stadig på tegnebrættet, men der planlægges et internatkursus i lungecancer til efteråret, ligesom FYO ser frem til et samarbejde med Sammenslutningen af Kræftafdelinger, SKA. I dette regi afholdes d. 30. november – 1. december 2006 et kursus med titlen "Yngre læger i onkologisk forskning". Kurset henvender sig primært til 2-3 års kandidater og fokuserer på forskellige aspekter af klinisk forskning inden for onkologien, herunder litteratursøgning, KFE, eksperimentel behandling, statistik og forskning, karriereplanlægning, m.m.

Et af FYO's væsentligste bekymrin-

ger er det stigende arbejdspress på landets onkologiske afdelinger. Mange har givet udtryk for utilfredshed med arbejdsmiljøet, og der er en generel bekymring for, om det vil medføre øget rekrutteringsproblemer til specialet. For at sætte mere fokus på problemerne har vi derfor besluttet at gennemføre en arbejdsmiljøundersøgelse blandt yngre læger på alle landets onkologiske afdelinger i løbet af foråret/sommeren 2006. Undersøgelsen bliver til i samarbejde med Århus Universitet og med Merete Paludan som tovholder. Det er en ikke helt nem opgave og derfor har bestyrelsen besluttet at bruge ekstern bistand til bl.a. sekretærarbejdet.

Den første marts afholdt vi en velbesøgt generalforsamling. Vi havde en god og frugtbar diskussion om uddannelsesforholdene for yngre onkologer på landets afdelinger. Det var klart et af de punkter, der bekymrede medlemmerne mest, og der var mange gode pointer som vi vil bringe videre til diskussion i DSKO. Der var også nyvalg til bestyrelsen, idet Mads Agerbæk og Gitte-Bettina Nyvang, begge Århus, valgte at stoppe efter lang og tro tjeneste. Den nye bestyrelse består således af Jon Lykkegaard Andersen, Rigshospitalet, Birgitte Offersen, Århus, Merete Paludan, Århus, Nicolaj Andreassen, Århus, Annika Berntsen, Herlev, Karin Holmskov, Odense og Jesper Grau Eriksen, Odense. Bestyrelsen konstituerer sig i begyndelsen af april.

### Nyt fra Formanden i FSK



Af Birgitte Grube, Formand for FSK

Her i 2006 er bestyrelsen fuldtallig; 9 ildsjæle som gerne vil arbejde for at FSK er et selskab der markerer sig i debatten vedrørende kræftsygeplejen i Danmark.

Vi har deltaget i en temadag vedrørende Kræftplan II, hvor repræsentanter indenfor alle dele af kræftsygeplejen var repræsenteret. Vi var kun samlet i 4 timer, så det var selvfølgelig begrænset hvad vi kunne nå, men planen er at vi skal arbejde videre med nogle fælles strategiske handleplaner, hvor DSR tager sig af det politiske og FSK af det faglige.

Et af de områder der blev diskuteret, og hvor der allerede er et samarbejde mellem FSK bestyrelse og DSR, er patientforløb-koordinator/funktionen. Vi ønsker i første omgang at klarlægge funktionen, de arbejdsopgaver og kompetencer, som en sådan person skulle besidde. Det næste step vil eventuelt være udarbejdelse af en egentlig uddannelse til patientforløbs-



koordinator.

FSK synes ikke at sygeplejen er synlig nok i Kræftplan II, og vi vil gerne arbejde på mange fronter, så de implicerede parter ikke kan undgå at tage os med!!

FSK's bestyrelse ønsker derfor at sætte en debat i gang i forhold til Kræftplan II og vores rolle:

- Skal vi have diagnosegrupper, der kan matche de multidisciplinære teams, der er nedsat som resultat af Kræftplan II?
- Diagnosegruppens medlemmer skal repræsentere alle dele af patientens vej gennem sundhedssystemet og dermed sikre et bedre patientforløb?
- Er det væsentligt at vi har monofaglige diagnosegrupper eller skal vi sidde med ved bordet i de allerede eksisterende multidisciplinære teams?
- Kan vi gøre begge dele?
- Har vi indflydelse i de multidisciplinære teams?

FSK vil i samarbejde med DSR gøre alt for at vi kommer med i udarbejdelsen af en fremtidig Kræftplan III.

