

Nyt

Fremskridt i klinisk kræftforskning i 2012

Læs om de betydeligste fremskridt inden for behandling, forebyggelse og screening af kræft i 2012.

Foto: Colourbox.com

INDHOLD

- | | | |
|---|---|-------------------------|
| 2. Leder: Nye tider i SKA | 5. ASCO: Fremskridt i klinisk kræftforskning i 2012 | 12. Nyhedsrunden |
| 3. Mammografiscreening: gavnlige og skadelige virkninger samt informeret valg | 7. Highlights fra ASCO – GI Symposium | 14. Nye godkendelser... |
| 4. Online bivirkningsregistrering | 11. EONS | 15. Personalialia |
| | | 16. Nyt fra SKA |

Leder

Nye tider i SKA



Foto: Colourbox.com

I løbet af 2012 fandt SKA lige så stille en ny måde at fungere på, så vi kunne tilbyde både nye aktiviteter og fortsætte med de relevante tidligere aktiviteter.

Overlæge Fahimeh Andersen, Hillerød, blev ansat som uddannelsesansvarlig i august med 1 dag ugentlig. Som noget af det første gik Fahimeh i gang med at opdatere medikaminahåndbogen på SKAs hjemmeside, så den er nu up-to date. Ligeledes har Fahimeh gode ideer til, hvordan SKA også kan arbejde fremover, og hun er nu i fuld gang med forskellige aktiviteter. Af disse kan nævnes et symposium for GI sygeplejersker, der blev afholdt i februar 2013. Her fik målgruppen lejlighed til at mødes og diskutere fælles problemer.

Projektleder Marianne Bjerre-Jepsen gik på pension i oktober, og hendes arbejdsopgaver blev fordelt i SKA. Herefter er Bodil Diemer og Louise Rolin ansvarlige for vores hjemmeside, som man vil kunne se har ændret udtryk på det seneste.

SKA fik også en ny formand for Forretningsudvalget sidst i 2012.

Overlæge Niels Hollænder, Næstved, blev afløst af overlæge Peter Michael Vestlev, Roskilde. Herfra skal lyde en stor tak til Niels for hans indsats gennem årene og en varm velkomst til Peter Michael. Vi ser frem til samarbejdet.

Som noget nyt tog vi i 2012 til

Samarbejdet med Kræftens Bekæmpelse om protokoldatabasen fortsætter til glæde for begge parter og åbenbart også for både fagpersonale og patienter. Vi kan se, at der er mange, der søger oplysninger i databasen på både SKAs og KBs hjemmesider. Landets KFEer yder uvurderlig hjælp

undervisning. Tilslutningen til kurset bar præg af dette sidste år. Vi har dog nu fået flere forespørgelser med ønske om afholdelse af GCP-kurset, da formatet er et andet, end det afdelingerne tilbyder. Vi hører meget gerne fra jer om dette, og skulle det være et generelt ønske, vil vi gerne overveje at genoptage dette kursus.

”Vi håber, I fortsat har lyst til at henvende jer til SKA Nyt med ideer, indlæg, ris og roser...”

Af nye tiltag lagde vi ud med et kursus i 2013 for to nye målgrupper: Præster og psykologer. En anmeldelse af dette kan ses inde i bladet. Det var en spændende dag, hvor helt nye emner blev diskuteret i SKA regi. Desuden vil vi snart kunne tilbyde elektronisk tilmeldingen til vores kurser, hvilket forhåbentligt gør det lettere for alle parter.

Vejle med symposiet: ”Målrettet medicinsk kræftbehandling – med fokus på bivirkninger”. Dette var tidligere blevet afholdt i København, men da der havde deltaget personer fra hele landet i udformningen af selve projektet, fandt vi det rimeligt at give flere mulighed for at deltage. Mødet blev vel modtaget, så det er nok ikke sidste gang SKA drager ud i landet.

med at holde databasen ajour, hvilket de skal have tak for.

Da alle afdelinger nu selv afholder introkurser for yngre læger og PhD møder, og ligeledes har deres egne sygdomsspecifikke guidelines, besluttede vi at opføre med disse aktiviteter sidste år. Ligeledes vil vores GCP kursus ikke blive afholdt i år, da afdelingerne også selv står for denne

Vi håber, I fortsat har lyst til at henvende jer til SKA Nyt med ideer, indlæg, ris og roser, så vi kan få et lige så aktivt 2013 som 2012. Knap 800 deltog på vores kurser sidste år, og vi håber endnu flere vil benytte sig af SKAs tilbud i 2013.

*Birthe Lund
Ansvarshavende redaktør*



Karsten Juhl Jørgensen
Det Nordiske Cochrane Center,
Rigshospitalet

Mammografiscreening: gavnige og skadelige virkninger, samt informeret valg

Rationalet for brystkræftscreening med mammografi er besnærende enkelt: Find brystkræften tidligt og reducer dødeligheden og behovet for brystfjernelser. Men brystkræft er en kompleks sygdom, og komplicerede problemer har sjældent enkle løsninger.

Brystkræftscreening fremrykker diagnosetidspunktet beskedent i forhold til knudens samlede levetid, og screening-detekterede tumorer har stadig en størrelse, hvor spredning kan forekomme. Et centralt spørgsmål er, om screening kan forebygge spredningen og mindske behovet for totale brystfjernelser, til fordel for brystbevarende operationer. Nye studier tyder på, at screening kun påvirker forekomsten af tumorer i sene stadier marginalt, og at størstedelen af den massive stigning, der er set i forekomsten af sygdom i tidlige stadier, skyldes overdiagnostik. Man forventede, at den massive stigning i forekomsten af sygdom i tidlige stadier ville "forebygge" sygdom i sene stadier efter nogen tid, men efter 20 år med screening lader dette ikke til at være sket.

En reduktion af dødelighed kan aldrig i sig selv retfærdiggøre en medicinsk intervention, men skal holdes op imod skadevirkningerne. For mammografiscreening er overdiagnostik den vigtigste skadevirkning, og i de seneste år er der kommet en bredere erkendelse af dette. Screening fører til diagnosticering og behandling af brystkræft, som ellers aldrig ville være opdaget i kvindens levetid,

fordi den vokser langsomt eller slet ikke. Screening gør derfor kvinder til kræftpatienter uden grund, med livslange negative psykiske og fysiske konsekvenser. Debatten er således langt mere nuanceret end et simpelt spørgsmål om, hvorvidt screening reducerer dødeligheden af brystkræft.

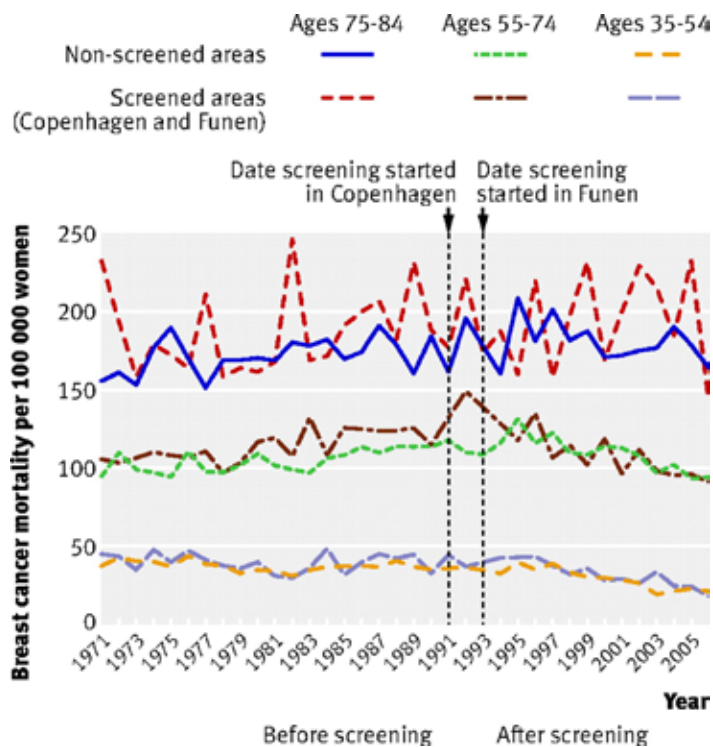
I denne afhandling opgøres de vigtigste gavnlige og skadelige virkninger af mammografiscreening. Danmark har en uscreenet 'kontrolgruppe', fordi kun to regioner tilbød screening gennem en lang periode, hvilket er unikt i international sammenhæng. Dette forhold blev udnyttet til at opgøre effekten på brystkræftdødelighed¹, omfanget af overdiagnostik² og brug af totale brystfjernelser.

Sammen med et systematisk review³, der inkluderede fem andre lande, kunne vi vise, at omkring halvdelen af screeningsdetekteret brystkræft er overdiagnosticeret. En effekt på brystkræftdødeligheden er tvivlsom i dag og kunne ikke påvises ved en sammenligning af screenede og uscreenede områder i Danmark⁴. Til gengæld har forbedret behandling medført store reduktioner af brystkræftdødeligheden, størst blandt unge kvinder, der aldrig er screenet⁵. Overdiagnostik har medført en stigning i anvendelsen af både totale brystfjernelser og brystbevarende operationer, da overdiagnostik inkluderer tumorer, der behandles med mastektomi. Disse fund diskuteres i afhandlingen i forhold til kræftbiologi og stadienddeling.

Den information som kvinder får, når de inviteres til mammografiscreening, og som findes på Internettet, blev også undersøgt i disputatsen^{4,5}. Informationen overdriber de gavnlige virkninger, og der opfordres direkte til deltagelse frem for til personlig stillingtagen. Skadevirkningerne nedtones eller udelades, selvom der er enighed om, at målet er et informeret samtykke. Dette rejser en etisk diskussion om autonomi og paternalisme, og om vanskelighederne ved at afveje gavnlige mod skadelige virkninger.

Endelig diskuteres betydningen af økonomiske, politiske og professionelle interessekonflikter, samt sundhedsøkonomiske forhold.

Afhandlingen er baseret på fem arbejder¹⁻⁵. Disse arbejder har særlig haft indflydelse på debatten om mammografiscreening i Storbritannien, hvor de har spillet en central rolle i forbindelse med beslutningen om at gennemføre en uvildig gennemgang af evidensen for mammografiscreening⁶. Rapporten anerkendte, at effekten af screening er usikker i dag, men estimerede at der er en gavnlig effekt, som dog er væsentlig mindre end tidligere fremført som grundlag for introduktionen af screening⁶. Desuden fandt rapporten, at effekten af screening er væsentligt mindre end effekten af forbedret behandling, samt at overdiagnostik er den væsentligste skadevirkning⁶. Rapporten estimerede, at tre kvinder får en unødvendig brystkræftdiagnose for hver kvinde, der undgår at dø af brystkræft⁶. Dette estimat er baseret på ekstrapolationer fra lodtrækningsforsøg, der er 20-30 år gamle, og er optimistisk i forhold til de bedste estimater af gavnlige og skadelige virkninger i dag, hvor behandlingen er langt bedre. Cochrane reviewet estimerede



Figur 1: Der er størst sandsynlighed for at se en effekt af screening i aldersgruppen 55-74 år, fra ca. 5 år efter programstart. I denne aldersgruppe og tidsperiode har der været en betydelig reduktion af brystkræftdødeligheden, men den har været næsten ens i screenede og uscreenede områder i Danmark. Hvis screening havde en effekt på 20-30%, som i nogle af lodtrækningsforsøgene, ville den grønne og brune linje forventes gradvist at fjerne sig fra hinanden i perioden 1996-2005¹.

Fortsættes side 10

Online bivirkningsregistrering

En måde at øge patienternes handlekompetencer og vores viden



Jakob Due, Projekt sygeplejerske og Anne Juul, Projekt sygeplejerske
Region Sjælland, Sygehus Nord, Roskilde, Klinisk Forskningsenhed
Klinisk Onkologisk Afdeling

Information overload

Vi bruger i dag mange ressourcer på at informere vores patienter om de bivirkninger, medicinsk kræftbehandling kan give. Vi har ligeledes fokus på at få tilbagemeldinger fra patienterne om deres bivirkninger. Problemet er dog, at vi typisk informerer patienterne om bivirkningerne kort tid efter, at de har fået deres diagnose - og samtidig med, at de bliver informeret om behandlingsmuligheder og prognose.

Når vi spørger til patienters bivirkninger, gør vi det normalt dagen inden næste behandling, hvilket giver god mening i forhold til ordination af behandlingen. Konsekvensen er dog, at vi taler med patienterne, når de har det bedst, mens de derimod er på egen hånd, når generne fra bivirkningerne er størst.

Patienternes egne ressourcer

Her er altså grundlag for forbed-

ring. I regionernes nuværende økonomiske situation er det begrænset, hvad man kan forvente at få tilført af ressourcer. Til gengæld mener vi, at vi har mange uudnyttede ressourcer i de patienter, vi behandler. Mange patienter har netop et ønske om at involvere sig i deres sygdom og behandling.

På Klinisk Onkologisk Afdeling i Roskilde ønsker vi at tilbyde patienterne råd og vejledning i, hvordan de skal håndtere deres bivirkninger undervejs i behandlingen. Vi har også et ønske om at få adgang til valide data om, hvordan patienterne rent faktisk har det igennem hele deres behandlingsforløb.

Derfor har vi i samarbejde med helbredsprofilen.dk lavet en internetportal, hvor patienterne kan registrere deres bivirkninger og få råd om, hvordan generne til deres behandling håndteres bedst.

