

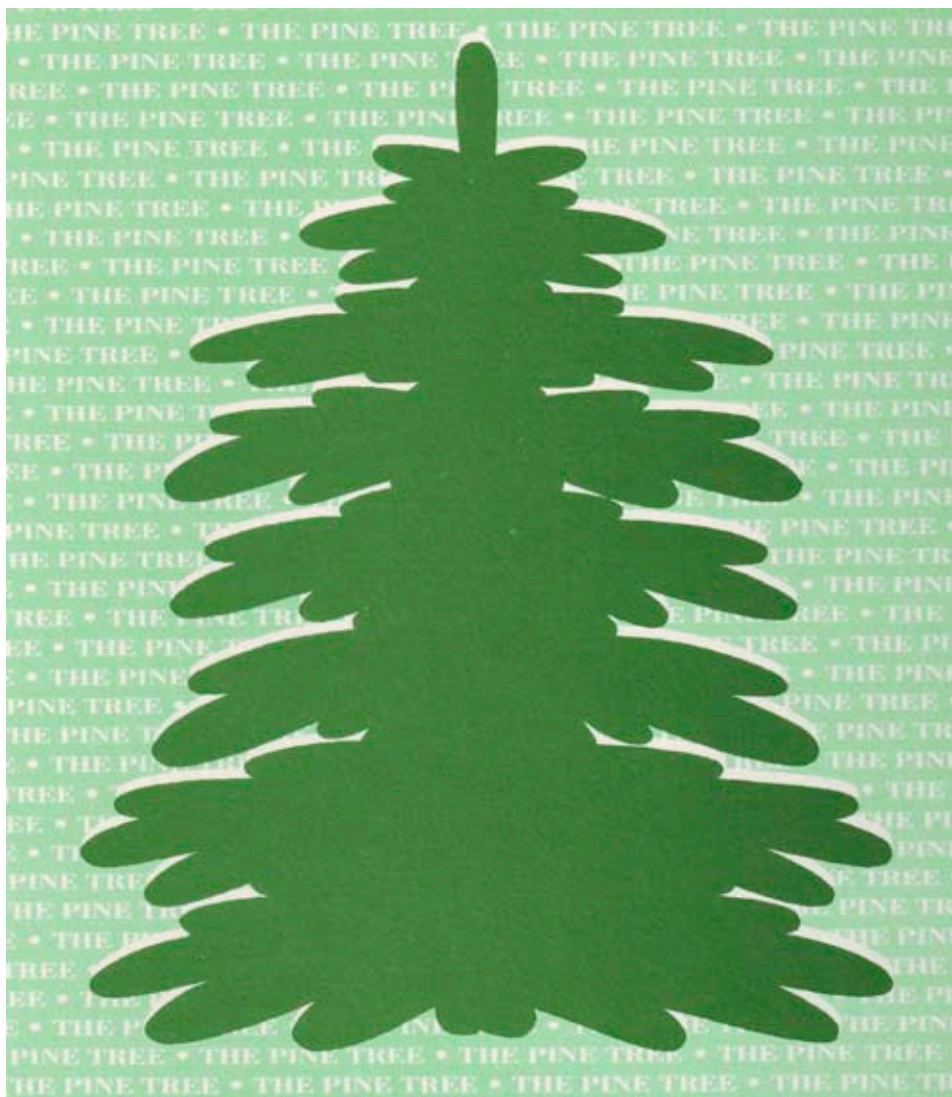
INDHOLD

- 1 Leder:
Et år er gået
- 3 Rejserapport:
NUNA MED 2007
- 6 Behandling af
'Pseudomyxoma peritonei'
- 10 PhD-afhandling:
Trine Juhler-Nøttrup
- 12 Møderapport:
1. videnskabelige
onkologiske årsmøde
- 15 Sårbehandling
- 16 Personalenytt
 - Per Pfeiffer
 - Henning Mouridsen
 - Marie Stockhausen
 - Niels Holländer
 - Jepper Friberg
 - Lena Specht
 - Marianne Ewertz
Kvistgaard
- 18 Stillingsopslag:
sygeplejerske til SKA
- 19 Vidste du at...?
- 20 SKA-nyt:
 - 20 Internationale møder
 - 21 SKA-kursus for
lægesekretærer
 - 22 Introduktionskursus for
yngre læger i
Østdanmark
 - 23 Program
 - 23 Patientinformation
- 24 SKA uddannelsesaktiviteter
2008

Et år er gået...

... og vi er midt i årsskiftet. Det er tid til at gøre status. For onkologien har 2007 på mange måder været et turbulent år. HS og amterne ophørte med at eksistere og blev erstattet af regionerne Hovedstaden og Sjælland for Østdanmarks vedkommende. Nye streger er blevet trukket i sandet, såvel på landsbasis som regionalt, med struktur-reformer, etablering af RIK'er, DLCCG'er,

onkologiskoler, sundhedsfaglige råd samt planer om nye onkologiske afdelinger, f.eks. i Hvidovre, ja endog nybygning af store cancerhospitaler. De seneste måneder har været præget af ventetidsgarantier, inkl. akut kræftbehandling, som var et vigtigt emne i den nylige valgkamp. De organisatoriske og ledelsesmæssige udfordringer er således mangfoldige – for ikke at nævne



Et år er gået...

de økonomiske.

Også på personniveau har der været store udskiftninger med nye klinikchefer på 3 af de 6 kræftcentre i Danmark, inkl. Herlev og Rigshospitalet. I SKA måtte vi sige farvel til overlæge, dr.med. Torben Skovsgaard som formand for Forretningsudvalget med tak for en loyal indsats gennem årene i SKA samt byde velkommen til overlæge Niels Holländer, der blev valgt som ny formand for en to-årig periode fra 1. november 2007.

På det faglige område er der sket synlige fremskridt i behandlingen, såvel stråleterapeutisk som medicinsk, med kvantitativ ekspansion på Rigshospitalet og snarlig indvielse af nyt apparatur i Næstved og kvalitativt med øget anvendelse af IMRT (=Intensity-Modulated Radiation Therapy) med mulighed for i større udstrækning at give kurativt intenderet strålebehandling med færre bivirkninger.