Ovenstående er nogle af de ting vi arbejder med i FSK. Der går også meget tid med at forberede vores landskursus, som bliver:

**6-8. oktober  
på Munkebjerg hotel i Vejle**

**Med arbejdstitlen:  
Patientens vej gennem  
sundhedsvæsenet år 2006**

## Ny redaktør på Fokus på Kræft og Sygepleje



*Af Karen Buur Andersson  
redaktør på  
"Fokus på Kræft og Sygepleje"*

Efter FSK's landskursus i oktober 2005, overtog jeg posten som redaktør for vores medlemsblad "Fokus på Kræft og Sygepleje" efter Anne Hansen. Jeg arbejder for tiden på onkologisk afdeling på Hillerød sygehus, men skifter pr. 1. april til Amtssygehuset i Herlev, onkologisk ambulatorium. Jeg har været medlem af FSK's bestyrelse siden november 2004. Jeg synes, at det er et spændende arbejde, som både er med til at fremme og præge udviklingen inden for onkologisk sygepleje. Ikke mindst vores blad, som gennem årene er blevet bedre og bedre, giver mulighed for at sygeplejersker og andre som har relevant viden på vores område, kan formidle deres viden, erfaringer og oplevelser til et bredt udsnit af kolleger og andre samarbejdspartnere.

Som noget nyt har vi i redaktionsgruppen besluttet at bringe det udsnit af

Kræftplan 2, som er relateret til det enkelte blads tema. I seneste udgave hvor temaet var patientundervisning, bragte vi f.eks. kræftplanens afsnit om egenomsorg. Vi vil gerne være med til at udbrede kendskabet til og interessen for den hidtil nyeste kræftplan og dermed skabe debat og opfordre til udvikling og handling.

Vi vil også gerne være med til at udbrede viden fra vores nordiske kolleger og har derfor bragt artikler af både norske og svenske sygeplejersker i de to sidste udgaver. Der vil også fremover være nordiske artikler i bladet.

Vores næste tema er "hospice i en regionstid". Der skyder nye hospice op rundt omkring, og det bliver mere og mere almindeligt for patienterne at tage det med i deres overvejelser. Hvilken betydning får regionsdannelserne for denne udvikling?  
... og hvad siger kræftplanen?

*E-mail: karen.buur@mail.dk*

## Bog anmeldelse

### Lidt men godt

#### Finsencentrets kogebog

152 sider

Rigshospitalet, 2005

En arbejdsgruppe bestående af sygeplejersker og kliniske diætister ved Rigshospitalet står bag ovennævnte kogebog med assistance af Kok Christian Hovmann (opskrifter og vejledninger) og Gert Almgren-Hansen (foto og layout).

Som det fremgår af forordet, er formålet med bogen at hjælpe mennesker, der befinder sig i en sygdoms-og/eller behandlingsperiode, hvor appetitten er belastet, til at få den mest næringsrige kost.

Bogen starter med at gøre op med de gængse kostråd og fokuserer i stedet på, at organismen under den belastning, som sygdom og behandling udgør, har brug for kraftig kost, hvor bl.a. fedt og proteinindholdet er stort. Det understreges, at det at spise skal være så lækkert og behageligt som muligt, også når lysten til mad er ringe.

Bogen rummer et bredt spektrum af retter, og opskrifterne er meget enkle at gå til. I nogle tilfælde kan man knapt tale om en opskrift, snarere en inspiration til at spise. Dette understreges af det meget tiltalende layout og fotos, der med sit retro-udtryk virker trygt og velkendt. Alle de afbillede retter er små, hvilket understreger konsistensen mellem billederne og bogens budskab. Bogens format gør, at opslaget ligger perfekt på bordet



under madlavningen.

Udover at være en god og praktisk samling opskrifter, skal bogen roses for, at den inspirerer patienter til selv at have en mulighed for at være aktiv omkring sin situation, hvilket uden tvivl vil blive værdsat. Desuden er det bekræftende, at man fra den sundhedsfaglige side understreger ernæringens betydning i helbredelsesprocessen, et område der ofte er forsømt i klinikken.

Bogen er tilgængelig på Rigshospitalets hjemmeside, [www.riget.dk](http://www.riget.dk), under "Finsencentret".