Sådan fungerer online-løsningen

Helbredsprofilen.dk udvikles af Region Sjælland og er økonomisk støttet af Sundhedsstyrelsens Kronikerpulje. Mulighederne på portalen er ikke kun tiltænkt Region Sjællands borgere, men alle med et NemID kan logge på og benytte portalen.

Når kræftpatienterne logger på portalen, bliver de på en overskuelig måde adspurgt om de 10 hyppigste bivirkninger til netop deres behandlingskombination. Hver gang patienterne svarer på, hvordan de oplever en bivirkning, får de et godt råd til, hvordan de skal håndtere det, de oplever. Lige fra tips til, hvordan kvalmebehandlingen bliver mest effektiv, til at de straks skal kontakte afdelingen og oplyse om deres høje feber.

Hvis patienten oplever bivirkninger, der ikke er blandt de 10 udvalgte, er det muligt for patienten selv at tilføje relevante bivirkninger, og dermed også få hjælp til at håndtere disse. Man kan registrere sine bivirkninger lige så hyppigt, man ønsker eller har brug for beslutningsstøtte.

På denne måde prøver vi at give patienterne informationerne præcis, når de har brug for dem, og når de er mest motiverede til at tage imod læring. Vi håber dermed, at patienterne vil opleve det mere trygt at være i et behandlingsforløb samtidig med, at de får øget deres handlekompetence.

Løsningen i brug fra foråret 2013

Vi skulle også gerne blive klogere

og ikke mindst dygtigere til at behandle vores patienter, og derfor bliver de afgivne svar samlet i en database. Den skal danne grundlag for videre forsknings- og udviklingsprojekter.

Det kræver, at data er valideret, og derfor har vi valgt at bygge bivirkningsregistreringen på den internationale anerkendte standard "Common Toxicity Criteria Adverse Events" (CTCAE). Alle internationale onkologiske lægemiddelforsøg baserer deres observationer på dette måleinstrument.

I midten af februar åbnede vi for inkluderingen af patienter i et pilotprojekt. Her er formålet både at undersøge brugervenligheden og at få synliggjort, hvor portalen kan forbedres.

Til foråret er portalen klar til at understøtte samtlige patienter i onkologisk behandling på Roskilde Sygehus.

Portalen er designet til at blive landsdækkende, og de afdelinger, der ønsker at benytte sig af den, er velkomne. Når vi har draget de første erfaringer med implementeringen og brugen af helbredsprofilen.dk, deler vi gerne ud af vores viden.

Vidste du, at..?

... der ses mange forskellige hudlæsioner ved behandling med BRAF hæmmere. I et retrospektivt studie blev 15 patienter behandlet med verumafenib og 18 med GSK 2118436/GSK 1120212. Af disse 33 patienter udviklede 13 (39,4%) fotosensitivitet, 10 (30,3%) aktiniske keratoser, 10 (30,3%) vorter og yderligere 6 (18,2%) planocellulære carcinomer (SCC). De fleste SCC var invasive.

Mattei PL, Alora-Palli MB, Kraft S et al.
Cutaneous effects of BRAF inhibitor therapy: a case series.
Ann Oncol 2013; 24: 530-37



Fremskridt i klinisk kræftforskning i 2012

Et udvalg af ASCO's bud på de betydeligste fremskridt inden for behandling, forebyggelse og screening af kræft 2012

Af Birthe Lund, SKA

Lenalidomid vedligeholdelsesbehandling udskyder myelomatose relaps efter stamcelletransplantation

To placebo-kontrollerede fase III studier har vist, at lenalidomid måske kan udskyde relaps af myelomatose efter stamcelletransplantation. I det ene studie blev 615 patienter under 65 år randomiseret til enten lenalidomid eller placebo indtil relaps. I lenalidomid gruppen startede genvækst af myelomatose i gennemsnit 41 måneder efter start af behandling versus 23 måneder i placebo gruppen. Mere end 70% af patienterne var i live efter 4-års follow-up i begge grupper. I det andet studie blev 460 patienter under 71 år randomiserede til lenalidomid eller placebo. Her var median tid til progression 46 versus 27 måneder. Lenalidomid forlængede også den samlede overlevelsen. I lenalidomid gruppen døde 35 patienter versus 53 i placebo gruppen. Lenalidomid var dog også associeret med flere bivirkninger og højere incidens af sekundære cancers (myelodysplastisk syndrom og AML) sammenlignet med placebo (7% og 8% versus 3% og 4%).

Et eksperimentelt lægemiddel (T-DMI) ud-konkurrerer den eneste nuværende standardbehandling for HER2-positiv metastaserende brystkræft, der ikke responderer på trastuzumab

I et fase III studie blev 991 kvinder med HER2-positiv lokalt avanceret eller metastaserende brystkræft randomiseret til behandling med enten T-DMI eller capecitabin og lapatinib (XL). Kvinderne var progredierede på tidligere trastuzumab behandling. Median tid til sygdomsprogression med T-DMI

var 9,6 måneder sammenholdt med 6,4 måneder for XL behandling. Efter 2-års behandling var den mediane overlevelsesrate højere i T-DMI gruppen end i XL gruppen (65,4% versus 47,5%). En interim analyse viste, at den mediane overlevelse var 30,9 versus 25,1 måneder til fordel for T-DMI. Flere studier med T-DMI er på vej. T-DMI afventer svar på FDA review.

To HER2-targeterede lægemidler er bedre end et som første-linje behandling af HER2-positiv avanceret brystkræft

I et fase III studie blev 808 patienter med HER2-positiv metastaserende brystkræft randomiseret til enten docetaxel kombineret med enten placebo plus trastuzumab (kontrolgruppen) eller pertuzumab plus trastuzumab som første-linje behandling. Median tid til progression var 12,4 måneder for kontrolgruppen og 18,5 for pertuzumabgruppen. Behandling med pertuzumab medførte ikke væsentligt øget toksicitet. Pertuzumab i kombination med docetaxel og trastuzumab blev baseret på disse data godkendt af FDA som første-linje behandling til denne patientgruppe.

Tilføjelse af targeteret terapi til en aromatase hæmmer udskyder sygdomsprogression hos kvinder med postmenopausal hormon receptor-positiv avanceret brystkræft

Effekten af aromatase hæmmeren exemestan plus mTOR hæmmeren everolimus blev sammenlignet med effekten af exemestan plus placebo hos 724 patienter med hormon receptor-positiv avanceret brystkræft i et randomiseret fase III studie. Sygdommen var inden da progredieret på trods af aromatase hæmmer behandling. Median tid til sygdomsprogression

var 10,6 måneder for kombinationsbehandlingen versus 4,1 måneder i exemestan plus placebo gruppen. Everolimus medførte øget frekvens af bivirkninger, hvilket gør omhyggelig overvågning af patienterne nødvendig. På baggrund af data godkendte FDA everolimus i kombination med exemestan som behandling af visse postmenopausale kvinder med avanceret hormon receptor-positiv, HER2-negativ brystkræft.

Præoperativ kemo- og stråleterapi fordobler den samlede overlevelse ved esofagus kræft og ved kræft i overgangen mellem ventriklen og esofagus

Patienter med kræft i esofagus og kræft i overgangen mellem ventriklen og esofagus blev randomiseret i et fase III studie til behandling med kemoterapi (carboplatin og paclitaxel) plus stråleterapi efterfulgt af kirurgi (n=178) eller kirurgi alene (n=188). I den præoperative behandlingsgruppe opnåede 29% af patienterne komplet remission, median overlevelsen var længere i denne gruppe (49 versus 24 måneder), og mortalitetsraten var 35% lavere end i kirurgi alene gruppen.

Regorafenib forlænger den samlede overlevelse hos patienter med metastaserende colorektal cancer

Det internationale fase III studie CORRECT randomiserede patienter med metastaserende colorektal cancer, der var progredieret på standardbehandling, til at modtage enten regorafenib plus best supportive care (BSC) (n=505) eller placebo plus BSC (n=255). En interim analyse viste en forbedring i den mediane overlevelse for regorafenibgruppen (6,4 versus 5,0 måneder). Studiet blev herefter afblindet, og patienter, der

havde fået placebo, fik mulighed for at få behandling med regorafenib. FDA godkendte senere på året regorafenib som behandling af patienter med metastaserende colorektal cancer, der er progredieret på standardbehandling.

Enzalutamid forbedrer overlevelsen og er blevet en ny standard behandlingsmulighed for mænd med tidligere kemoterapi behandlet prostatakræft

Mænd (n=1,199) med kastraktions-resistent prostatakræft blev randomiseret til enzalutamid eller placebo. Mændene var tidligere blevet behandlet med docetaxel. Den mediane overlevelse for mænd i enzalutamid gruppen var 18,4 måneder versus 13,6 måneder i placebo gruppen. Ved en interim analyse sås det, at mænd, der fik enzalutamid, havde en 37 % lavere mortalitetsrate end mænd i placebo gruppen. Studiet blev herefter afblindet, og enzalutamid blev tilbudt patienter i placebo gruppen. FDA godkendte herefter enzalutamid som behandling af mænd med metastaserende kastraktions-resistent prostatakræft, der tidligere er behandlet med kemoterapi.

Kemoterapi plus bevacizumab er mere aktivt end kemoterapi alene ved platin-resistent genvækst af ovariekræft

Et fase III studie, AURELIA, indicerer, at tilføjelse af bevacizumab til standard kemoterapi forbedrer prognosen for kvinder med genvækst af platin-resistent ovariecancer. Kvinderne (n=361), der indgik i studiet, havde fået to tidligere behandlingsregimer. De blev randomiseret til selekteret standard kemoterapi (pegylet liposomalt doxorubicin, topotecan eller ugentlig paclitaxel) alene eller kemote-

rapi plus bevacizumab. Median tid til progression var 6,7 måneder for kemoterapi plus bevacizumab mod 3,4 måneder i den anden gruppe. Patienter i kemoterapi-alene gruppen kunne krydse over til bevacizumab armen ved progression.

Cabozantinib forsinket signifikant progression af medulært thyroidea carcinom (MTC)

Patienter (n=330) med progrediende, inoperabelt, lokalt avanceret eller metastaserende MTC blev randomiseret til det eksperimentelle lægemiddel cabozantinib eller placebo. Cabozantinib hæmmer 3 forskellige proteiner, herunder RET, og hæmmer herved vækst af tumorblodkar og metastaser. Cirka halvdelen af patienterne havde RET gen forandringer i deres tumorer. Cabozantinib forlængede tid til progression med mere end 7 måneder sammenlignet med placebo (11,2 versus 4 måneder). Tumorsvind sås hos 28% af patienterne, der fik cabozantinib, med en median responsvarighed på 14,6 måneder. Der er søgt om FDA godkendelse af lægemidlet.

Kombinationskemoterapi forlænger overlevelsen hos nogle patienter med NSCLC

NSCLC patienter med en performance status (PS) på 2 synes at leve længere, hvis de behandles med carboplatin og pemetrexat kombinationskemoterapi. Tidligere ubehandlede patienter med avanceret NSCLC blev randomiseret til behandling med pemetrexat (102 patienter) eller carboplatin og pemetrexat (103 patienter). Median overlevelsen var henholdsvis 5,6 og 9,1 måneder, og tumorrespons sås hos 10% og 24% af patienterne i de to grupper. NSCLC patienter med en PS 2 kan således både tåle og få gavn af kombinationskemoterapi.

Pazopanib udskyder progression hos patienter med kemoterapi-resistent metastaserende bløddelssarkom

I alt 369 patienter med avanceret bløddelssarkom, hvis sygdom var

blevet forværret på trods af standard kemoterapi, blev randomiseret til behandling med pazopanib eller placebo. Overkrydsning mellem armene var ikke tilladt. Median tid til sygdomsprogression var henholdsvis 4,6 versus 1,6 måneder. Den samlede overlevelse var dog ens i de to grupper: 12,5 og 10,7 måneder.

Screening med flexibel sigmoideoskopi reducerer mortaliteten af visse colorektal cancer

Flexibel sigmoideoskopi undersøger kun rektum og sigmoideum, men den dækker hermed de områder, der hyppigst rammes af colorektal cancer. Mere end 154.000 deltagere mellem 55 og 74 år blev randomiseret til initial flexibel sigmoideoskopi screening og højst 2 gentagne screeninger ved 3 og 5 år eller standard behandling. Med en median follow-up på 11,9 år medførte flexibel sigmoideoskopi en reduktion i den samlede colorektal cancer mortalitet på 26% og en reduktion i colorektal cancer incidens på 21%. Mortalitet relateret til distal colorektal cancer blev reduceret med 50% og incidensen med 29%. Til gengæld sås ingen reduktion i mortaliteten af proximal colorektal cancer og kun en 14% reduktion i incidensen af denne sygdomsgruppe.

Det antipsykotiske lægemiddel olanzapin kan kontrollere kemoterapi-induceret kvalme og opkastning opstået trods behandling

Studiet indrullerede patienter, der modtog udtalt emetogene kemoterapeutika (cisplatin, doxorubicin og/eller cyclofosamid), og som blev behandlet med de anbefalede lægemidler mod kemoterapi-induceret kvalme og opkastning (CINV). De patienter, der udviklede 'breakthrough' CINV blev herefter randomiseret til enten daglig olanzapin eller daglig metoclopramid i 3 dage. I observationsperioden havde 71% af olanzapin patienterne ingen opkastninger versus 32% af metoclopramid patienterne. Kvalme opstod ikke hos henholdsvis 67% og 24% af patienterne.