I den medicinske onkologi er det kombinationen af klassisk kemo- og stråleterapi og den targeterede behandling, der har resulteret i gevinster – såvel på overlevelsen som i form af en reduktion af symptomer relateret til kræftsygdommene.

Takket været økonomiske midler fra Sundhedsministeriet ligger Danmark nu i forfront i Europa med hensyn til

at kunne tilbyde kræftpatienter den mest avancerede medicinske kræftbehandling fra de eksperimentelle enheder med introduktion af en lang række "-nib'er" og "-nab'er", som har resulteret i behandlingstilbud til patienter med f.eks. nyre-, lever- og hjernetumorer, som ikke eksisterede for blot 3-4 år siden. For såvel klinikere – som kræftpatienter – er dette en spændende udvikling, der viser, at ny viden inden for molekylærbiologi og cellebiologi nu er omsat til gavn for patienterne.

I denne malmstrøm kan det være svært at finde fodfæste for politikere, administratorer, patienter, pårørende og personale.

Ti års erfaringer fra SKA med at støtte de onkologiske afdelinger i det kliniske og faglige arbejde med kræftpatienter har tegnet et klart billede af, hvor SKA's forcer ligger. Behovet for et koordineret og målrettet efteruddannelsesprogram er stort for et ofte fortravlet personale på de klinisk onkologiske afdelinger. SKA har erfaring for, at en 'cocktail' af kurser i emner fra den nyeste forskning, årlige resuméer fra internationale kongresser, kurser i GCP, kurser for lægesekretærer, temadage for sygeplejersker og faglige årsmøder for alle personalegrupper dækker en del af dette behov. SKA fortsætter

med at vægte værdier som fleksibilitet og hurtig omstilling højt, og er altid opmærksom på, om der er faglige nyheder, der skal formidles eller mere basal træning, der forsømmes.

Udover de sædvanlige aktiviteter afholdt SKA i 2007 for første gang et videnskabeligt onkologisk møde med fremlæggelse og diskussion af igangværende kliniske projekter i Østdanmark, hvilket forventes at blive en årligt tilbagevendende begivenhed. Ligeledes har SKA igangsat introduktionskurser for alle nyansatte læger på de østdanske onkologiske afdelinger.

I 2008 bliver SKAs e-learning projekt lanceret på hjemmesiden. Et projekt, der foregår i samarbejde med en række yngre onkologer, der udarbejder 'case-stories' inden for de enkelte sygdomme med støtte fra Videnskabsministeriet, og derudover har SKA indledt et samarbejde med Dansk Selskab for Klinisk Onkologi samt Lægekredsforeningen for Sjælland. SKA fortsætter således gennem nye tiltag som brobygger og formidler i den spændende udvikling, som onkologien p.t. gennemgår.

Alle samarbejdspartnere ønskes hermed et godt nytår.

Heine H. Hansen

Rettelse:

I sidste nummer af SKA-nyt skrev vi, at Jette Vibe-Petersen er den daglige leder af Sundhedscenter for Kræftframté. Det forholder sig imidlertid således, at Jette Vibe-Petersen er leder af Rehabiliteringsenheden, mens Eva Ethelberg er leder af Rådgivningsenheden. Udover de nævnte ansatte i centret er der desuden ansat en sekretær i rehabiliteringsdelen. Vi beklager disse fejl.

Rejserapport fra NUNA MED 2007

- en konference om arktisk/grønlandsmedicinske problemstillinger og udvikling inden for sundhed og sygdom.



Af Sygeplejerske Eva Bergsten
Onkologisk ambulatorium 5012
Finsencentret, Rigshospitalet

Baggrund

Jeg har gennem snart 20 år beskæftiget mig med pleje og behandling af patienter med brystkræft og i de sidste 3 år ligeledes varetaget genetisk rådgivning af familier med arvelig bryst- og æggestokkræft i samarbejde med overlæge Bent Ejlertsen.

Bærere af mutation i BRCA1/2 har en meget høj risiko for bryst- og/eller æggestokkræft, og formålet med rådgivningen er at give alle patienter og raske risikopersoner et kvalificeret grundlag for at træffe beslutninger om gentestning, overvågnings- og opfølgingsprogrammer/ profylaktiske operationer, samt psykosocial støtte. Genetisk rådgivning forudsætter, at patienten

efterspørger denne viden, og rådgivningen er grundlæggende non-direktiv.

Vores erfaring viser, at grønlandske kvinder ikke efterspørger dette tilbud. Derfor opsøger jeg nu aktivt disse kvinder på Rigshospitalet og orienterer om ovenstående. Informationen bliver givet under hensyntagen til patientens forudsætninger og med respekt for integritet og autonomi. Jeg har øget opmærksomheden ved oplysning/undervisning i afd. 5011, 5043, 3981, de grønlandske tolke, det grønlandske patienthotel, grønlands-kordinator på RH, sygeplejersker på onkologiske afd. i Nuuk, genetiske afdelinger i DK samt læge i Nuuk, som derved har kontaktet mig med mulige patienter.

Den øgede opmærksomhed på de grønlandske kvinder/familier skyldes påvisning af en særlig grønlandsk founder-mutation i BRCA1 234T>G. Mutationen har vi indtil nu fundet hos 10 af 21 testede inuit-familier. Dette har medført

iværksættelse af en forsøgsprotokol på Panuminstituttet m.h.p. afklaring af hyppigheden og sygdomsudbredning i baggrundsbeholdningen på Grønland. (På konferencen blev data fremlagt, der bl.a. viste, at mutationen er fundet hos 14 % i en østgrønlandsk undersøgelse.)