Andre interesserede kan købe bogen for 45 kr. ved at kontakte sekretær Anita Frigaard ([anita.frigaard@rh.hosp.dk](mailto:anita.frigaard@rh.hosp.dk)) i Finsencentret. Kogebogen forhandles ikke via boghandlerne.

Marianne Bjerre-Jepsen  
SKA-sekretariat

## Nyt fra SKA

### Møderesuméer

#### Håndbog for medicinsk behandling af kræftsygdomme

Cytostatikagruppen holdt møde i Odense den 2. marts 2006

Det er gruppens indtryk, at håndbogen nu bruges mange steder af både læger og sygeplejersker.

##### Opdateringer

Det er vigtigt, at både den almene del og den medikamentelle del løbende opdateres. For den almene dels vedkommende blev der aftalt en fordeling af hovedområder på gruppens medlemmer. Desuden har formanden mulighed for at inddrage andre eksperter, hvis dette skønnes nødvendigt. Til den medikamentelle del er der i øjeblikket forespørgsler ude hos potentielle forfattere til beskrivelserne af de forskellige cytostatika. Det er desuden nu blevet muligt at honorere dette arbejde.

##### Samarbejdet med KFE afsnittene

Der er tidligere udsendt information til KFE afsnittene med en anmodning om, at projekt-sygeplejerskerne kontakter SKA ved ibrugtagning af nye stoffer. Gruppens medlemmer opfordrer til, at dette ønske efterkommes.

##### Samarbejdet med decentrale afdelinger

Nogle decentrale afdelinger havde fået det indtryk, at SKA ville komme ud til disse afdelinger for at introducere håndbogen. Dette kan gruppen desværre ikke påtage sig. Desuden er der lagt et stort arbejde i at gøre brugen af håndbogen selvforklarende.

##### Samarbejdet indenfor SKA-grupperne

Der har været ønsker om særlige udgaver af håndbogen til specielle afdelinger. Gruppen afviste dette, da håndbogen i så fald ikke længere ville være landsdækkende. Håndbogen skal betragtes som et tilbud til afdelingerne. Dette forhindrer naturligvis ikke, at der laves lokale instrukser som supplement til Håndbogens anbefalinger.

Gruppen holder sit næste møde Torsdag den 14. september i København

*Resumé ved Bodil Diemer  
Informationsmedarbejder, SKA*

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

#### SKA har i januar 2006 afholdt kursus for medicinalindustrien

Baggrunden for kurset var at give kursisterne en basisviden om karakteristiske forhold ved kræftsygdomme samt tilbyde kursisterne et indblik i den praktiske kliniske onkologiske hverdag. Kurset var derfor delt op i 2 sektioner:

- Teorien bestod af en gennemgang af de basale onkologiske kræftsygdomme og deres behandling.
- For at få et indblik i den klinisk onkologiske hverdag fik kursisterne tilbud om at deltage i 2 klinikformiddage på de onkologiske afdelinger i Roskilde, Hillerød, Herlev og Rigshospitalet.

Kursisterne har evalueret dagene som meget udbytterige både hvad angår den teoretiske undervisning og den kliniske/praktiske del på afdelingerne. Klinikdagene havde været både interessante og berigende.

Kurset forventes gentaget 2007.

*Karen Ringsing, SKA-sekretariat*

## Nyt fra SKA

### POST-ASCO Symposier

#### 3. SKA Post-ASCO Symposium

fredag d. 16. juni 2006, 09.30 – 16.30  
Hotel Hilton, Kastrup Lufthavn, København

Ligesom de to tidligere år arrangerer SKA en national opfølgning på ASCO kongressen i form af SKA Post-ASCO Symposium.

7 yngre onkologer har forud for Post-ASCO Symposiumet deltaget i ASCO Annual meeting i Atlanta, Georgia med særlig fokus på at videregive højdepunkterne inden for de store kræftsygdomme til deres danske kolleger. Udvalgte senior onkologer supplerer foredragene med en perspektivering af forholdene inden for dansk onkologi.

I år finder Post-ASCO Symposiumet sted på hotel Hilton, Kastrup Lufthavn (se detaljeret program på bagsiden af dette nummer af SKA-Nyt). Metroen går lige til døren.