Det antidepressive lægemiddel duloxetine kan muligvis mindske smerten af kemoterapi-induceret perifer neuropati

I studiet indgik 231 patienter med kemoterapi-induceret perifer neuropati (CIPN), der var fremkommet efter behandling med oxaliplatin eller paclitaxel. Patienterne blev randomiseret til duloxetine fulgt af placebo eller placebo fulgt af duloxetine. Patienter, der startede med duloxetine behandling, havde en større gennemsnitlig formindskelse i deres smertescore (-1,09) sammenlignet med de patienter, der startede med placebo (-0,33). Duloxetine var veltolereret, med let træthed som den mest almindelige bivirkning.

Identifikation af faktorer, der har betydning for, om ældre patienter kan tåle kemoterapi

En omfattende geriatrisk undersøgelse blev foretaget ved baseline af 348 patienter, der var ældre end 70 år, og hos hvem kemoterapi for forskellige cancertyper var planlagt. Avanceret sygdom, lavt score ved vurdering af ernærings-tilstand og dårlig mobilitet forudsagde død inden for <6 måneder efter start af kemoterapi.

Faktorer, der forudsiger risiko for udvikling af kemoterapi-relaterede bivirkninger hos ældre voksne

Et observationsstudie inkluderede 500 patienter mellem 65 og 91 år med stadie I til IV lunge-, GI-, gynækologisk-, bryst-, urogenital- og andre typer af kræft. Før behandling blev der foretaget en vurdering af demografi, tumor og behandlingskarakteristika, laboratorieprøveresultater og geriatriske status (funktion, comorbiditet, kognition, fysiologiske tilstand, social aktivitet/hjælp og ernærings-tilstand). Patienterne blev observeret under en serie kemoterapi. På basis af vurderinger foretaget før behandling og de observerede bivirkninger, blev der udviklet et scoresystem og en risiko stratificeringsmodel, der kan identificere ældre voksne som havende lav, mellem eller høj risiko for at udvikle bivirkninger til kemoterapi.

Referencer

- Attal M, Lauwers-Cances V, Marit G et al. Lenalidomide maintenance after stem-cell transplantation for multiple myeloma. *N Engl J Med* 2012;366:1782-91
- Baselga J, Cortés J, Kim SB et al. Pertuzumab plus trastuzumab plus docetaxel for metastatic breast cancer. *N Engl J Med* 2012;366:109-19
- Baselga J, Campone M, Piccart M et al. Everolimus in postmenopausal hormone-receptor-positive advanced breast cancer. *N Engl J Med* 2012;366:520-29
- Grothey A, Sobrero AF, Siena S et al. Results of a phase III randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial (CORRECT) of regorafenib plus best supportive care (BSC) versus placebo plus BSC in patients with metastatic colorectal cancer who have progressed after standard therapies. *J Clin Oncol* 2012;suppl 4: abstr LBA385
- Hurria A, Togawa K, Mohile SG et al. Predicting chemotherapy toxicity in older adults with cancer: A prospective multicenter study. *J Clin Oncol* 2011;29:3457-65
- Smith EML, Pang H, Cirrincione C et al. CALGB 170601: A phase III double-blind trial of duloxetine to treat painful chemotherapy-induced peripheral neuropathy (CIPN). *J Clin Oncol* 2012;30:570s (suppl: abstr CRA9013)
- Lilenbaum R, Zukin M, Pereira JR et al. A randomized phase III trial of single-agent pemetrexed versus carboplatin and pemetrexed in patients with advanced non-small cell lung cancer and performance status of 2. *Clin Oncol* 2012;30:481s (suppl: abstr 7506)
- Navari RM, Nagy CK, Gray SE et al. The use of olanzapine versus metoclopramide for the treatment of breakthrough chemotherapy-induced nausea and vomiting (CINV) in patients receiving highly emetogenic chemotherapy. *J Clin Oncol* 2012;30:582s (suppl: abstr 9064)
- Palumbo A, Hajek R, Delforge M et al. Continuous lenalidomide treatment for newly diagnosed multiple myeloma. *N Engl J Med* 2012;366:1759-69
- Pujade-Lauraine E, Hilpert F, Weber B et al. AURELIA: A randomized phase III trial evaluating bevacizumab plus chemotherapy for platinum-resistant recurrent ovarian cancer. *J Clin Oncol* 2012;30:327s (suppl: abstr LBA5002)
- Scher HI, Fizazi K, Saad F et al. Increased survival with enzalutamide in prostate cancer after chemotherapy. *N Engl J Med* 2012;367:1187-97
- Schoen RE, Pinsky PF, Weissfeld JL et al. Colorectal cancer incidence and mortality with screening flexible sigmoidoscopy. *N Engl J Med* 2012;366:2345-57
- Schoffski P, Elisei R Müller S et al. An international, double-blind, randomized, placebo-controlled phase III trial (EXAM) of cabozantinib (XL184) in medullary thyroid carcinoma patients with documented RECIST progression at baseline. *J Clin Oncol* 2012;(suppl: abstr 5508)
- Soubeyran P, Fonck M, Blanc-Bisson C et al. Predictors of early death risk in older patients treated with first-line chemotherapy for cancer. *J Clin Oncol* 2012;30:1829-34
- Van der Graf WT, Blay JY, Chawla SP et al. Pazopanib for metastatic soft-tissue sarcoma (PALETTE): A randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet* 2012;379:1879-86
- Van Hagen P, Hulshof MC, Laschat JJ et al. Preoperative chemoradiotherapy for esophageal or junctional cancer. *N Engl J Med* 2012;366:2074-84
- Verma S, Miles D, Gianni L et al. Trastuzumab emtansine for HER2-positive advanced breast cancer. *N Engl J Med* 2012;(epub ahead of print on October 1)



Highlights fra ASCO – GI Symposium

Af Fahimeh Andersen, SKA

I år var det 10. gang, der blev holdt ASCO-GI symposium. Det er i sig selv en stor begivenhed, det er værd at stoppe op og tænke over et øjeblik. Det har været 10 begivenhedsrige år, hvad angår behandling af øvre og nedre GI, og det er bemærkelsesværdigt, hvad vi siden 2003 har fået af nye behandlingsmuligheder til især patienter med metastaserende colorectal cancer.

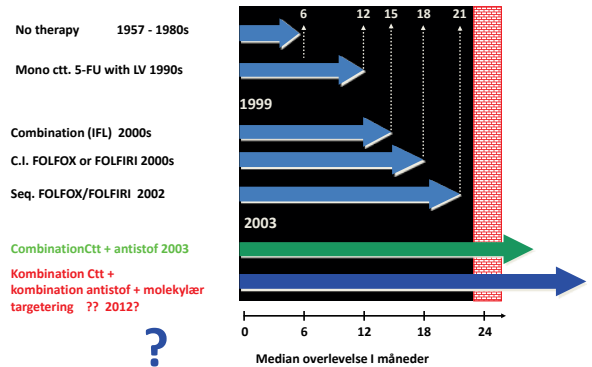
På dette års ASCO blev der præsenteret flere interessante studier. Mest spektakulært var måske det randomiserede fase III japanske JAPAC-01 studie (abstracts nr. 145) med 385 patienter med reseceret pancreas cancer, adenocarcinom, som fik enten adjuvant gemcitabin eller adjuvant S-1 i 6 måneder. To års overlevelse var 53% for gemcitabin og 70 % for S1, median overlevelse var 25,5% for

gemcitabin og endnu ikke nået for S-1. PFS var 11,2 måneder for GEM and 23,2 måneder for for S-1. Det bliver spændende at se, om disse resultater kan opnås i andre populationer.

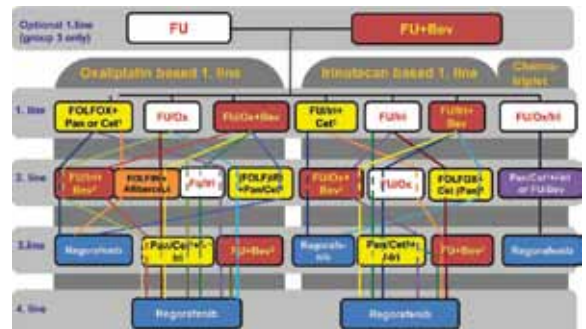
Derudover fik resultaterne af MI-PACT studiet (abstracts nr. LBA 146) meget opmærksomhed. Et fase III studie med i alt 861 patienter med lokal avanceret pancreas cancer, som blev randomiseret til enten nab-pacitaxel plusgemcitabin eller gemcitabin alene. Median overlevelse var 8,5 mdr for nap-pacitaxel + Gemcitabin og 6,7 måneder for Gemcitabin (HR=0.729). Grade 3-4 neutropenia, træthed og neuropati forekommer hyppigere med nab-pacitaxel-Gem. Yderligere highlights fremhæves på www.oncofacts.com.

Nedenfor bringes udvalgte abstracts for nedre GI samt danske abstracts, der blev præsenteret på årets møde.

Fremskridt i behandlingen af colorectal cancer



Behandling af MCRC - 2012



ESMO Guidelines, dec. 2012

Abstract no. 335

A phase II study of complete neoadjuvant therapy in rectal cancer (CONTRE): The Brown University Oncology Group

Perez K, Pricolo V, Vrees M, DiPetrillo TA, Oldenberg N, Klipfel A, et al. Brown University Oncology Group, Providence, RI; Warren Alpert School of Medicine of Brown University, Providence, RI; Alpert Medical School of Brown University, Providence, RI; Warren Alpert Medical School of Brown University, Providence, RI

Background

While preoperative chemoradiation followed by surgery is the standard approach for patients (pts) with newly diagnosed clinical stage II-III rectal cancer, many are unable to tolerate postoperative adjuvant chemotherapy which may compromise disease-free and overall survival. CONTRE is a multicenter phase II study designed to determine the feasibility of administering all chemotherapy prior to surgery and to assess its impact on pathologic complete response (pCR) and complete (R0) resection

Methods

Pts with T3-4 and/or N1-2 rectal cancer, staged by endorectal ultrasound (ERUS) and pelvic MRI, receive modified (m) FOLFOX6 every 2 weeks x 8 cycles, followed by repeat MRI and proctoscopy to assess response. Pts then receive 50.4 Gy IMRT with 5-FU 225 mg/m²/day or capecitabine 825mg/m² BID, 5 days per week during radiation, followed by surgery 4-8 weeks later.

Results

Thus far, we have enrolled 36 of a planned 39 pts (median age 58,

range 30-79; T2-1, T3-30, T4-2; N1-20, N2-7). 28 of the first 30 (93%) completed 8 cycles of mFOLFOX6. 26 pts have completed chemoradiation while 2 chose to proceed directly to surgery. All patients opted to receive capecitabine during radiation. Grade 3/4 toxicities during chemotherapy and chemoradiation have included diarrhea (16%) and neutropenia (12%), with grade 3 renal and cardiac toxicities reported in one patient each. A clinical complete response after chemotherapy alone was achieved in 3 of 29 (10%). Of the first 21 pts undergoing surgery, pCR has been achieved in 6 (29%) and R0 resections in 100%. Thus far, all pts have been able to undergo sphincter-sparing resections. Study accrual will be completed by the meeting.

Conclusions

A larger proportion of stage II-III rectal cancer pts are able to complete mFOLFOX6 (>90% in our cohort) when administered prior to chemoradiation and surgery. Complete neoadjuvant treatment may represent a well-tolerated alternative to the current standard treatment sequence and a platform for the evaluation of novel therapeutics such as targeted agents during preoperative therapy. Funded in part by LIFEcycle, Inc. Clinical trial information: NCT01363843.

Abstract no. 336

FOLFOXIRI plus bevacizumab (bev) versus FOLFIRI plus bev as first-line treatment of metastatic colorectal cancer (mCRC): Results of the phase III randomized TRIBE trial.

Loupakis F, Cremonini C, Masi G, Lonardi S, Zaganel V, Trenta P et al. *U.O. Oncologia Medica 2, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Istituto Toscano Tumori, Pisa, Italy; Oncologia Medica 1, Istituto Oncologico Veneto - IRCCS, Padova, Italy; DH Oncologico - Policlinico Umberto I, Roma, Italy; Divisione di Medicina e Oncologia Medica, Azienda Istituti Ospitalieri di Cremona, Cremona, Italy; Dipartimento di Oncologia, Istituto Scientifico San Raffaele, Milano, Italy; Medical Oncology Unit, Molinette Hospital, Turin, Italy; U.O. Oncologia Medica, Casa di Cura Poliambulanza, Brescia, Italy; Università Campus Bio-Medico, Rome, Italy; Dipartimento di Oncologia Medica, Istituto Nazionale Tumori, Aviano, Italy; U.O. Oncologia Medica, Ospedale Versilia, Viareggio, Italy; Medial Oncology Unit, National Cancer Institute, Genoa, Italy; Department of Molecular and Clinical Endocrinology and Oncology, University of Naples Federico II, Naples, Italy; Division of Oncology, Arcispedale S. Maria Nuova, Reggio Emilia, Italy; Division of Medical Oncology, USL 5 Pontedera, Pontedera, Italy; Istituto Toscano Tumori, Firenze, Italy; Dipartimento di Oncologia dei Trapianti e delle Nuove Tecnologie in Medicina, Università di Pisa, Pisa, Italy*

Background

First-line FOLFOXIRI demonstrated superior activity and efficacy compared to FOLFIRI. Moreover, the outcome is improved by the addition of bev to first-line doublets. A phase II study of FOLFOXIRI/bev showed promising activity and manageable toxicities. The present trial compared FOLFOXIRI/bev to FOLFIRI/bev as first-line treatment in unresectable mCRC.