Formålet

med at deltage i konferencen var dels at få kendskab til det grønlandske sundhedsvæsens muligheder og begrænsninger med henblik på rådgivning af de grønlandske kvinder/ kontrol-programmer/profylaktiske operationer; at øge opmærksomheden på ovenstående problemstilling gennem møder og undervisning, om muligt i Tasiilaq og Nuuk, og endelig at forbedre min sygepleje gennem den øgede viden om Grønland, da rådgivningen af kvinderne planlægges fortsat.

Rejsen til Grønland gav mig mulighed for hospitalsbesøg i Nuuk og Tasiilaq på Østkysten. Der findes 16 hospitaler, det ene - Dronning Ingrid's Hospital (DIH) - med mere end 50 læger og 400 fuldtidsstillinger ialt, de resterende i kystbyerne af forskellig størrelse, typisk 16 – 25 senge med dertil hørende rtx-udstyr, laboratoriefaciliteter, op.stuer m.m.. Opgaverne løses afhængig af den nuværendes stabskompetencer, men skader, frakturer og fødsler vil altid forekomme. Arbejdet i Grønland er aldrig ensformigt!

Via Reykjavik fløj jeg i strålende sol til Kulusuk (en lille bygd), videre derfra med helikopter til Tasiilaq, hvor ambulancen fungerede som taxa og bragte mig til byens eneste hotel med en

Rejserapport fra NUNA MED 2007

storslået udsigt over de mange farvede små træhuse og fjorden med isbjerge. I byen bor 1800 mennesker, i de omkringliggende bygder i alt 1200 mennesker. Sammen med 2 andre RH-udsendte og en folkevalgt fra Landstinget holdt jeg på hospitalet møde med 2 læger (ud af ialt 3), hjemme-sygeplejersken og jordemoderen. Her er 19 sengepladser, en belægningsprocent på 80, der foretages 350 indgreb årligt, og ca. 50 ambulante besøg dagligt (også alm. lægepraksis), ansatte i alt udgør 50 årsværk. Der er p.t. ingen sekretær, ej heller sundhedsplejerske, og anæsthesisygeplejersken veksler, d.v.s. de andre ansatte påtager sig disse opgaver. Derudover er der årlige besøg af øjen-, ørelæge, gynækolog, parenchymkirurg, ortopæd kirurg, intern mediciner, og psykiater. Netop i dag er der videokonference med psykiater i Nuuk.

Man benytter sig generelt af telemedicin (eks. scanning af gravide med problemer), røntgenbillederne (1100 årligt) beskrives i Nuuk, og Sund-

hedsvæsnets intranet, EPJ, er under udbredelse på kysten. Al cancerkirurgi foregår i Nuuk, undtaget biopsi-tagning. Der forekommer en del kræfttilfælde, dog ikke specielt brystkræft, på trods af familie med en BRCA-mutation. Tamoxifen stod dog i medicinrummet. Man tilbyder generel længere indlæggelse p.g.a. en dårlig social situation og trange boligforhold. Ønskerne for fremtiden omfatter bl.a. fysioterapeuter, sundhedsplejersker, stuer til pleje af svært syge og døende pt, udbygning af hjemmesygeplejen, faguddannede på plejehjemmet, etc.

I bygderne findes sygeplejestationer med dansk sygeplejerske og tolk. Ca. 25 gange årligt er sygetransport i båd eller helikopter nødvendigt. Lægerne besøger bygderne 4 gange årligt.

Jordemoderen fortalte om den arvelige leversygdom Cholestasis fam. Groenlandica. De fleste børn med denne gendefekt dør i tidlig barnealder. Der er nu tilbud til alle gravide om gentest og evt. abort ved sygt foster.

Der fødes 70 børn om året i Tasiilaq, og der foretages 70 aborter på trods af stor indsats vedr. prævention. Pigerne starter tidligt med graviditeter og får i gennemsnit 2.85 børn. Dette er nok medvirkende til den lavere forekomst af brystkræft. Jordemoderen var meget interesseret i BRCA-mutationen og kendte også til familiære tilfælde i byen. Vi fulgte op på debatten i venteværelset i Kulusuk, da alle skulle til Nunamed næste dag. Vi nåede også en vandretur ned i bygden, som er smuk, men fattig.

Efter flyveturen over Indlandsisen ankom jeg til Nuuk, hovedstaden i Grønland med 16.000 indbyggere. Her mødte jeg ved sociale sammenkomster hospitalsdirektøren, cheflægen, chef-sygeplejersken, afd. sygepl. fra mindre sygehuse, vores genetiske kontaktlæge (som har fundet endnu en Brca-familie i Sygrønland!), grønlandskkoordinatoren fra RH, lederne fra Det grønlandske Patienthotel i Kbh. m.m. Jeg brugte alle indfaldsvinkler til at bringe budskabet ud om den grønlandske founder-mutation. En læge fra Upernavik fortalte mig da også, at han undrede sig over den høje forekomst af ovariecancer netop der!

Jeg fik også mulighed for at besøge DIH, økonomi afd. (der kunne fortælle om en stor udgiftspost til cancermedicin!), medicinsk afd. med samtale med afd. sygpl. omkring arvelighed. Hun fortalte mig om øget forekomst af pancreascancer! Er der en sammenhæng med mutationen?

Derudover besøgte jeg Patienthotellet, som modtager patienter fra hele kysten til udredning, ambulankontrol og kemoterapi. Den ambulante kontrol foregår på selve hotellet.

Lørdag morgen indledte Nuuks by-



orkester den 6. Nunamed-konference for de 230 deltagere.

Indlæggene omhandlede infektionssygdomme/tuberkulose, børn og unge, graviditet og fødsel, grønlandske familier i forandring, hjerte-karsygdomme, uddannelse inden for sundhedssektoren, kost og miljø, cancer og arvelige sygdomme, IT, sundhedsvidenskabelig forskning, polar endokrinologi, m.m.