Registreringsafgift er for ansatte fra SKA medlemshospitaler i Østdanmark - DKK 300,-  
For hospitalsansatte uden for Østdanmark - DKK 450,-

Tilmeldingsskema kan hentes på SKA's hjemmeside, [www.skaccd.org](http://www.skaccd.org), "Kurser og møder"

Eventuelle deltagere fra den farmaceutiske industri kan få yderligere oplysninger om mulighederne for deltagelse hos Marianne Bjerre-Jepsen, SKA-sekretariat, tlf. 3545 4611, e-mail: [bjerrejepsen@rh.hosp.dk](mailto:bjerrejepsen@rh.hosp.dk)

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

Fredag d. 15. september 2006, 09.00 – 16.30  
Hotel Hilton, Kastrup Lufthavn, København

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

Fra politisk side er der ønske om, at danske kræftpatienter får udrednings- og behandlingsforløb, der er af en faglig kvalitet svarende til det højeste internationale niveau. Struktur-mæssigt samler Kommunalreformen ansvaret for det specialiserede sundhedsvæsen i fem regioner, der har til opgave at udmønte kræftplanens ideologi til virkelighed til gavn for de danske kræftpatienter.

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

Sammenslutningen af Kræftafdelinger i Østdanmark, SKA, arrangerer et symposium med det formål at give et overblik over state-of-the-art inden for nogle af de nye behandlings modaliteter, 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, genterapi, immunterapi, 90-y-Octreotid behandling af neuroendokrine tumorer, og Intensity Modulated Radiation Therapy (IMRT).

(Symposiet var oprindeligt annonceret til at finde sted i januar 2006)

## Nyt fra SKA

### SKA - temadag for kræftsygeplejersker

#### Fokus på pårørende

18. maj 2006 kl. 14.00 –18.00

#### Program:

14.00–14.05	<b>Velkommen</b> v/ sygeplejerske Elsebet Madsen, formand for Sygeplejegruppen, SKA
14.05–14.35	<b>Sygeplejerskens dilemma</b> v/ Nete Hjortholm, sygeplejerske i Finsencentret
14.35–15.05	<b>"Indlagt, sammen med min ægtefælle"</b> v/ Dina Bak, Esbjerg
15.05–15.40	<b>Pårørenderarbejdet – en udfordring, som stiller krav om fokus</b> v/ Stefan Jørgensen, cand psyk., onk. afd., Roskilde
15.40–16.15	<b>Ensomhed og savnet af inddragelse</b> v/ Jytte Christensen, leder af KB's rådgivning i Holbæk
16.15–16.45	<b>Pause/kaffe, te og kage</b>
16.45–17.30	<b>Børn som pårørende</b> v/ Eva Helweg, cand psyk., Egmont Fonden
17.30–18.00	<b>Familiesamtalen</b> v/ Tine Kjær, sygeplejerske på Afdelingen for Lindrende Behandling, Roskilde
18.00	<b>Afslutning</b> <b>Sandwich</b>

## Kurser

### 2006

#### Aktivitet

Kursus i klinisk onk. for medicinalindustrien

9-12. januar

#### Sted:

København

GCP og kliniske undersøgelser i praktisk onkologisk perspektiv

27. marts

Ålborg

GCP og kliniske undersøgelser i praktisk onkologisk perspektiv

4. april

Esbjerg

Temadag: Fokus på pårørende til kræftpatienter

18. maj

Herlev

3. Post-ASCO Symposium

16. juni

København

Nye behandlingsmodaliteter, SKA symposium

15. september

København

GCP v. klinisk kræftforskning

18-19. september

København

SKA Workshop (november)

Afv. endelig dato

Årsmøde/Jubilæum

9. november

København

Lungesymposium

16-17. november

København

Yngre læger i onkologisk forskning

30. nov. - 1. dec.

### 2007

#### Aktivitet

Lægesekretærens rolle i det onkologiske team

februar

#### Sted:

København

**Dansk Selskab for Klinisk Onkologi,  
Dansk Selskab for Palliativ Medicin og  
Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker indbyder til**

**5<sup>th</sup> Scientific Symposium - Supportive Care in Cancer**

June 9-10, 2006, Amtssygehuset i Herlev, København

**FREDAG 9. JUNI**

11.00 - 12.00	Registrering og sandwich.
12.00 - 12.05	Velkommen v/ Torben Palshof.
12.05 - 12.15	Præsentation af Janssen-Cilag, og praktiske informationer.