Methods

Eligibility criteria included: measurable and unresectable mCRC, age 18-75 years, no prior chemotherapy for advanced disease. Patients (pts) were randomized to either FOLFIRI/bev (bev 5 mg/kg, irinotecan 180 mg/sqm, I-LV 200 mg/sqm, 5FU bolus 400 mg/sqm, 5FU infusion 2400 mg/sqm over 48h q2w, arm A) or FOLFOXIRI/bev (bev 5 mg/kg, irinotecan 165 mg/sqm, oxaliplatin 85 mg/sqm, I-LV 200 mg/sqm, 5FU infusion 3200 mg/sqm over 48h q2w, arm B). Treatment was planned for a maximum of 12 cycles followed by maintenance with bev and 5FU until progression. Primary endpoint was progression-free survival (PFS).

Results

Between July 2008 and May 2011, 508 pts were randomized among 35 Italian centers. Pts characteristics were (arm A/arm B): median age 60/61 yrs, ECOG PS 1-2 11%/10%, synchronous metastases 81%/79%, multiple sites of disease 74%/70%. At a median follow-up of 20.9 months 391 pts have progressed. The study met its primary endpoint: FOLFOXIRI/bev significantly increased PFS (median 9.5 vs 11.9 months, HR 0.72 [95%CI:0.59-0.87], p=0.001). Response rate was also significantly increased (53% vs 64%, p=0.015). Main per patient toxicities were (arm A/arm B): grade 3-4 diarrhea 10%/18%, grade 3-4 vomiting 3%/4%, grade 3-4 stomatitis 4%/8%, grade 3-4 peripheral neurotoxicity 0%/5%, grade 3-4 neutropenia 20%/49%, febrile neutropenia 6%/8%, hypertension 2%/4%, thromboembolic events 7%/7%, bleeding 1%/1%. Deaths within 60 days were 3% and 4%.

Conclusions

FOLFOXIRI/bev significantly increases PFS and response rate compared to FOLFIRI/bev. Chemotherapy- and bev-related toxicities occur with the expected incidence. Clinical trial information: NCT00719797

Abstract no. 337

Bevacizumab (bev) in combination with capecitabine (cape) for the first-line treatment of elderly patients with metastatic colorectal cancer (mCRC): Results of a randomized international phase III trial (AVEX).

Cunningham D, Lang I, Lorusso V, Ocvirk J, Shin D, Jonker DJ et al. *The Royal Marsden Hospital, London and Surrey, United Kingdom; National Institute of Oncology, Budapest, Hungary; Oncologic Institute, Vito Fazzi Hospital, Lecce, Italy; Institute of Oncology Ljubljana, Ljubljana, Slovenia; Department of Internal Medicine, Gachon University Gil Hospital, Incheon, South Korea; The Ottawa Hospital, Ottawa, ON, Canada; F. Hoffmann-La Roche Ltd., Basel, Switzerland; Roche Pharma AG, Grenzach-Wyhlen, Germany; The Christie NHS Foundation Trust, Manchester, United Kingdom*

Background

Elderly patients (pts) comprise the majority of pts diagnosed with mCRC, although they are in general underrepresented in clinical trials. AVEX, an open-label phase III trial, evaluated the efficacy and safety of cape ± bev in elderly pts with previously untreated mCRC.

Methods

Pts ≥70 years with mCRC, for whom single-agent chemotherapy was deemed appropriate, were randomized 1:1 to receive first-line cape (1000 mg/m² bid days 1-14) as monotherapy or in combination with bev (7.5 mg/kg) q3w. The primary endpoint was progression-free survival (PFS). Secondary endpoints included overall survival (OS), overall response rate (ORR), and safety. The study was powered to show a difference in PFS, but not OS, between treatment arms. PFS and OS estimates were calculated using Kaplan-Meier methods.

Results

280 pts across 10 countries were randomized to cape + bev (n=140) and cape alone (n=140). Median age at enrollment was 76 years (range, 70-87), and 91.1% of pts had an ECOG performance status of 0-1. Baseline pt and disease characteristics were well balanced between arms. Bev + cape was associated with significantly prolonged PFS compared with cape alone (median of 9.1 vs 5.1 months; hazard ratio [HR],

0.53; 95% confidence interval [CI], 0.41-0.69; p<0.001). The ORR was also significantly improved in the bev + cape arm (19.3% vs 10.0%; p=0.042). OS was longer in pts treated with bev + cape vs cape alone, although this difference did not reach statistical significance (median of 20.7 vs 16.8 months; HR, 0.79; 95% CI, 0.57-1.09; p=0.182). Grade ≥3 adverse events occurred in 59.0% vs 44.1% of pts in the bev + cape and cape arm, respectively. Treatment was in general well tolerated and the safety profile consistent with previously reported data for bev + cape.

Conclusions

This is the first randomized study prospectively evaluating bev specifically in elderly pts with mCRC. Based on the efficacy and safety results, bev plus cape might be an optimal treatment approach to improve outcomes in elderly pts. Clinical trial information: NCT00484939.

Forebyggende

Abstract no. 346

The impact of aspirin and statin usage on the likelihood of advanced neoplasia at colonoscopy following a positive FOB screening test.

Mansouri D, Mcmillan DC, Crighton EM, Horgan PG; Academic Department of Surgery, University of Glasgow, Glasgow, United Kingdom; Academic Department of General Surgery, University of Glasgow, Glasgow, United Kingdom; Public Health Screening Unit, Greater Glasgow and Clyde, Glasgow, United Kingdom

Background

There is increasing evidence that non-steroidal anti-inflammatory drugs, in particular aspirin, and statins can reduce the incidence and progression of colorectal cancer. However, studies examining this relationship within colorectal cancer screening are limited. Therefore the aim of the present study was to assess the impact of aspirin and statins on an individual's risk of advanced neoplasia in a colorectal cancer screening programme.

Methods

A prospectively maintained database of all patients in the first round of screening (April 2009 to March 2011) in our geographical was analysed. Medication usage was recorded prospectively at pre-colonoscopy assessment. The outcome measure was advanced neoplasia, which was defined as cancer or an intermediate or high risk adenomata (>2 polyps, or > 1 polyp >1cm).

Results

4,631 individuals underwent colonoscopy following a positive FOBt of which complete results were available for 4,188 (90%) pts. Overall,

657 (16%) were on aspirin, 880 (21%) were on statins and 537 (13%) were on both. Colorectal pathology was associated with a positive FOBt in 3,043 (73%) pts. Aspirin usage was associated with a reduced likelihood of colorectal pathology being identified (OR 0.79 (0.66-0.95) p=0.012). In the 3,043 pts in whom colorectal pathology was identified, advanced neoplasia was seen in 1,704 (56%) pts. Patients with advanced neoplasia were more likely to be older (OR 1.38 (1.19-1.59)) and male (OR 1.66 (1.43-1.94)) (both p<0.001). In contrast, those on aspirin (OR 0.68(0.56-0.83)), statins (OR 0.65 (0.55-0.78)) or both (OR 0.69 (0.55-0.86)) were less likely to have advanced neoplasia at colonoscopy (all p<0.001). On multivariate analysis, use of both aspirin and statins (OR 0.60 (0.48-0.75) p<0.001) remained independently associated with less advanced neoplasia.

Conclusions

In patients undergoing colonoscopy following a positive FOBt with documented evidence of statin or aspirin usage, advanced neoplasia was less likely to be found. This suggests that usage of these medications may have a chemopreventative effect within the context of screening for colorectal cancer.

Danske abstracts

Abstract no. 164

Pretreatment plasma concentrations of YKL-40 and IL-6 in patients with pancreatic cancer: Potential diagnostic and prognostic biomarkers.

Schultz NAa, Christensen IJ, Werner J, Giese N, Jensen BV, Larsen O, et al. Department of Surgical Gastroenterology and Transplantation, Rigshospitalet, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; The Finsen Laboratory, Rigshospitalet and Biotech Research and Innovation Centre, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; Department of General, Visceral, and Transplant Surgery, University of Heidelberg, Heidelberg, Germany; Department of Oncology, Herlev Hospital, Copenhagen, Denmark; Department of Oncology, Copenhagen University Hospital Herlev, Herlev, Denmark; Department of Oncology, Odense University Hospital, Odense, Denmark; Departments of Oncology, Hillerød Hospital, Hillerød, Denmark; Department of Oncology, Aalborg Hospital, Aalborg, Denmark; Sygehus Syd Naestved, Naestved, Denmark; Department of Surgical Gastroenterology, Herlev Hospital, University of Copenhagen, Herlev, Denmark; Faculty of Health Sciences, Copenhagen University Hospital, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; Department of Clinical Immunology, Aalborg Hospital, Aarhus University Hospital, Aalborg, Denmark; Department of Medicine and Oncology, Copenhagen University Hospital Herlev, Herlev, Denmark

Background

To test the hypothesis that high pretreatment plasma YKL-40 and IL-6 associate with pancreatic cancer (PC) and short overall survival (OS).

Methods

556 patients with PC from Denmark (N=445) and Germany (N=111) were included in the present prospective biomarker study. 152 (27%) patients were operated and treated postoperative with adjuvant gemcitabine. 404 (73%) had locally advanced or metastatic PC and received palliative chemotherapy (primarily gemcitabine). Pretreatment plasma YKL-40 and IL-6 were determined by ELISA with known reference intervals in healthy subjects.

Results

The OR for prediction of PC in the whole study population was significant for all 3 biomarkers with CA 19-9 having the highest AUC (YKL-40: OR=4.50, 95% CI 3.99-5.08, p<0.0001, AUC=0.87; IL-6: OR=3.68, 3.08-4.44, p<0.0001, AUC=0.87; CA 19-9: OR=2.28, 1.97-2.68, p<0.0001, AUC=0.93). YKL-40, IL-6 and CA-19-9 increased with more advanced stage (YKL-40 median (IQR): Stage IA-IIA 100 (68-157), IIB-III 101

(59-179), IV 166 (89-296) µg/L, p<0.0001; IL-6: Stage IA-IIA 4.2 (1.9-8.9), IIB-III 4.0 (2.1-8.2), IV 7.4 (3.6-18) ng/L, p<0.0001); CA-19-9: Stage IA-IIA 58 (10-622), IIB-III 209 (54-856), IV 1041 (146-9178) ng/L, p<0.0001). Univariate Cox analysis in resected patients showed that only pretreatment IL-6 and CA 19-9 (dichotomized according to normal values) were associated with short OS (YKL-40: HR=1.38, 0.87-2.18, p=0.17; IL: HR=2.23, 1.41-3.52, p=0.0006; CA 19-9: HR=2.80, 1.54-5.09, p=0.0007). In non-resectable patients all 3 biomarkers were associated with short OS (YKL-40: HR=1.54, 1.23-1.93, p=0.0001; IL: HR=1.63, 1.29-2.06, p<0.0001; CA 19-9: HR=1.48, 1.02-2.15, p=0.039). Multivariate Cox analysis in non-resectable patients (YKL-40, IL-6, CA 19-9 (log transformed base 2), age, sex, and stage) demonstrated that YKL-40 (HR=1.12, 1.02-1.23, p=0.021), IL-6 (HR=1.20, 1.09-1.31, p=0.0001) and CA 19-9 (HR=1.10, 1.07-1.14, p<0.0001) were independent biomarkers for short OS. This was not found in resected patients.

Conclusions

Pretreatment plasma concentrations of YKL-40 and IL-6 may be new diagnostic and prognostic biomarkers in patients with PC.

Abstract no. 392

Plasma levels of TIMP-1 in chemo-naive patients with metastatic colorectal cancer treated with first-line FLOX with or without cetuximab: Results from the Nordic VII Study.

Tarpgaard LS, Guren TK, Glimelius B, Sorbye H, Ikdahl T, Christensen JJ et al. Department of Oncology, Odense University Hospital, Odense, Denmark; Department of Oncology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway; Akademiska University Hospital, Uppsala, Sweden; Haukeland University Hospital, Bergen, Norway; The Finsen Laboratory, Rigshospitalet and Biotech Research and Innovation Centre, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; Oslo University Hospital, Oslo, Norway; Department of Surgical Gastroenterology, Copenhagen University Hospital Hvidovre, Hvidovre, Denmark; Department of Veterinary Disease Biology, Faculty of Life Sciences, University of Copenhagen, Frederiksberg, Denmark

Background

KRAS status is presently the best known biomarker to select patients with metastatic colorectal cancer (mCRC) for therapy with EGFR inhibition. However, in NORDIC VII a survival benefit of adding cetuximab to the Nordic FLOX regimen could not be confirmed. Plasma Tissue Inhibitor of Metalloproteinases-1 (TIMP-1) is a promising biomarker in patients with mCRC, and has multiple actions including regulation of apoptosis, angiogenesis, cell growth and differentiation. High levels of TIMP-1 associate with reduced sensitivity to irinotecan-based treatment in patients with mCRC. We investigated whether high plasma TIMP-1 also correlates with response rate, progression-free survival (PFS) and overall survival (OS) in patients with mCRC treated in NORDIC VII.