Den grønlandske befolkning (godt 50.000) er en meget "gennemundersøgt" gruppe. Der er således i årenes løb lavet mange studier og befolkningsundersøgelser omkring sundhed, sygdom og arv. Men data modtages måske ikke altid lige positivt! Middelalderen er i dag 65 år. Sundhed og sygdom er ændret p.g.a. den vestlige livsstil med nedsat motion, kostændring med vægtøgning som resultat, tobak og alkohol, hvilket har medført øget forekomst af diabetes, hjertesygdomme og cancer. Før i tiden var infektionssygdomme den største trussel. Andre trusler er forurening med POPs (bl.a. kviksølv) i hval- og sælkød. Opfordringen er at begrænse indtaget af dette kød og øge indtaget af fisk, hvilket er svært i fangersamfundene. Også psykologiske og sociale problemstillinger blev berørt, og det viser sig, at der er store uligheder inden for de sundhedsmæssige og sociale områder mellem Nuuk, kystbyerne og bygderne.

Indlæg om kræft viste bl.a.:

- Næse/svælg og spytkirtelkræft er den hyppigst forekomne kræftform i Grønland, med familier ophobning.
- Opgørelse over brystkræft gennem sidste 10 år viser 12-13 tilfælde årligt, hvilket er 4 gange mindre end i DK), dog fordoblet siden 1960.

- Forekomsten er højest i Disco-bugten og i Sydgrønland. 53 % er præmenopausale (Brca-mutation nævnes som mulig årsag), overlevelsen er 50 %. Relevante pt henvises nu til genetisk rådgivning på DIH og mammografi-screening i DK.
- Brystkræft fordobles, når grønlandere immigrerer til DK.
- Prostatakræft er sjælden.
- Mave, pancreas og lungekræft er i stigning.
- Ovariecancer?

Temaseminaret om Tværkulturel pleje og behandling med både danske og grønlandske sygeplejersker bød på gruppediskussioner. "Det er nødvendigt at tage højde for mange danskeres og grønlanderes forskellige opfattelse i relation til familie og til tid, og at mange ord om kroppen, sygdom og sundhed ikke findes på grønlandsk og har forskellig betydning i forskellige byer". Der mangler et fagsprog på grønlandsk, og tolkning er derfor vanskelig. I Grønland

fylder det talte ord ikke meget, tavsheden værdisættes, ord bruges i deres bogstavelige betydning, ironi kendes ikke. Sundhedsinformation bør nok have en mere "historie-fortælle-orienteret" udformning.

Grønlandere, især den ældre generation, opsøger ikke som herhjemme oplysninger om sygdom og behandling, men er mere autoritetstro.

En spændende debat, hvorom jeg har mere læsestof til evt. interesserede.

Konferencen sluttede med festmiddag, optræden og fællessang på grønlandsk.

Lokal TV viste indlæg fra Nunamed, bl.a. med udtalelser om, at brystkræft er i stigning.

De sidste par dage gik med sejltur, vandreture i fjeldet, beundring af nordlys, museumsbesøg og god mad. Men hvalkød, rensdyr, sæl og moskusokse bliver nu aldrig min livret!



Behandling af pseudomyxoma peritonei



Af

Lene Hjerrild Iversen¹, afd.læge, PhD
Peter Christian Rasmussen¹, overlæge
Gitte-Bettina Nyvang², afdelingslæge
Søren Laurberg¹, professor, dr.med.

- ¹ Kirurgisk afdeling P,
Århus Universitetshospital THG
² Onkologisk afdeling,
Århus Universitetshospital NBG

Ætiologi

Pseudomyxoma peritonei (PP) er en sjælden tilstand (incidens 1:1.000.000), der er karakteriseret ved ofte enorme mængder mucin aflejret i den peritoneale kavitet ("jelly belly"). Sygdommen udgår hyppigst fra et benignt mucinøst (cyst)adenom i appendix. Under adenomets vækst kommer der mucinophobning i appendix (mucocèle), som på sigt kan resultere i okkult ruptur af appendix. Herved spredes adenomatøse epitheliale celler ud i abdomen og implanteres på peritoneum med efterfølgende diffus mucinproduktion. Dette er først beskrevet af Sugarbaker og kaldes redistributionsfænomenet og er nu en accepteret patofysiologisk hypotese.

Den peritoneale tumorvækst og mucinophobning sker på karakteristiske steder: Ovarier, det højre subdiaphrag-

matiske og subhepatiske rum, omentum majus, pelvis, venstre kolonrende, omkring Treitz's ligament og omkring milten. Årsagen til disse prædilekationssteder menes at være tyngdekraften og åbenstående lymfe-lacunae på omentet og under diaphragma. Tyndtarmens permanente peristaltik hæmmer implantationen og involveres oftest først i slutfasen, hvor den peritoneale tumorvækst udfylder abdomen. PP begrænser sig til de peritoneale flader, da væksten er non-invasiv og metastasering til regionære lymfeknuder, lever eller lunger ses yderst sjældent.

Patologi

Det histologiske billede er karakteriseret ved massive mængder ekstracellulært mucin. I den mucinøse masse findes sparsomme epitheliale celler ofte med "low-grade" cytologiske forandringer. Mucin:celle ratio $\geq 10:1$ og ekspression af MUC2 på bægerceller er nyligt beskrevet som karakteristisk for PP.

Klassifikation

Ronnett og Sugarbaker har inddelt PP i tre grupper: (1) *Dissemineret peritoneal adenomucinose* (DPAM) - det egentlige PP syndrom - er karakteriseret ved, at der udelukkende findes benigne epitheliale celler. Væksten er altid non-invasiv. (2) Ved *pseudomyxoma/carcinoma hybrid* (PMCA-I) - intermedicær peritoneal mucinøs carcinomatose - findes enkelte foci med middelhøjt differentieret adenocarcinom og er oftest udgået fra appendix. (3) Ved *peritoneal mucinøs carcinomatose* (PMCA) er der rigeligt mucinøst epithel med glandulær eller signetringscelle

morfologi og "high-grade" cytologiske forandringer. Primær tumor er et mucinøst adenocarcinom i appendix eller colon, men kan også være i ovarier. Den klassificeres dog som PP, da PMCA simulerer DPAM klinisk, radiologisk og patologisk. Da væksten er invasiv, er metastasering til lymfeknuder og invasion til andre organer hyppig.