**Dagligdagens spørgsmål og udfordringer**

*Chairs: Birgitte Grube & Jørn Herrstedt.*

12.15 – 12.40	Forbrug af opioider hos danske kræftpatienter Lene Jarlbæk.
12.40 – 13.05	Supplerende hormonbehandling. Skal – skal ikke? Marianne Ewertz.
13.05 – 13.30	Etniske problemstillinger. Forstår vi hinanden? Beth Elverdam.
13.30 – 14.00	Strålebehandlingens bivirkninger. På kort og specielt på lang sigt! Cai Grau.
14.00 – 14.30	Coffee and Tea.

**Experts opinions on severe complications**

*Chair: Lise Pedersen & Jørn Herrstedt*

14.30 – 15.10	Febrile neutropenia, anemia and the use of growth factors. Kenneth Rolston.
15.10 – 15.50	Mucositis - a troublesome complication – News and guidelines. Douglas Peterson.
15.50 – 16.10	Pause
16.10 – 17.00	Nutrition in cancer patients: to do or not to do? Florian Strasser.
17.10	Busafgang til hotel/by.
18.50	Afgang fra hotel til Moltkes Palæ.
19.00	Middag på Moltkes Palæ.

**LØRDAG 10. JUNI**

09.00 - 09.10	Oplæg til workshops v/ T. Palshof.
09.10 - 12.00	<b>WORKSHOPS 1-5.</b>
10.30 - 11.00	Coffee and Tea.

**WORKSHOPS**

- Eksistentielle problemstillinger.  
Steen Peter Nielsen & Helle Møller Jensen.
- Bivirkninger ved strålebehandling.  
Cai Grau & Kenneth Jensen.
- Complications in patients with advanced disease.  
Florian Strasser, Berit Ipsen & Lise Pedersen.
- Oral complications in cancer patients.  
Douglas Peterson.
- Etniske problemstillinger.  
Beth Elverdam & Selim Kesmez.

**Opfølgning på workshops**

*Chairs: Lise Pedersen & Torben Palshof*

12.00 - 13.00	Workshop-conclusions (10 min.)
13.00 – 13.10	Closing remarks. Torben Palshof.