Methods

In NORDIC VII 571 patients with mCRC were randomized to: (A) Nordic FLOX; (B) Nordic FLOX + cetuximab or (C) Nordic FLOX intermittently + cetuximab continuously. Baseline plasma samples for TIMP-1 analysis were available from 426 patients (79%). Plasma TIMP-1 was determined using the MAC15 antibody in-house validated kinetic Enzyme Linked Immunosorbent Assay.

Results

Median plasma TIMP-1 was 296 ng/mL. The tumor was KRAS mutated in 149 patients (35%). Best response did not correlate to TIMP-1 values (OR=1.16, 0.91-1.49, p=0.22). High plasma TIMP-1 was associated with short PFS (HR=1.22, 1.07-1.39, p=0.003) and OS (HR=1.55, 1.36-1.80, p<0.0001). Multivariate analysis (TIMP-1, age, gender, KRAS, ALP, WBC, platelets, CRP, CEA, WHO PS, no. of metastatic sites) demonstrated that high plasma TIMP-1 was not an independent biomarker of PFS (HR=0.95, 0.76-1.18, p=0.65) or OS (HR=1.17, 0.91-1.50, p=0.22). Multivariate analysis retained CRP, PS and no. of metastatic sites in the final model for PFS and alkaline phosphates, PS and no. of metastatic sites for OS.

Conclusions

Plasma TIMP-1 is a new prognostic biomarker in patients with mCRC treated with 1st line Nordic FLOX +/- cetuximab. Due to the design of NORDIC VII, a predictive effect of plasma TIMP-1 could only be estimated for cetuximab treatment and no significant treatment by marker intervention was observed.

Vidste du, at..?

... sammenlignet med adjuverende aromatase hæmmere (AI) øger adjuverende tamoxifen signifikant overlevelsen hos mænd med stadie I-III, invasiv østrogen receptor-positiv *brystkræft*. Studiet er et retrospektivt registerstudie med 257 mandlige deltagere. Tamoxifen blev givet til 207 mænd og en AI til 50. Den eneste signifikante forskel mellem grupperne bestod i, at flere mænd i AI gruppen var blevet behandlet med stråleterapi end i tamoxifen gruppen. Den mediane follow-up var 42,2 måneder. Både tamoxifen og AI blev givet i 5 år. Sammenlignet med tamoxifen medførte AI en øgning i mortalitet på 1,5 gang (HR 1,55; 95% CI 1,13-2,13; p=0,007).

Eggemann H, Ignatov A, Smith BJ et al.
Adjuvant therapy with tamoxifen compared to aromatase inhibitors for 257 male breast cancer patients.
Breast cancer Res Treat 2013;137:465-70

Mammografiscreening...

fortsat fra side 3

rer, at forholdet er ti til én, og vore estimater af overdiagnostik og effekten på brystkræftdødelighed er nu reproduceret af uafhængige forskergrupper i tidsskrifter som BMJ, *Annals of Internal Medicine* og *New England Journal of Medicine*⁷.

Arbejderne, der indgår i denne disputats, har også medført to revisioner af informationsmateriale om mammografiscreening i Storbritannien, men desværre er

dette fortsat misvisende, også i Danmark. Det Nordiske Cochrane Center har udarbejdet en uafhængig folder, der er tilgængelig på mange sprog på vores hjemmeside: www.cochrane.dk.

Forsvaret fandt sted den 11. januar 2013 på Center for Sundhed og Samfund.

Opponent

Professor, dr.med. Torben Jørgensen, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Glostrup.
Professor, dr.med. Anders Foldspang, rektor, Nordisk högskola för folkhälsovetenskap, Göteborg.

Leder af bedømmelsesudvalget

Professor, dr.med. Hans von der Maase, Onkologisk klinik, Rigshospitalet.

Afhandlingen er tilgængelig som PDF-fil på: www.cochrane.dk

Referencer

- Jørgensen KJ, Zahl PH, Gøtzsche PC. Breast cancer mortality in organised mammography screening in Denmark. A comparative study. *BMJ* 2010;340:c1241.
- Jørgensen KJ, Zahl PH, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in organised mammography screening in Denmark. A comparative study. *BMC Women's Health* 2009;9:36.
- Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Overdiagnosis in publicly organised mammography screening programmes: systematic review of incidence trends. *BMJ* 2009;339:b2587.
- Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Presentation on web sites of possible benefits and harms from screening for breast cancer: cross sectional study. *BMJ* 2004;328:148-51.
- Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Content of invitations for publicly funded screening mammography. *BMJ* 2006;332:538-541.
- Independent UK Panel on Breast Screening. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *Lancet* 2012;380:1778-86.
- Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. Art. No.: CD001877.



Birgitte Grube
EONS Præsident

Jeg har tænkt, at jeg vil benytte denne klumme til at rekruttere medlemmer til EONS bestyrelse og vores arbejdsgrupper. Jeg er klar over, at ikke alle læsere er sygeplejersker, men så er jeg sikker på, at I kender én af slagsen, som I kunne forestille jer kunne betrede de bonede gulve i europæiske og internationale sammenhænge.

Jeg ved, at jeg med denne retorik måske skaber distance. Det er ikke meningen. Jeg ønsker virkelig, at vi danskere blander os i europæisk arbejde. Vi er gode til diplomati og til at skabe konsensus, og det er der brug for, når man skal arbejde med flere kulturer.

Derudover er vi rigtig dygtige inden for vores felt: kræftsygepleje. Men vi er ikke gode nok til at komme ud over rampen. Vi skal tro mere på os selv, ikke lade Janteloven bestemme, men have mod og styrke til at markere os. Lad ikke sprogbarrieren være en hæmsko. Hvis man virkelig lytter til mangfoldigheden i, hvordan det engelske sprog forvaltes, er der en charme i det og en udfordring, som kun er sjovt, hvis alle prøver. Og tro mig, alle synes det er svært, så hvorfor ikke bare kaste sig ud i det!

Med denne lille intro-opsang, vil jeg gøre lidt reklame for det at sidde i EONS bestyrelse og uddybe, hvad arbejde egentlig går ud på.

Sammensætning af EONS bestyrelse

EONS bestyrelse består af 9 medlemmer:

- President-Elect
- President
- Past-President
- Treasurer
- Secretary
- Board Member – Communication
- Board Member – Advocacy
- Board Member – Research
- Board Member – Education

I sidste nummer af SKA Nyt beskrev jeg EONS strategi med CARE – Communication, Advocacy, Research og Education - som hovedområderne, hvor et bestyrelsesmedlem er ansvarlig for hvert område, og hvortil der er tilknyttet en arbejdsgruppe.

Til september 2013 forlader 4 bestyrelsesmedlemmer følgende poster: President-Elect, Treasurer, Board Member – Advocacy og Board Member - Education.

Bestyrelsen består således altid af 3 formænd, og ifølge vedtægterne anbefales det, at formændene kommer fra 3 forskellige europæiske lande, dvs sige, at for posten som President-Elect ses det helst, at man ikke fra Holland eller Danmark. Men det er ikke en fast regel.

Mange formænd er startet deres tid i bestyrelsen som almindeligt medlem, og efter 2 år har de stillet op til posten som formand. Jeg synes dog, at hvis man har modet og engagementet til at være formand for EONS, er de to år som President-elect en virkelig god lærlinge-tid. Man behøver således ikke at være bestyrelsesmedlem først. Men det handler om temperament. I er altid velkomne til at ringe til mig!

Der er en tendens til, at bestyrelsen består af et flertal af medlemmer med engelsk som deres modersmål. Mange sygeplejersker føler sig netop pga sproget

ikke godt nok rustede til at varetage en position i EONS bestyrelse. Det har vi besluttet at gøre noget ved. Derfor vil vi gerne udvide vores bestyrelse med to medlemmer fra lande, som ikke normalt er aktive, eller som er i økonomiske krise/vanskeligheder og derfor har ringe mulighed for at deltage. Vi har valgt at oprette to positioner og kaldt dem Special Advisors. De vil deltage i bestyrelsesmøder men vil ikke have mulighed for at stemme. Vi håber, at vi med denne konstellation kan skabe viden omkring EONS arbejde og få flere medlemmer/lande til at engagere sig.

Arbejdsindsats

Som bestyrelsesmedlem af EONS arbejder man frivilligt og modtager ikke løn for arbejdet, da dette er forbudt i henhold til Charity Commissions regler (lov om velgørenhed under engelsk lov). Alle udgifter er selvfølgelig betalt i forhold til bestyrelsesmøder og konferencedeltagelse.

At være en del af en europæisk bestyrelse er super spændende og byder på så mange muligheder inden for kræftområdet. Man får opbygget et stort netværk, man altid kan trække på, og man udvider sin viden og holdning til, hvordan kræftsygepleje foregår i andre lande og under helt andre vilkår end de danske. Arbejdet i EONS gør en ydmyg over for andre løsninger på mange problemstillinger.

Gå ind på www.cancernurse.eu og læs mere detaljeret om vores arbejde.

At være en del af EONS bestyrelse er krævende, både hvad angår tid og evner. Man skal regne med at bruge ca. 1 dag om ugen på EONS arbejde som bestyrelsesmedlem, og ca. 2 dage som formand. Hvis engelsk ikke er første sprog, skal man nok regne med at anvende mere tid. Derudover er der ca. 10 rejsedage om året til bestyrelsesmøder, og der kan forekomme yderligere rejser i forbindelse konferencer eller projekter-sam-

arbejder. Det er derfor tilrådeligt, at man sikre sig, at ens arbejdsgiver støtter, at man ønsker at blive EONS bestyrelsesmedlem.

I inviteres således til selv at stille op - eller opfordre kollegaer - til EONS bestyrelse. Gå ind på følgende hjemmeside: http://www.cancernurse.eu/about_eons/elections.html

Følg instruktionerne og læs beskrivelser fra de bestyrelsesmedlemmer, der forlader EONS til september (Board Members testimonies).

Deadline er den 29. april 2013

Afstemningen foregår elektronisk, og alle EONS medlemslande har mulighed for at stemme. Resultat af valget vil blive annonceret via email, og der stemmes endeligt på EONS generalforsamling i september 2013 på ECCO konferencen i Amsterdam.

Jeg ser frem til, at danske sygeplejersker stiller op til disse poster og/eller bliver medlem af en af EONS arbejdsgrupper.



Nyhedsrunden

Strammere overvågning af ny medicin

Koordineringsråd for ibrugtagning af sygehusmedicin (KRIS) har anbefalet brug af Jakavi mod myelofibrose. Samtidigt har KRIS stillet krav til, at lægemidlets virkning på den enkelte patient efterfølgende skal kunne måles. Systematisk opfølgning vil fremover i flere tilfælde blive en væsentlig del af KRIS beslutningsproces vedrørende anvendelse af ny medicin.

Dagens Pharma 15-01-2013

Danske onkologer oplever væsentligt højere kvantitative og emotionelle krav sammenlignet med den gennemsnitlige arbejder

I 2009 deltog 330 læger ansat på de 6 onkologiske centre og på 7 kommunale onkologiske afdelinger i en spørgeskemaundersøgelse for at beskrive deres psykosociale arbejdsmiljø. Resultaterne blev sammenholdt med data fra en repræsentativ del af danske arbejdere og med data fra en lignende undersøgelse foretaget i 2006. Responsraten var 67%. Sammenlignet med den gennemsnitlige danske arbejder rapporterede onkologerne værre arbejdsforhold, hvad angår kvantitative krav, arbejdstempo, emotionelle krav, indflydelse, udbrændthed og stress. Til gengæld rapporterede de bedre arbejdsforhold, når det drejede sig om mulighed for udvikling, meningsfyldt arbejde og tilknytning til arbejdspladsen. Data viste, at der er sket en væsentlig forbedring i det psykosociale arbejdsmiljø siden 2006, især hvad angår kvalitet af ledelsen, forudsigelighed, tilknytning til arbejdspladsen, at man kan stole på ledelsen, og at retfærdighed og belønning finder sted.

Andreassen CN, Eriksen JG. The psychosocial work environment among physicians employed at Danish oncology departments in 2009. A Nationwide cross-sectional study. Acta Oncologica 2012;52:138-46

Ny komplikation forårsaget af kemoterapi for genvækst af ovariecancer

Ved en gennemgang af patienter fra forfatterens institution, fandt man 4 patienter, der havde udviklet pladecelcarcinom i mundhulen og 1 patient, der havde udviklet dysplasi i den orale mucosa. Alle havde fået langtidsbehandling med pegyleret liposomal doxorubicin (PLD) enten som vedligeholdelsesbehandling eller på grund af genvækst af ovariecancer. Den kumulerede dosis af PLD var 1600 mg/m² og var blevet givet over 30 til 132 måneder. Alle 5 tilfælde var ikke rygere og havde ingen kendte risikofaktorer for humant papillomavirus. To af tilfældene fik hurtigt recidiv af mundhulecanceren efter kirurgi og stråleterapi. I samme tidsskrift har andre i breve til redaktøren beskrevet lignende tilfælde af patienter, der har udviklet mundhulecancer efter langtidsbehandling med PLD.