Klinisk manifestation

PP præsenterer sig oftest med symptomer forenelige med appendicitis acuta eller ovarietumor. Andre hyppige symptomer er tyngdefornemmelse, øget abdominalomfang, herniedannelse, abdominalsmerter, kvalme, træthed, urinvejssymptomer m.fl.. Ved fremskreden sygdom er ileus-symptomer dominerende.

Undersøgelsesmetoder

CT-scanning af abdomen er fortsat den mest givtige non-invasive undersøgelse m.h.t. diagnose og udbredning. Kammuslingemønster ("scalloping") på lever og milt er næsten patognomonisk, mens omentfortykkelse, multiseperate læsioner og central placering af tarmslynger også er karakteristiske.

Traditionel behandling og prognose

Den traditionelle behandling har bestået af gentagne "debulking-procedurer" som led i symptomlindring og dermed udelukkende palliation. For hver operation øgedes morbiditeten p.g.a. stigende risiko for tarmlæsioner. Adhærencedannelsen efter hver operation ændrer sygdommens vækstmønster,

således at der også kommer tumorinfiltration i tyndtarmsgebetet. Dette, samt den vedvarende tumorvækst, gør, at slutstadiet er karakteriseret ved en inoperabel ileus-tilstand. Den mediane overlevelse er rapporteret til 2½ år og kun få patienter er levende efter 5 år.

Nutidig behandling er kurativ intenderet

Nutidig behandling af PP består af cytoreduktiv kirurgi (CS) kombineret med hyperterm intraperitoneal kemoterapi (HIPEC) – en behandling med kurativ intention. Behandlingen blev introduceret i 1980 af JS Spratt hos patienter med pseudomyxoma peritonei og er siden også indført til selekterede patienter med peritoneal carcinose fra hovedsagelig kolorektal cancer på højt-specialiserede internationale afdelinger.

Princippet ved CS kombineret med HIPEC består i kirurgisk excision af al synlig tumorvæv, og efterfølgende locoregional opvarmet kemoterapi, HIPEC, til behandling af residual tumorvæv. Er de efterladte tumorelementer max. 2.5 mm efter CS har man per definition opnået komplet makroskopisk cytoreduktion. Denne lidt atypiske definition for 'makroskopisk cytoreduktion' har man valgt, da 2-3 mm er den maximale afstand lokal appliceret cytostatika kan penetrere. Hvis efterladte tumorelementer er >2.5 mm er der opnået inkomplet makroskopisk cytoreduktion.

I praksis involverer CS multiple peritonektomi-procedurer og organ-resektioner/-exisioner. Ved udbredt PP kan der være tale om et ekstensivt indgreb. Omentum majus, ovarier og umbilicus

fjernes rutinemæssigt, da bevarelse af disse er forbundet med større recidivrate – formentligt fordi PP elementer er svære at identificere på disse organer.

Residual mikroskopisk tumorvæv behandles i forlængelse af operationen, mens patienten endnu er bedøvet, i form af HIPEC. Der må højst efterlades 2,5 mm store tumorelementer ved CS (komplet makroskopisk cytoreduktion) for at der kan opnås effekt af HIPEC. Derfor udelades HIPEC, såfremt man peroperativt konstaterer, at komplet makroskopisk cytoreduktion ikke er mulig. Med HIPEC er man i stand til at opnå langt højere doser intraabdominalt uden ledsagende toksiske systemiske bivirkninger end, hvad man vil kunne opnå via systemisk adgang. Det mest anvendte cytostatikum er mitomycin C (35 mg/m²), hvor virkningen potentières af hypertermi. Hypertermien har følgende effekter: a) direkte cytotoxisk effekt via hæmmet DNA-repair, som er relateret til eksponeringstiden, b) synergisme med bl.a. mitomycin C og cisplatin, men ingen med eksempelvis 5-FU og c) øget cellepermeabilitet ved stigende temperaturer, hvorved tumorcellers optagelse af kemoterapeutika øges. Den ønskede administrationstemperatur er 41°-42° C. Højere temperatur er forbundet med øget toksicitet for tyndtarmen, og synergismen med kemoterapeutika aftager ved > 43° C. HIPEC administreres i de fleste centre via åben teknik, således at abdominal kaviteten skylles inden abdomen lukkes, mens patienten endnu er bedøvet. HIPEC administreres som en kontinuerlig perfusion med mitomycin C opløst i peritoneal skyllevæske. Perfusion sker via en simplificeret hjerte-lunge-maskine (perfu-

sionspumpe og en opvarmer) og med et inflow-kateter og tre outflow-kateter i bughulen. På hver outflowkateter er der monteret termometerprober for at sikre kontinuerlig temperaturovervågning og dermed sikre korrekt perfusion i hele bughulen. Patientens temperatur stiger under proceduren, hvorfor af-dækningen på ekstremiteterne fjernes, og intravenøst væske gives uopvarmet for at undgå malign hypertermi. Perfusionen varer 90 minutter forudgået af ca. 30 minutter til opfyldning af bughulen og stabilisering af perfusionen. Mitomycin C tilsættes perfusionsvæsken af 3 omgange; først gives 50% af dosis, efter 30 minutter 25% og efter yderligere 30 minutter igen 25%. Efter endt perfusion og tømning syes eventuelle tarmanastomoser og abdomen lukkes. Anastomoser syes først efter HIPEC for at undgå implantation af tumorceller i anastomoselinierne.

Postoperativt behandles med ventrikelsonde pga. forlænget intestinal paralyse, og patienten ernæres via jejunal ernæringssonde suppleret med parenteral ernæring. Patienten forbliver på intensiv afsnit i 2-3 dage indtil stabil hjerte-lungefunktion. Indlæggelsestiden er ca. 10-20 dage. Patienterne monitoreres med hæmatologiske kvantiteter og nyrefunktion de første 4 uger efter proceduren p.g.a. risiko for knoglemarvsdepression og nyretoksicitet.