Gå hjem sandwich + vand

## Mødekalendar

### Internationale møder

#### 2006

- |                    |   |                     |   |
|--------------------|---|---------------------|---|
| 27–28. april       | European Society for Medical Oncology (ESMO)<br>Educational Course on<br>Gynaecologic Oncology<br>Moscow, Rusland<br><a href="http://www.eso.ru">www.eso.ru</a><br><a href="http://www.rosoncweb.ru">www.rosoncweb.ru</a>   | 29. sept. – 3. okt. | 31st European Society for Medical Oncology (ESMO) Congress<br>Istanbul, Tyrkiet<br><a href="http://www.esmo.org/congress2006">www.esmo.org/congress2006</a>   |
| 2–6. juni          | 2006 American Society of Clinical Oncology (ASCO) Annual Meeting<br>Atlanta, Georgia, United States<br><a href="http://www.asco.org">www.asco.org</a>   | 8–12. oktober       | European Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ESTRO 25)<br>Leipzig, Tyskland<br><a href="http://www.estro.be/estro/Index.html">www.estro.be/estro/Index.html</a>   |
| 18–21. juni        | 10th Central European Lung Cancer Conference<br>Prague, Czech Republic<br>Contact: +420-608-408-708<br>mail: <a href="mailto:celcc@conference.cz">celcc@conference.cz</a><br><a href="http://www.conference.cz/celcc2006-03-15">www.conference.cz/celcc2006-03-15</a> | 26–28. oktober      | 4th International Chicago Symposium on Malignancies of the Chest, Head & Neck.<br>Sheraton Hotel, Chicago, Illinois<br>mail: <a href="mailto:evokes@medicine.bsd.uchicago.edu">evokes@medicine.bsd.uchicago.edu</a><br><a href="http://www.mchnsymposium.com">www.mchnsymposium.com</a> |
| 28. juni – 1. juli | 8th World Congress on Gastrointestinal Cancer<br>Barcelona, Spanien<br>European Society for Medical Oncology (ESMO)<br><a href="http://www.imedex.com/calendars/gastroenterology.asp">www.imedex.com/calendars/gastroenterology.asp</a>                               | 5–9. november       | 48th American Society for Therapeutic Radiology and Oncology (ASTRO) Annual Meeting<br>Philadelphia, Pennsylvania, United States<br><a href="http://www.astro.org">www.astro.org</a>  |
| 8–12. juli         | UICC World Cancer Congress 2006<br>Bridging the Gap: Transforming Knowledge into Action<br>Washington DC<br><a href="http://www.worldcancercongress.org">www.worldcancercongress.org</a>  | 7–10. november      | 18th EORTC-NCI-AACR Symposium on Molecular Targets and Cancer Therapeutics<br>Prag, Tjekkiet<br>Federation of European Cancer Societies (FECS)<br><a href="http://www.fecs.be">www.fecs.be</a>  |
| 12–15. juli        | 13th World Conference on Tobacco or Health<br>Washington, DC<br><a href="http://www.13thwctoh.org">www.13thwctoh.org</a>  | <b>2007</b>         |   |
| 18–28. juli        | International Summer School Oncology for Medical Students<br>Groningen, Holland<br>World Health Organization (WHO)<br>Collaborating Centre for Cancer Education<br><a href="http://www.isoms.nl">www.isoms.nl</a>   | 2–6. september      | 12th IASLC World Conference on Lung Cancer<br>Seoul, Korea<br>mail: <a href="mailto:karen@icsevents.com">karen@icsevents.com</a><br><a href="http://www.2007worldlungcancer.org">www.2007worldlungcancer.org</a>  |
| 8–9. sept.         | 7th European Conference: Perspectives in Lung Cancer<br>Athens, Greece<br><a href="http://www.imedex.com/calendars/oncology.asp">www.imedex.com/calendars/oncology.asp</a>  | <b>2008</b>         |   |
|                    |   | 12–16. september    | 33rd ESMO Congress<br>Stockholm, Sverige<br><a href="http://www.esmo.org/congress2008">www.esmo.org/congress2008</a>  |

### 3. Post-ASCO Symposium

Fredag 16. juni 2006, 9.30 – 16.15

Hotel Hilton, Københavns lufthavn

#### PROGRAM

09.30 – 10.00	Registrering
10.00 – 10.10	Introduktion ved Heine Høi Hansen, SKA
10.10 – 10.30	Mamma cancer ved Pernille Tørring, Odense Universitetshospital og Michael Andersson, Rigshospitalet
10.30 – 10.40	Spørgsmål fra salen og diskussion
10.40 – 11.35	Gastrointestinale tumorer
10.40 – 11.00	Øvre GI tumorer: Katharina Perell, Rigshospitalet og Per Pfeiffer, Odense universitetshospital
11.00 – 11.35	Nedre GI tumorer: Kristoffer Staal Rohrberg, Rigshospitalet og Per Pfeiffer, Odense Universitetshospital
11.35 – 11.50	Spørgsmål fra salen og diskussion
11.50 – 12.15	Gynækologiske kræftsygdomme ved Maria Kandi, Aalborg Sygehus og Anders Jakobsen, Vejle Sygehus
12.15 – 12.25	Spørgsmål fra salen og diskussion
12.25 – 13.25	Frokost
13.25 – 13.55	Hoved-hals cancer ved Niels Junker, Herlev Amtssygehus og Jørgen Johansen, Odense Universitetshospital
13.55 – 14.05	Spørgsmål fra salen og diskussion
14.05 – 14.45	Lunge cancer ved Charlotte Elberling Almasi, Finsenlaboratoriet og Nina Jeppesen, Roskilde Amtssygehus
14.45 – 15.00	Spørgsmål fra salen og diskussion
15.00 – 15.20	Kaffe/te pause
15.20 – 15.50	Urologiske kræftsygdomme ved Birgitte Offersen, Århus Universitetssygehus og Mikael Rørth, Rigshospitalet
15.50 – 16.00	Spørgsmål fra salen og diskussion
16.00 – 16.15	Opsummering og afslutning