Cannon TL, Lai DW, Hirsch D et al. Squamous cell carcinoma of the oral cavity in nonsmoking women: a new and unusual complication of chemotherapy for recurrent ovarian cancer? The Oncologist 2012;17:1541-46

Fødsler øger risiko for efterfølgende CIN3+ hos kvinder med persisterende HPV infection

En populationsbaseret kohorte af kvinder deltog med personlige interviews og gynækologisk undersøgelse, hvor der blev taget prøver fra cervix med henblik på HPV DNA testning. Follow-up informationer (svarende til 13 år senere) om cervix læsioner blev indhentet fra Dansk Patologi Data Bank. Kvinder med højrisiko HPV infektion udgjorde det overordnede studiemateriale (n=1353). Ud af denne gruppe blev en

mindre gruppe (n=312) af kvinder med persisterende højrisiko HPV infektion identificeret. I sidstnævnte gruppe fandt man, at kvinder, der havde født, havde en signifikant øget risiko for at udvikle intraepitelt neoplas grad 3 eller værre (CIN3+) i cervix (HR 1,78; 95% CI 1,07-2,94). Der blev ikke fundet nogen association med graviditet, brug af spiral eller seksuel adfærd. Kvinder med persisterende HPV infektion, der brugte peroral kontraception, havde en formindsket risiko for udvikling af cervical carcinogenese (CIN3+) (HR 0,54; 95% CI 0,29-1,00). Data er dog baseret på små tal.

Jensen KE, Schmiedel S, Norriild B et al. Parity as a cofactor for high-grade cervical disease among women with persistent human papillomavirus infection: a 13-year follow-up. Brit J Cancer 2012; doi:10.1038/bjc.2012.513

Hovedparten af patienter med pancreas cancer (PC) modtager ikke behandling rettet mod deres kræftsygdom

Uselekerede PC tilfælde blev prospektivt registrerede mellem 2007 og 2009 i region Syddanmark. I samme periode blev i alt 618 PC patienter registreret i det danske cancerregister (DCR), og begge databaser blev slået sammen. Femogtyve patienter fra det lokale register var ikke rapporteret til DCR, yderligere 39 udgik af analysen, da deres tumor var af anden oprindelse, og yderligere 25 havde ikke adenocarcinom. De tilbageværende 579 patienter blev opdelt i 3 grupper baseret på den initiale behandling, de fik. Gruppe 1: resektion (n=64); gruppe 2: kemoterapi eller kemo-radioterapi (n=191); gruppe 3: ingen tumorrettet behandling (n=324). Median overlevelsen i de tre grupper var henholdsvis: 25,7 måneder (95% CI 18-30), 8,1 måneder (7,0 -9,5) og 1,1 måned (1,0-1,3). Kun 3% deltog i kliniske studier. De ikke behandlede patienter adskilte sig signifikant fra de behandlede, hvad angår flere af de basale prognostiske variable. Man fandt også, at den prognostiske værdi af basis faktorer varierede mere mellem resecerede og ikke-resecerede patienter end mellem behandlede versus ikke-behandlede patienter. Om det skyldes en forskel i biologi vides ikke. Der er behov for yderligere standardisering i rapportering fra populations baserede register, især hvad angår information om terapi og patologi. Uden disse data risikerer man at overse større forbedringer i overlevelsen hos behandlede patienter. Desuden medfører inklusion af ikke-verificerede og neuroendokrine tumorer i registre, at 5-års overlevelsen bliver usikker og ikke afspejler den aktuelle overlevelse af PC.

Bjerregaard JK, Mortensen MB, Schønnemann KR, Pfeiffer P. Characteristics, therapy and outcome in an unselected and prospectively registered cohort of pancreatic cancer patients. Eur J Cancer 2013; 49:98-105

Svær comorbiditet påvirker overlevelsen hos resecerede NSCLC patienter

Mortalitets hazard ratio (HR) blev beregnet hos 3152 resecerede NSCLC patienter over 3 konsekutive perioder efter operation (0-1 måned, 1 måned -1 år og >1 år) ved hjælp af Charlson comorbiditets score (CCS 0, 1, 3+). Svær comorbiditet var uafhængigt associeret til signifikant højere dødsrate over alle 3 follow-up perioder (HR 0-1 måned: 2,06 (1,13 - 3,75); 1 måned-1 år: 1,57 (1,17-2,12); >1 år: 1,84 (1,42 - 2,37)). Den stadiet-specifikke 5-års overlevelse var signifikant lavere hos patienter med svær co-morbiditet sammenlignet med patienter uden comorbide sygdomme (38%, 95 %, CI 23-53%) for pT1 og CCS 3+ versus 69% (62 - 75) for pT1 og CCS 0. Svær co-morbiditet forværrer således

>>>

Nyhedsrunden

den stadie-specifikke overlevelse i en sådan grad, at overlevelsen bliver lig med overlevelsen i et mere avanceret stadie.

Lüchtenborg M, Jakobsen E, Krasnik M et al.
The effect of comorbidity on stage-specific survival in resected non-small cell lung cancer.
Eur J Cancer 2012; 48: 3386-95

Ny Pjece fra sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en informationspjece om second opinion-ordningen i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse og Komiteen for Sundhedsoplysning. Pjecen informerer om muligheden for at få foretaget en fornyet vurdering af, om alle behandlingsmuligheder er udtømte. Vurderingen foretages af Sundhedsstyrelsens ekspertpanel: second-opinion panelet. Pjecen beskriver, hvordan patienterne kan få rådgivning fra second-opinion panelet, og hvordan panelet rådgiver.

Sundhedsstyrelsen/Nyhedscenter/Nyheder/28. januar 2013

Artikler med dansk deltagelse publiceret i internationale tidsskrifter

Andreassen CN, Dikomey E, Parliament M, West CML. Will SNPs be useful predictors of normal tissue radiosensitivity in the future?

Radiotherapy and Oncology 2012;105:283-8.

Andreassen CN, Barnett GC, Langendijk JA, Alsner J, Ruyscher DD, Krause M et al. Conducting radiogenomic research – do not forget careful consideration of the clinical data.

Radiotherapy and Oncology 2012;105:337-40.

Andreassen CN, Eriksen JG. The psychosocial work environment among physicians employed at Danish oncology departments in 2009. A nationwide cross-sectional study.

Acta Oncologica 2013;52:138–46.

Bjerre C, Knoop A, Bjerre K, Larsen MS, Henriksen KL, Lyng MB et al. Association of tissue inhibitor of metalloproteinases-1 and Ki67 in estrogen receptor positive breast cancer.

Acta Oncologica 2013;52:82–90.

Bjerregaaard JK, Mortensen MB, Schønemann KR, Pfeiffer P. Characteristics, therapy and outcome in an unselected and prospectively registered cohort of pancreatic cancer patients.

Eur J Cancer 2013;49:98-105.

Cramer F, Christensen CL, Poulsen TT, Badding MA, Dean DA, Poulsen HS: Insertion of a nuclear factor kappa B DNA nuclear targeting sequence potentiates suicide gene therapy efficacy in lung cancer cell lines.

Cancer Gene Therapy 2012;19:675-83.

Domingo L, Jacobsen KK, Euler-Chelpin Mv, Vejborg I, Schwartz W, Sala M, Lyng E. Seventeen-years overview of breast cancer inside and outside screening in Denmark.

Acta Oncologica 2013;52:48–56.

Fedirko V, Lukanova A, Bamia C, Trichopolou A, Trepo E, Nöthlings U et al. Glycemic index, glycemic load, dietary carbohydrate, and dietary fiber intake and risk of liver and biliary tract cancers in Western Europeans

Ann Oncol 2013;24:543-53.

Hermansen SK, Dahlrot RH, Nielsen BS, Hansen S, Kristensen BW. MiR-21 expression in the tumor cell compartment holds unfavorable prognostic value in gliomas.

J Neurooncol 2013;111:71-81.

Jacobsen B, Muley T, Meister M, Dienemann H, Christensen IJ, Santoni-Rugiu E et al. Ly6/uPAR-related protein C4.4A as a marker of solid growth pattern and poor prognosis in lung adenocarcinoma.

J Thoracic Oncology 2013;8:152-60.

Jakobsen JN, Sørensen JB. Clinical impact of ki-67 labeling index in non-small cell lung cancer.

Lung Cancer 2013;79:1-7.

Jensen KE, Schmiedel S, Norrild B, Frederiksen K, Iftner T, Kjaer SK. Parity as a cofactor for high-grade cervical disease among women with persistent human papillomavirus infection: a 13-year follow-up.

Br J Cancer 20 nov. 2012: doi:10.1038/bjc.2012.513.

Lüchtenborg M, Jakobsen E, Krasnik M, Linklater KM, Mellemgaard A, Møller H. The effect of comorbidity on stage-specific survival in resected non-small cell lung cancer patients.

Eur J Cancer 2012;48:3386-95.

Morton LM, Gilbert ES, Hall P, Andersson M, Joensuu H, Vaalavirta L et al. Risk of treatment-related esophageal cancer among breast cancer survivors.

Ann Oncol 2012;23:3081-91.

Muhic A, Poulsen KS, Sorensen M, Grunnet K, Lassen U. Phase II open-label study of nintedanib in patients with recurrent glioblastoma multiforme.

J Neurooncol 2013;111:205-12.

Nielsen T, Bentzen L, Pedersen M, Tramm T, Rijken PFJW, Bussink J et al. Combretastatin A-4 phosphate affects tumor vessel volume and size distribution as assessed using MRI-based vessel size imaging.

Clin Cancer Res 2012;18:6469-77.

Sorbye H, Welin S, Langer SW, Vestermark LW, Holt N, Osterlund P et al. Predictive and prognostic factors for treatment and survival in 305 patients with advanced gastrointestinal neuroendocrine carcinoma

(WHO G3): The NORDIC NEC study.

Vilmar AC, Santoni-Rugiu E, Sørensen JB. Predictive impact of RRM1 protein expression on vinorelbine efficacy in NSCLC patients randomly assigned in a chemotherapy phase III trial.

Ann Oncol 2013;24:309-14.

Nye godkendelser fra U.S. Food and Drug Administration

Cabozantinib kapsler (COMETRIQ) er blevet godkendt til behandling af progredierende patienter med metastatisk medullær thyroidea cancer. Cabozantinib er et lille molekyle, der hæmmer aktiviteten af multiple tyrosin kinaser, herunder RET, MET og VEGF receptor 2 (november, 2012).

Indikationen for **Abiraterone acetat** (Zytiga tabletter) i kombination med prednison er blevet udvidet til behandling af patienter med metastatisk kastrationsresistent prostata cancer (december, 2012).

Ponatinib (Iclusig tabletter) har modtaget fremskyndet godkendelse til behandling af voksne patienter med kronisk fase, accelereret fase, eller blast fase af kronisk myeloid leukæmi (CML),

der er resistent over for tidligere tyrosin kinasehæmmer behandling eller Philadelphia kromosom positiv akut lymfoblastær leukæmi (Ph+ALL), der er resistent eller intolerant over for tidligere tyrosin kinase hæmmer behandling (december, 2012).

Bevacizumab (Avastin) er blevet godkendt i kombination med fluoropyrimidin-irinotecan eller fluoropyrimidin-oxaliplatin baseret kemoterapi som behandling af patienter med metastaserende colorektal cancer. Sygdommen skal være progredieret på et første-linje bevacizumab-indeholdende regime (januar, 2013).

Doxorubicin Hydrochlorid Liposom (injektion), der er en generisk version af DOXIL injektion (doxorubicin hydrochlorid liposom), er blevet godkendt

som behandling af ovariecancer patienter. Patienterne skal være progredieret eller have genvækst af deres tumor efter platin-baseret kemoterapi. Desuden er lægemidlet godkendt til behandling af AIDS relateret Kaposi's sarkom efter mislykket tidligere systemisk kemoterapi eller intolerance over for sådan terapi (februar, 2013).

Pomalidomid (POMALYST kapsler) er blevet godkendt til behandling af patienter med myelomatose, der har fået mindst to tidligere behandlinger indeholdende lenalidomid og bortezomib, og som er progredieret på eller inden for 60 dage efter afslutning af den sidste behandling (februar, 2013).

Ado-trastuzumab emtansin (KADCYLA) er blevet godkendt til

behandling af HER2-positiv, metastatisk brystkræft, der tidligere er blevet behandlet med trastuzumab og et taxan, enten som enkeltstof eller i kombination. Patienterne skal være blevet behandlet for metastatisk sygdom eller have udviklet genvækst under adjuverende behandling eller inden for 6 måneder efter afsluttet adjuverende behandling (februar 2013).

Nye godkendelser fra European Medical Agency (EMA)

Pertuzumab (Perjeta) har fået positive opinion i kombination med trastuzumab og docetaxel som første-linje behandling for HER2-positiv, metastaserende eller lokalt recidiverende, ikke-resecerbar brystkræft (december, 2012).

Ponatinib (Iclusig) er blevet godkendt som behandling af kronisk-fase, accelereret-fase eller blast-fase af kronisk myelogen leukæmi (CML) og Philadelphia kromosom-positiv akut lymfoblastær leukæmi (Ph+ALL) i, der er resistent eller intolerabel over for tidligere tyrosin kinasehæmmer behandling (december, 2012).

Bosutinib (Bosulif) er blevet godkendt til behandling af patienter med kronisk-, accelereret- eller blastfase, Philadelphia kromosom positiv kronisk myelogen leukæmi (CML). Patienterne skal tidligere være blevet behandlet med en eller flere tyrosin kinasehæmmere, og behandling med imatinib, nilotinib og dasatinib må ikke anses for en egnet behandlingsmulighed (januar, 2013).

Zaltrap (Aflibercept) er i kombination med FOLFIRI godkendt til behandling af patienter med metastaserende kolorektalcancer, der er resistent over for eller har progredieret efter et oxaliplatin

holdigt regime (februar, 2013).