Systemisk kemoterapi efter intenderet kurativ behandling

PP patienter med PMCA-I og PMCA tilbydes Xeloda og Oxaliplatin i 6 mdr efter CS kombineret med HIPEC. Kan også gives præoperativt, hvis der er

Behandling af pseudomyxoma peritonei

påvist adenocarcinom, men dog ikke i mindst 3 uger før CS kombineret med HIPEC.

Korttidsprognose efter kurativ intenderet behandling

Den postoperative morbiditet efter CS kombineret med HIPEC er relativ høj, ca. 33%-56%, dog oftest 20%-30% i etablerede centre, som har passeret den første del af den stejle "learning curve" (litteraturgennemgang, personlig meddelelse). Morbiditeten skyldes kirurgiske og infektiøse komplikationer samt kemoterapi-relateret toksicitet. De kirurgiske komplikationer omfatter tyndtarmslækage og – fistler, anastomose-lækage, postoperativ blødning og langvarig ileus. De infektiøse komplikationer er pneumoni, feber, sepsis, intraabdominale abscesser, sårinfektion og kateterinfektion. Kemoterapi-relateret toksicitet omfatter leukopeni og trombocytopeni. Den maksimale knoglemarvsdepression, nadir, ses indenfor to uger postoperativt. Fraset de kirurgiske komplikationer er hovedparten af komplikationerne oftest forbigående og selvlimiterende på konservativ eller medicinsk behandling. I et multicenterstudie er der beskrevet en re-operationrate på 10%.

Den postoperative mortalitet (30 dage) efter CS kombineret med HIPEC 0%-18%, dog <10% i større studier, dvs. sammenlignelig med den, der ses efter elektiv kirurgi for KRC. Det er især patienter med kirurgiske komplikationer, som dør, hvorfor re-laparotomi anbefales på vid indikation ved mindste mistanke om abdominal sepsis.

Langtidsprognose efter kurativ intenderet behandling

Ved CS kombineret med HIPEC øges 5-års overlevelsen til 59-96%. For patienter med favorabel histologi er overlevelsen 70% efter 20 år.

Specielt 4 faktorer har prognostisk betydning for overlevelsen efter CS kombineret med HIPEC for PP patienter: Histologisk type (DPAM, PMCA-I, PMCA), sygdomsudbredning, sygdoms "clearing", og om der evt. tidligere er foretaget debulking.

I et nyligt publiceret hollandsk materiale af 103 PP patienter, behandlet efter det nye regime, som skitseret ovenfor, rapporteres 5-års sygdoms-specifik overlevelsen til 60% og en skønnet 10-års overlevelse på >50%. For 66 patienter med benign histologi (DPAM) var 5-års overlevelsen 75%. I tilfælde af sygdomsudbredning i max. 5 af 7 specificerede regioner var 5-års overlevelsen 82%. I multivariat analyse var sygdomsudbredning i mere end 5 regioner forbundet med hazard ratio på 2.4 og ved inkomplet makroskopisk cytoreduktion (residual tumurvæv >2.5 mm) var hazard ratio 4.1 for reduceret overlevelse.

I en publikation fra Basingtoke på 123 patienter med PP behandlet efter det nye regime (mitomycin C dosis dog 10 mg/m²) var 5-års sygdomsfri overlevelse 80% hos DPAM patienter og 65% hos PMCA patienter. De konkluderede, at PMCA ikke udelukker muligheden for langtidsoverlevelse efter CS og HIPEC.

I en amerikansk serie omfattende 385 patienter behandlet med CS, og hvor hovedparten af patienterne fik HIPEC, var 5-års overlevelsen 86% hos

patienter med DPAM. I tilfælde af komplet makroskopisk cytoreduktion var 5-års overlevelsen 79% mod 24% ved inkomplet makroskopisk cytoreduktion. Patienter, der tidligere havde gennemgået kirurgiske procedurer med traditionel kirurgisk "debulking", havde signifikant dårligere overlevelse end patienter, der forinden kun havde fået foretaget diagnostisk biopsi, laparoskopi, explorativ laparotomi eller laparotomi med minimal resektion. For de to grupper var 5-års overlevelsen henholdsvis 48% og 72%. En svaghed ved studiet er, at det postoperative kemoterapiregime blev ændret under studiet. Resultaterne indikerer dog - sammen med den erfaring, at sygdommens vækstmønster ændres efter gentagne debulkingsoperationer - at der ikke bør laves debulking primært, idet prognosen efter CS kombineret med HIPEC herved kan mindskes. Er der således mistanke om PP, ex. peroperativt ved explorativ laparotomi, bør der kun biopteres, og patienten skal efterfølgende henvises til afdeling med speciale i behandling af PP.

Recidiv efter kurativ intenderet behandling

Recidiv efter CS kombineret med HIPEC kan hos udvalgte patienter behandles med fornyet CS kombineret med HIPEC.

Palliativ behandling og prognose

Patienter med så udbredt PP, at komplet makroskopisk cytoreduktion ikke er mulig, kan pallieres med maximal debulking. Dette omfatter udvidet



HIPEC procedure med perfusionsmaskinen i venstre side.

højresidig hemikolektomi, omentektomi og evt. splenektomi. Herved reduceres tumor-load og specielt omentektomien reducerer den massive ascitesproduktion. Efter palliativt indgreb tilbydes Xeloda og Oxaliplatin i palliativt øjemed.

Efter maximal debulking som palliation (udvidet højresidig hemikolektomi, omentektomi og evt. splenektomi) har Basingtoke-gruppen rapporteret 2 års overall overlevelse på 57%.

Konklusion og resultater fra et dansk center

PP er en sjælden tilstand ofte udgået fra et benignt mucinøst (cyst)adenom i appendix, hvis vækst forårsager

implantation af mucinproducerende neoplastiske epitheliale celler på peritoneale flader.

Intenderet kurativ behandling omfatter CS kombineret med HIPEC – en behandling forbundet med betydelig morbiditet om end lav mortalitet. Behandlingen skal derfor kun tilbydes udvalgte patienter (fysiologisk alder $\leq 70-75$ år, ASA score ≤ 2 , ingen fjernmetastaser). Langtidsresultaterne er gode. Den gode prognose mindskes dog, hvis CS kombineret med HIPEC er forudgået af inkomplette "debulking-operationer". Vurdering og behandling af PP patienter bør kun finde sted på højt-specialiserede afdelinger.

Efter forudgående oplæring på internationalt anerkendte afdelinger

har kirurgisk afdeling P, Aarhus Universitetshospital THG, de seneste 6 år kunnet tilbyde udredning og behandling af denne sjældne patientkategori. Behandlingsresultaterne er på niveau med større internationale centre. 30-dages mortaliteten 0% for de 33 PP patienter, der er opereret, én patient er død af fremskredet PP godt 4 år efter operationen, og én patient med recidiv er død af anden årsag. Livskvaliteten er på niveau med normalbefolkningens fra 6 måneder postoperativt og efterfølgende.

Referenceliste fås ved henvendelse til:
Lene Hjerrild Iversen, kirurgisk afdeling P, Århus Universitetshospital, THG. E-mail: lene.h.iversen@dadlnet.dk

Breathing and tumour variations during curative radiotherapy for non-small cell lung cancer



Af
Trine Juhler-Nøttrup
læge
Onkologisk afd. R,
Herlev Hospital

Baggrund

Formålet med ph.d. afhandlingen var en kritisk belysning af forholdene omkring mulig reduktion af marginstørrelse ved strålebehandling af ikke-småcellet lungekræft. Projektet blev gennemført på Rigshospitalets Radioterapiklinik i perioden 2003-2007.

Strålebehandling i høj dosis er en afgørende del af den kurative behandling ved lokal avanceret lungekræft, hvor de øvrige behandlingsmodaliteter er operation og kemoterapi. For at mindske toksiciteten af behandlingen må strålefeltets størrelse reduceres til et minimum. Ved planlægning af strålebehandlingsfeltet tillægges en margin omkring svulsten for at tage højde for de variationer, svulsten undergår gennem behandlingsforløbet.

Kræftvævs intrafraktionsvariationer (under den enkelte strålefraktion) er afhængige af og korreleret til åndedrættet. Interfraktionsvariationerne (under strålebehandlingsforløbet) er også korrelerede til åndedrættet og ændringer i åndedrættet over tid, samt til variationer i opstillingspræcisionen og behandlingsbetingede ændringer i tumor over tid.

Dette ph.d.-studium havde til formål at udforske intra- og interfraktionsvariationerne i åndedrættet, samt at evaluere variationerne i svulsternes konfiguration under et strålebehandlingsforløb.

Metoder

I studiet indgik 11 patienter med ikke små-cellet lungekræft. Der blev foretaget daglig monitorering af åndedrættet under hver fraktion over et fuldt strålebehandlingsforløb med kurativ intention. Åndedrættet blev monitoreret ved hjælp af en markør på brystkassen og et software system, som var blevet udviklet i afdelingen kort før ph.d.-projektet startede. I analysen indgik bestemmelse af åndedrættets udåndingsniveau og amplitude. For begge parametre blev bestemt både intra- og interfraktionsvariationer. Til analysen blev der defineret følgende variable: "Exhale point" - 5% fraktilen af alle markørpositioner i en åndedræstcyklus, "Inhale point" - 95% fraktilen af alle markørpositioner i en åndedræstcyklus, "Breathing cycle amplitude" - intervallet mellem hvert exhale point og inhale point, "Fraction-baseline" - gennemsnittet af de første exhale points i hvert strålefelt, "Fraction-max-amplitude" - den største breathing cycle amplitude i hver fraktion, "The full course motion extent" - 5 - 95% fraktilen af alle markørpositioner over alle 30 strålefelter. Se figur 1 for nærmere forklaring.

Jævn fordelt over behandlingsforløbet fik 10 af de 11 patienter foretaget 3 åndedræstsynkroniserede CT-scanninger. En scanning før behandlingens start (scan A), en scanning midtvejs (scan B), ved fraktion 15, og en scanning ved afslutningen af strålebehandlingen (scan C) ved fraktion nr. 30. På alle 3 scanninger blev kræftvæv og risikoorganer indtegnet, for at positionsvariationer og volumenændringer mellem de 3 scanningsituationer kunne bestemmes. Positionsvariationerne blev målt som 3D forflytningsvektorer ud fra scanningsammenligning på baggrund af både knoglestrukturer og hudmarkeringer.

Resultater

Åndedrættet i en fraktion kunne karakteriseres ved at have en median 'breathing cycle amplitude' på 4,2 mm. Den mediane forskel i 'exhale point' var 1,6 mm. Interfraktionsvariationerne i åndedrættet udviste større udsving. Der var en median fraction-max-amplitude på 6,1 mm over alle fraktioner. Fraction-baseline havde en median forskel på 14,8 mm. De samlede variationer kunne karakteriseres ved "The full course motion extent" og medianværdien for dette var 15,2 mm (populationsvariationsbredde 5,5 mm - 26,7 mm). For hver lunge- og mediastinalsvulst blev der udregnet en 3D forflytningsvektor, ud fra forflytningerne i henholdsvis x-, y- og z- planet, se figur 1. Den mediane interfraktionsforflytningsvektor for lungesvulsterne var 0,53 cm, for sammenligning på knoglestrukturer og 0,81 cm for sammenligning på hudmarkeringer. For svulsterne i mediastinum var de tilsvarende mediane forflytningsvektorer henholdsvis 0,56 cm og 0,53 cm. Forskellen på 3D forflytningsvektoren var signifikant for lungesvulsterne, men ikke for svulsterne i mediastinum. Den patientindividuelle middelreduktion i lungesvulstvolumen var 12% fra scan A til scan B og 19% fra scan A til scan C. For svulsterne i mediastinum var de tilsvarende ændringer 19% reduktion fra scan A til scan B scanning og 34% fra scan A til scan C, se figur 2. Sammenholdt resulterede interfraktionsvariationerne af svulsterne i en median overlappingsgrad af lungesvulster på 80-87% og 70-76% for sammenligning på hhv. knoglestrukturer og hudmarkeringer. Den mediane overlappingsgrad af svulster i mediastinum var 60-65% og 41-47%.