Cervarix har modtaget en positiv opinion vedrørende udvidelse af indikationen for brug af lægemidlet. Indikationen omfatter nu også præmaligne læsioner i vulva og vagina ud over præmaligne cervikale læsioner og cervix cancer forårsaget af visse onkogene human papillomavirus typer (februar, 2013).

Imatinib Actavis har modtaget en positiv opinion, der anbefaler lægemidlet som behandling af:

1. pædiatriske patienter med nydiagnosticeret Philadelphia-kromosom positiv (Ph) kro-

nisk myeloid leukæmi (CML), hvor knoglemarvstransplantation ikke overvejes som første-linje behandling;

2. pædiatriske patienter med Ph+CML i kronisk fase efter mislykket interferon-alfa behandling, eller i accelereret fase eller blast krise;
3. voksne patienter med Ph+CML i blast krise (februar, 2013).

Vidste du, at..?

... Peroral regorafenib forlænger den progressionsfrie overlevelse (PFS) signifikant sammenlignet med placebo i patienter med metastaserende GIST efter progression på standardbehandling. Den mediane PFS var 4,8 måneder (1,4- 9,2) i regorafenib gruppen (n=199) sammenlignet med 0,9 måneder (0,9-1,8) i placebo gruppen (n=66) (HR 0,27; 95% CI 0,19-0,39; p<0,0001). De hyppigste > grad 3 bivirkninger set med regorafenib var hypertension (23%), hand-food reaktioner (20%) og diarré 5%. Efter progression blev 85% af patienterne, der var randomiseret til placebo, sat i behandling med regorafenib.

Demetri GD, Reichardt P, Yoon-Koo K et al.
Efficacy and safety of regorafenib for advanced gastrointestinal stromal tumours after failure of imatinib and sunitinib (GRID):
an international, multicentre, randomized, placebo-controlled, phase 3 trial.

Prof. **Kjeld Schmiegelow**, BørneUngeKlinikken, Juliane Marie Centret har modtaget et hæderslegat fra Lise og Gunnar Wærums Fond for sin omfattende forskning i leukæmi hos børn – og ikke mindst for at indføre hjemmebehandling med kemoterapi til børn, så langvarige hospitalindlæggelser kan erstattes af behandling i hjemmet. Legatet kan ikke søges, men uddeles hvert år til en person, der har gjort sig

gældende inden for kræftforskningen. (RHs intranet 12/2012)

Prof. **Lis Adamsen**, Universitetshospitalernes Center for Sundhedsfaglig Forskning (UCSF) har modtaget 1,9 mill. fra TrykFonden til forskning i fysisk aktivitetsindvirkning på bivirkninger, livskvalitet og funktion i hverdagen hos patienter i kemoterapi for bryst- eller tyktarmskræft.

Overlæge, dr. med. **Torben Pals-hof** har modtaget Kræftens Bekæmpelses Hæderspris 2013 for sit arbejde for at forbedre kræftbehandlingen i Danmark. Hædersprisen får Torben Pals-hof for sit enestående eksempel, der kan inspirere andre til at give kræftpatienter optimal behandling, pleje og omsorg. Prisen er på 50.000 kr.

Professor **Henrik Ditzel**, Institut for Molekylær Medicin, Syddansk Universitet og overlæge ved Odense Universitetshospital, er valgt som formand for det Videnskabelige Udvalg i Kræftens Bekæmpelse for de næste 3 år.



Vidste du, at..?

... sammenlignet med adjuverende FOLFOX4 alene forlænger bevacizumab kombineret med FOLFOX4 eller XELOX ikke den sygdomsfrie overlevelse (DFS) hos patienter med kurativ resekeret stadie III eller højrisiko stadie II (n=573 patienter) *colon cancer*. I alt 3451 patienter indgik i et fase 3 randomiseret studie (AVANT). Efter en median follow-up periode på 48 måneder var DFS hazard ratio for bevacizumab-FOLFOX4 versus FOLFOX4 1,17 (95% CI 0,98-1,39; p=0,07). For bevacizumab-XELOX versus FOLFOX4 var DFS hazard ratio 1,7 (95% CI 0,90-1,28; p=0,44). Hazard ratio for den samlede overlevelse (OS) i de 3 grupper var efter en opfølgingsperiode på minimum 60 måneder henholdsvis 1,27 (1,3-1,57; p=0,02) og 1,15 (0,93-1,42; p=0,21). Da der numerisk var flere patienter, der fik relaps og flere dødsfald på grund af sygdoms-progression i begge bevacizumab grupper, konkluderer forfatterne, at bevacizumab har en potentiel forringende effekt på OS, når det kombineres med oxaliplatinbaseret adjuverende terapi.

De Gramont A, Van Cutsem E, Schmoll H-J et al. Bevacizumab plus oxaliplatin-based chemotherapy as adjuvant treatment for colon cancer (AVANT): a phase 3 randomised trial. Lancet Oncol 2012;13:1225-33

... ti års fortsat tamoxifen behandling medfører yderligere reduktion af genvækst og mortalitet hos østrogen receptor (ER)-positive *brystkræft* patienter sammenlignet med 5 års behandling. I alt 12.894 kvinder med tidlig brystkræft indgik i ATLAS studiet, hvoraf 6.846 var ER-positive. Efter 5 års behandling blev alle deltagende kvinder randomiseret til stop af tamoxifen eller fortsættelse af denne behandling til 10 år. Sammenlignet med kontrolgruppen (n=3418) af ER-positive patienter, der kun fik behandling i 5 år, sås det, at reduktion af genvækst og mortalitet var mindre udtalt før end efter år 10 hos ER-positive kvinder, der blev behandlet i 10 år. Genvækst frekvensratio mellem år 5 - 9 blev således reduceret med 10% (HR 0,90; 95% CI 0,79-1,02) versus 25% (HR 0,75; 0,62-0,90) for senere år. Der var ingen forskel i reduktion i brystkræftmortalitet mellem år 5 - 9 (HR 0,97; 0,79-1,18), hvorimod der sås en reduktion på 29% (HR 0,71; 0,58-0,88) for senere år. Den kumulerede risiko for genvækst mellem år 5 - 14 var 21,4% for kvinder, der fortsatte tamoxifen behandling versus 25,1% for kontrol gruppen (p=0,002). Brystkræft mortalitet mellem år 5 - 14 var 12,2% for langtidsbehandlede versus 15,0% for de korttidsbehandlede (absolut mortalitetsreduktion 2,8%; p=0,01). 10 års behandling med tamoxifen ser således ud til næsten at kunne halvere brystkræft mortaliteten i den anden dekade efter diagnosetidspunktet. Risiko for død af endometrie-cancer mellem år 5-14 blev fordoblet i langtidsbehandlingsgruppen (0,4% versus 0,2%). Dette sås dog ikke hos præmenopausale kvinder.

Davies C, Pan H, Godwin J et al. Long-term effect of continuing tamoxifen to 10 years versus stopping at 5 years after diagnosis of oestrogen receptor-positive breast cancer: ATLAS, a randomised trial. Lancet 2012; doi:10.1016/S0140-6736(12)61963-1 The Oncologist 2013;18:8-13

Indtryk fra SKAs temadag 14. januar, 2013:

Præst, psykolog - giv mig nogle redskaber

Af Camilla Schrøder
Psykolog

At stræbe efter den 'perfekte', den angstfrie - eller bare den knap så afmagtsskabende - død indebærer forventninger både til og fra patient, pårørende og professionelle - og dermed risiko for frustrationer. Udfordringerne rækker ud over den medicinske indsats, og ofte hidkaldes præster og psykologer med ønsket/forventningen: 'Giv mig nogle redskaber'.

opgave forventes vi som professionelle at gå i gang med, når vi kaldes til 'dødslejet'? Og hvad er succeskriterierne? Euthanasi-diskussionen lå lige for.

Før dette indlæg havde formiddagen budt på en spændende tour-de-force omkring det samfundsmæssige og kulturelle grundlag for psykologiens rolle i vor tid, for psykologiseringen af religion - og for det ansvar psykologien har (men ikke griber?) for dannelsen af samfundsidealer om lykke, normalitet, ansvar og handlen. Ole

sel, idet relationer ubønhørligt afbrydes, hvis der ikke er 'et evigt'. Hvordan skal den enkelte håndtere det? Og hvilke redskaber skal præsten/psykologen trække op af værktøjskassen?

Rammerne for præsters og psykologers løsning af opgaven kom mere i fokus ved dagens sidste indlæg, som problematiserede sundhedsvæsenets evidens- og akkrediteringsridt. Under titlen 'Fra menneske til regneark - og til menneske igen', og med Aristoteles i hånden, fremhævede Jan Brødslev Olsen fra Aalborg Universitet, hvordan den professionelle eksperts intuitive viden og handlen er blevet devalueret i akkrediteringens hellige navn, og han argumenterede for, at den personlige ansvarlighed og faglige ekspertise kun kan gives tilbage, hvis den minutiøse regulering mindskes. En højst relevant diskussion også i forhold til de rammer, præster og psykologer skal agere under. Det har betydning for præstens/psykologens opgaveløsning og positionering, at han/hun forventes at agere professionelt inden for en procedure-/regelstyret, medicinsk, naturvidenskabelig ramme, - når netop den medicinske og naturvidenskabelige

formåen har måttet melde pas over for den eksistentielle konfrontation.

At gå andre veje var også opfordringen i neuropsykolog Hysse Forchhammers indlæg, som mindede os om 'redskaber' ved at se nye veje til at opnå kontakt med og hjælpe en patient til erkendelse og selv-genkendelse, - også udenom 'samtalens' sproglige/refleksive begrænsninger, når disse sættes ud af kraft. Forchhammers materiale var fra patienter med neurologiske skader, men kunne også tænkes ind i mødet med mennesker, som er konfronteret med døden og overvældet heraf. Veje til at finde genkendelsen.

Arrangørerne af temadagen - SKA og Bo Snedker Boman - skal have stor tak for deres mod til at bevæge sig herud på grænsen for SKAs fokusområde. Temadagen gav et solidt og spændende grundlag til at tænke over præstens/psykologens position og opgave. Og der er lagt op til en '2er'. Næste gang måske også med besøg af en teolog - og med mere tid til dialog mellem deltagerne. Vi vil gerne høre, hvad hinanden gør, udfordres af og tænker om den opgave, vi stilles overfor. Jeg kommer!

"den professionelle eksperts intuitive viden og handlen er blevet devalueret i akkrediteringens hellige navn"

Jan Brødslev Olsen

Dette var netop overskriften på SKA's velbesøgte temadag for sygehuspræster og psykologer (ca. halvt af hver) fra hele landet, som blev afholdt d. 14. januar 2013 på Admiral Hotel. Dagen igennem blev temaet forsøgt belyst igennem en række oplæg, som mere eller mindre direkte satte fokus på diskursen om 'den gode død', om det selvhjulpne og '-kompetente' samfundsindivid - og (især) den terapeutiske kulturs rolle i etablering og fastholdelse af denne diskurs. For hvad nu hvis man ikke vil acceptere dødens komme, hvis man vil kæmpe imod til det sidste - eller hvis der bare ikke er nogen trøst at hente? Eller mening? Med disse spørgsmål udfordrede Mickey Gjerris, ph.d, lektor i bioetik ved Københavns Universitet og medlem af etisk råd, antagelsen om åndelighed som noget altid ufarligt. I forhold til antagelserne om 'den gode død', hvilket

Jacob Madsen, ph.d., Senter for Vitenskapsteori, Universitetet i Oslo havde med afsæt i sin ph.d. afhandling fokus på det moderne ideal om selvudvikling og -realisering, og det paradoks at selvrefleksion må række ud over mig selv og min egen praksis for at flytte individualiseringens præmis. Spørgsmålet rejser sig følgelig: Hvad hvis man ikke formår at honorere dette krav om selv-ansvar og -realisering? Hvad er der i vente for dén, hvis liv er truet, hvis man ikke kan fastholde mening i og som noget man selv skaber? God arbejdslyst, præster og psykologer! Madsens fokus på præstens/psykologens opgave blev bl.a. set i forhold til en hypotese om, at idealiseringen af individet og dets selvrealisering har medført et tab af 'evigheden', - alting drejer om den enkelte; op al den ting som jeg har gjort.... Men dermed også en potentielt individualisering af sorg ved dødstrus-

"Arrangørerne af temadagen - SKA og Bo Snedker Boman - skal have stor tak for deres mod til at bevæge sig herud på grænsen for SKAs fokusområde."

Nyt fra protokoloversigten

Onkologiske protokoller

LiPlaCis

Fase I dosiseskaleringsforsøg til evaluering af sikkerhed og tolerabilitet af LiPlaCis (Liposomal Cisplatin formulering) til patienter med avanceret eller refraktær tumor. Inklusionsstart: december 2012, Rigshospitalet.

KCP-330-002 / OZM-043

Et fase I studie af sikkerhed, farmakokinetik og farmakodynamik i stoffet KPT-330, SINE (Selective Inhibitor of Nuclear Export) givet i stigende doser til patienter med avanceret eller metastaserende maligne tumorer. Inklusionsstart: december 2012, Rigshospitalet.

Hilus

Et fase II studie med stereotaktisk strålebehandling (SBRT) til patienter med centralt placerede

lunge tumorer. Inklusionsstart: januar 2013, Odense.

Pagist

Pazopanib hos patienter med avanceret gastrointestinal stromal tumor (GIST), som er modstandsdygtige over for imatinib og sunitinib - et ikke-sammenlignende fase II multicenter forsøg i Skandinavisk Sarkom Gruppe. Inklusionsstart: 10. januar 2013, Herlev Hospital.

VeTo

Veliparib (ABT888) og Topotecan (Hycamtin) til patienter med platinresistent eller delvist platin-sensitiv relaps af epitelial kræft i æggestokkene med negativ eller ukendt BRCA status. Inklusionsstart: januar 2013, Vejle.

ECCA

Elektrokardiografiske ændringer hos patienter i 5-Fluorouracil eller capecitabin behandling (ECCA-studiet). Inklusionsstart: 31. januar 2013, Herlev Hospital.

TARGET-E

At undersøge effektiviteten af en enkelt intraoperativ strålebehandling til en gruppe ældre lavrisiko patienter med mammae cancer (≥ 70 år, T1 og små T2, N0, M0, ductale carcinomer), som efterfølgende kun behandles med postoperativ bestråling af hele brystet (WBRT), hvis der er risikofaktorer til stede. Inklusionsstart: februar 2013, Herlev.

Kamilla

Et enkel-armet multicenter forsøg med trastuzumab emtansine

(T-DM1) til patienter med HER2 positiv lokalt avanceret eller metastatisk brystkræft, der tidligere har modtaget anti-HER2 og kemoterapi baseret behandling. Inklusionsstart: 19. februar 2013, Herlev Hospital.

Hæmatologiske protokoller

Gen 503

Et åbent, internationalt, multicenter, dosiseskalerende fase I/II forsøg. Undersøgelse af sikkerhed med daratumumab i kombination med lenalidomid og dexa-

methason hos patienter med recidiverende eller recidiverende og refraktær myelomatose. Inklusionsstart: december 2012, Rigshospitalet.

Lumiere

Et randomiseret, åbent, internationalt multicenterforsøg i fase III og i to grupper med alisertib (MLN8237) eller et udvalgt enkeltstof efter investigators valg

til patienter med perifert T-cellelymfom, hvor der har været tilbagefald, eller hvor sygdommen ikke kunne påvirkes af behandling. Inklusionsstart: 1. februar 2013, Rigshospitalet.

Vidste du, at..?

... ældre postmenopausale kvinder med *brystkræft* har øget risiko for udvikling af fjernmetastaser. Patienter fra TEAM (Tamoxifen Exemestane Adjuvant Multinational) studiet indgik i det nuværende studie. Referencegruppen (n=5.349) var under 65 år, 3.060 var mellem 65 og 74 år og 1.357 kvinder var ældre end 75. Efter brystbevarende kirurgi blev der før start af endokrin behandling givet mindre radioterapi (henholdsvis 94%, 92% og 88%) og adjuverende kemoterapi (51%, 23% og 5%) i de ældre aldersgrupper. Risiko for fjernmetastaser øgedes med alderen på diagnostetidspunktet. Hazard ratio for gruppen mellem 65 og 74 år var således 1,20 (95% CI: 1,00-1,44) og for den ældste gruppe 1,39 (95% CI: 1,08-1,79). Risiko for lokoregional genvækst og kontralateral brystkræft var ikke signifikant forskellig i de tre aldersgrupper.

Van de Water W, Seynaeve C, Bastiannet E et al. Elderly postmenopausal patients with breast cancer are at an increased risk for distant recurrence: A tamoxifen exemestane adjuvant multinational study analysis. The Oncologist 2013;18:8-13

... ansøgningsfristen til de 2 Global Excellence priser er 2. april kl 12. Priserne er på 1.5 millioner kr.

RH-intranet.regionh.dk 28.02.2013

Smertebehandling – fra lidelse til lindring

Program for 22. maj 2013

Kurset belyser essentielle facetter af smertebehandling af kræftpatienter, fra den nyeste medikamentelle viden til praktiske øvelser, hvor deltagerne trænes i at omsætte viden til praksis. Den psykiske del af smerten belyses ved indlæg fra en erfaren psykolog. Kursets målgruppe er læger, sygeplejersker og andet personale, der arbejder med kræftpatienter. Nogen erfaring fra området er en forudsætning for at få fuld udbytte af kurset.

9.00	Registrering
9.15	Velkomst og introduktion <i>Overlæge Svend Ottesen, ALB, Klinisk Onkologisk afdeling, Roskilde</i> <i>Projektsygeplejerske Hanne Skovfoged, SKA</i>
9.45	Smertebehandling – mange muligheder <i>Overlæge Steen Andersen, Det Palliative Team, Roskilde Sygehus</i> <i>Klinisk oversygeplejerske Hanne Bredsdorff, Det Palliative Team, Roskilde Sygehus</i>
11.45	Pause
12.00	Praktiske øvelser <i>Overlæge Svend Ottesen</i>
13.00	Frokost
14.00	Praktiske øvelser, fortsa <i>Overlæge Svend Ottesen</i>
15.00	Pause
15.15	"Nogen må da kunne sørge for, at det ikke gør så ondt at være i live". <i>Psykolog Bo Snedker Boman, Klinisk Onkologisk Afdeling, Roskilde Sygehus</i>
16.00	Lært i dag – gør en forskel i morgen <i>Overlæge Svend Ottesen</i>
16.30	Evaluerings – tak for i dag

Internationale møder 2013

6.-10. april	104th AACR Annual Meeting Washington DC, USA www.aacr.org	1.-4. juni	ASCO Chicago, USA www.asco.org
11.-13. april	IGCS Regional Meeting on Gynecologic Cancer Bali, Indonesia www.2.kenes.com	27.-29. juni	MASCC/ISOO International Symposium on Supportive Care in Cancer Berlin, Germany www.mascc.org
19.-23. april	2nd ESTRO forum Geneva, Switzerland www.estro.org	3.-6. juli	15th World Congress on Gastrointestinal Cancer Barcelona, Spain http://worldgicancer.com
20. april	7th Conference on Experimental and Translational Oncology – CETO Portoroz, Slovenia www.ceto.si	27. sept. - 1. okt.	17th ECCO – 38th ESMO – 32nd ESTRO European Cancer Congress Amsterdam, Netherlands www.ecco-org.eu
24.-27. april	26th Annual Meeting of the American Society of Pediatric Hematology/Oncology Miami, Florida www.aspho.org	19.-22. okt	18th International Meeting of the European Society of Gynaecological Oncology Liverpool, England www.esgo.org
28.-30. maj	Targeting Cancer Drug Resistance Chicago, USA http://cancer-drugresistance.com/	27.-31. okt	15th World Conference on Lung Cancer Sydney, Australia www.2013worldlungcancer.org

Forårsprogram 2013

09. april

Sekretærkursus, modul II: Gynækologiske tumorer, eksperimentel behandling og kommunikation for lægesekretærer

Modul II er en fortsættelse af modul I med fokus på de gynækologiske tumorer og belyser desuden eksperimentel kræftbehandling. Der arbejdes med kommunikation i klinikken og forhold omkring kriseramte patienter. En tidligere patient er blandt foredragsholderne.

Kursusledelse: Kursussekretær Susanne Justesen, projektsygeplejerske Louise Rolin, SKA
 Tid og sted: 9. april 2013
 Hotel Admiral, København
 Kursusafgift: Deltagere fra medlemshospitalerne*: 500 kr.
 – andre: 700 kr.
 Tilmelding: Registrering på SKAs hjemmeside: www.skaccd.org

18. april

Sekretærkursus, modul IV: Hæmatologiske sygdomme – anno 2013

SKA tilbyder en række kurser specielt målrettet lægesekretærer ansat på de onkologiske afdelinger i Danmark. Modul IV koncentrerer sig om de hæmatologiske sygdomme samt emnet "Hvor kommer arbejdsglæden og begejstringen fra, når vi har med alvorligt syge patienter at gøre". En tidligere patient vil være blandt foredragsholderne.

Kursusledelse: Projektsygeplejerske Jane Elze Sannung, kursussekretær Susanne Justesen, SKA
 Tid og sted: 18. april 2013
 IDA Mødecenter, København
 Kursusafgift: Deltagere fra medlemshospitaler*: 500 kr.
 – andre: 700 kr.
 Tilmelding: Registrering på SKAs hjemmeside: www.skaccd.org

22. maj

Smertebehandling: Fra lidelse til lindring

Kurset belyser essentielle facetter af smertebehandling af kræftpatienter, fra den nyeste medikamentelle viden til praktiske øvelser, hvor deltagerne trænes i at omsætte viden til praksis. Den psykiske del af smerten belyses ved indlæg fra en erfaren psykolog. Kursets målgruppe er læger, sygeplejersker og andet personale, der arbejder med kræftpatienter. Nogen erfaring fra området er en forudsætning for at få fuld udbytte af kurset.

Kursusledelse: Overlæge Svend Ottesen, ALB, Klinisk Onkologisk afdeling, Roskilde, Projektsygeplejerske Hanne Skovfoged, SKA
 Tid og sted: 22. maj 2013
 Hotel Admiral, København
 Kursusafgift: Deltagere fra medlemshospitaler*: 500 kr.
 – andre: 700 kr.
 Tilmelding: Registrering på SKAs hjemmeside: www.skaccd.org

30. maj

Temaeftersmiddag for kræftsygeplejersker

Målgruppen er sygeplejersker fra Region Hovedstaden og Region Sjælland, der til daglig arbejder med kræftpatienter. Programmet er under udarbejdelse.

Kursusledelse: Projektsygeplejerske Hanne Skovfoged projektsygeplejerske Jane Elze Sannung projektsygeplejerske Louise Rolin, SKA
 Tid og sted: 30. maj 2013
 Herlev Hospital Auditorium
 Tilmelding: Registrering på SKAs hjemmeside: www.skaccd.org

14. juni

Post ASCO

For 10. gang afholdes Post ASCO Symposium, der er den nationale opfølgning på ASCO's årsmøde. Højdepunkterne fra ASCO inden for de store cancer sygdomme præsenteres af en yngre dansk læge, suppleret af en seniorlæge, der, som ekspert i den pågældende sygdom, perspektiverer emnet.

Kursusledelse: Speciallæge, dr.med. Birthe Lund, SKA
 Tid og sted: 14. juni 2013
 Hotel Hilton, København
 Kursusafgift: 700 kr.
 Tilmelding: ON-LINE Registrering på SKAs hjemmeside: www.skaccd.org

* SKAs medlemshospitaler omfatter hospitalerne i Region Hovedstaden og Region Sjælland

10. Post ASCO Symposium

Fredag 14. juni 2013, 8.30-16.00
Hotel Hilton, Københavns lufthavn

Mødeledere:	<i>Professor Dorte Nielsen, Herlev Hospital</i>	12.00	Frokost
	<i>Professor Per Pfeiffer, Odense Universitetshospital</i>		
8.30	Registrering	13.00	Øvre GI tumorer
9.30	Velkomst		<i>Peter Clausager Petersen, Rigshospitalet</i>
	<i>Peter Michael Vestlev, Roskilde Sygehus</i>		<i>Per Pfeiffer, Odense Universitetshospital</i>
	<i>Dorte Nielsen, Herlev Hospital og Per Pfeiffer, Odense Universitetshospital</i>	13.30	Nedre GI tumorer
9.45	Gynækologiske kræftsygdomme	14.00	Pause
	<i>Rana Shahar, Aalborg Universitetshospital</i>	14.30	Melanomer og immunterapi
	<i>Mansoor Raza Mirza, Rigshospitalet</i>		<i>Christian Andreas Hvid, Århus Universitetshospital</i>
10.15	Lunge cancer	15.00	Mamma cancer
	<i>Anneli Nygaard, Vejle Sygehus</i>		<i>Carina Ørts Christensen, Odense Universitetshospital</i>
	<i>Olfred Hansen, Odense Universitetshospital</i>	15.30	Nye fremskridt og godkendelser inden for kræftbehandling
10.45	Pause		<i>Birthe Lund, daglig leder af SKA</i>
11.00	Palliation og supportive care	15.45-16.00	Opsummering og afslutning
	<i>Line Andersen, Bispebjerg hospital</i>		<i>Dorte Nielsen, Herlev Hospital og Per Pfeiffer, Odense Universitetshospital</i>
	<i>Svend Ottesen, Roskilde Sygehus</i>		
11.30	Urogenitale kræftsygdomme		
	<i>Johanna Ursula Bernhard, Roskilde Sygehus</i>		
	<i>Simon Buus, Århus Universitetshospital</i>		

Online registrering

Vi har længe haft et ønske om, at deltagere i SKA kurser kunne tilmelde sig direkte på vores hjemmeside. Dette ønske er nu gået i opfyldelse, og vi lægger ud med at åbne for online registrering til årets Post-ASCO symposium. Gå ind på SKAs hjemmeside - www.skaccd.org - og se, hvordan du tilmelder dig online. Du vil modtage en kvittering på tilmeldingen på din e-mail, og når

tilmeldingsfristen er udløbet, vil du modtage en endelig bekræftelse på din deltagelse. Opkrævning af kursusafgift vil, som vanligt, blive opkrævet efter mødets afholdelse. Vi håber, at I vil tage godt imod dette initiativ.

Hvis I har spørgsmål til kurset og/eller registreringen, er I naturligvis altid velkomne til at kontakte SKA.

Registrering

Online registrering senest mandag d. 3. juni 2013:
www.skaccd.org