Konklusioner

Studiet viste, at interfraktionsvariationerne i amplitude er af mindre betyd-

Breathing and tumour variations during curative radiotherapy for non-small cell lung cancer

ning for det totale bevægeudslag end interfraktionsvariationerne i fraction-baseline, som var op til 10 gange større end intrafraktionsvariationerne. Herudover vist, at interfraktions-variationerne for svulsterne var en betydende størrelse, både hvad angår positionsvariationer og ændringer af svulstvolumet. Variationerne i lungesvulstposition var afhængige af opstillingsmetode – opstilling af patienter efter hudmarkeringer er underlegen sammenlignet med opstilling efter knoglestrukturer.

På denne baggrund bliver det klart, at individuel marginreduktion for strålebehandling baseret på én planlægningssession ikke kan gennemføres uden risiko for marginal underdosering af svulsten.

Fremtidige studier må afgøre, hvordan brugen af gating og daglig billedvejledt strålebehandling kan føre til individuelt definerede marginreduktioner.

Afhandlingen kan rekvireres hos under tegnede.

Trine Juhler-Nøttrup
Grøndals Parkvej 92 st.
2720 Vanløse
trinejn@gmail.com

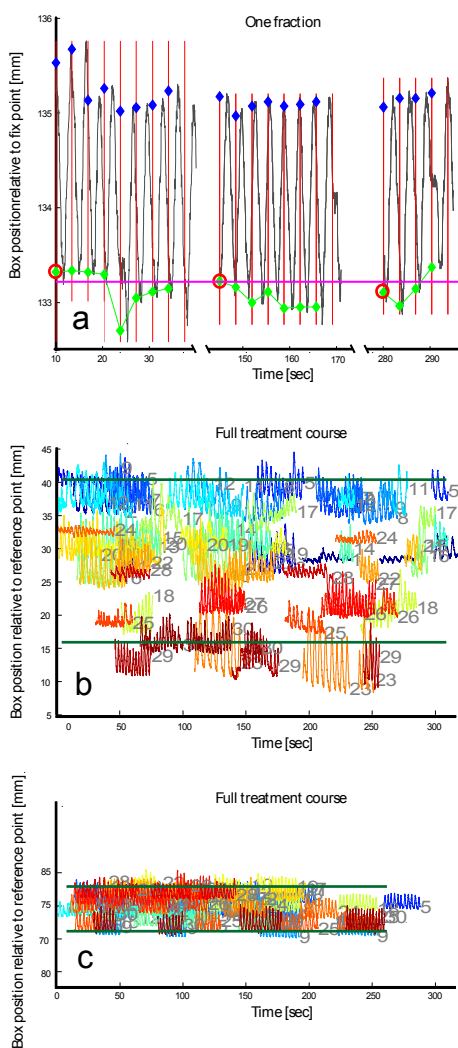
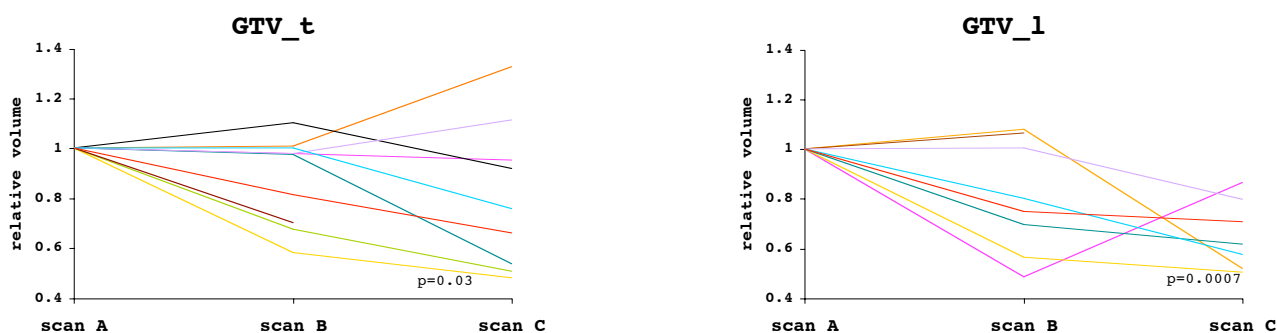


Fig. 1 - a: Illustration af analysen af åndedrætskurverne fra en patient behandlet med 3 felter. X-aksen er afbrudt når der er "beam off". Analysen af intrafraktionsvariationerne er baseret på hver enkel åndedrætscyklus, markeret ved de lodrette røde linier. De grønne rhomber indikerer "exhale point" i den næstkommende åndedrætscyklus og de blå indikerer "inhale point". "Breathing cycle amplitude" svarer til afstanden mellem korresponderende "exhale point" og "inhale point". Analysen af interfraktionsvariationerne er baseret på "fraction-baseline" vist som den lille linie, udregnet som middelværdien af de første "exhale points" i hvert felt, som er fremhævet med en rød cirkel.

Fig. 1 - b-c. Markørboxpositioner over 30 fraktioner, for 2 forskellige patienter. Hver fraktion er afbildet med en særlig farve. Der er en kurve for hvert felt. De grønne linier indikerer 5 – 95% fraktilen af alle markørboxpositioner over alle 30 fraktioner. Dette illustrerer "The full course motion extent". Bemærk at variationen i "exhale point" males relativt til lejehøjden ved hjælp af et referencpunkt på fikationsudstyret. Derfor er variationerne på y-aksen ikke opstået som følge af variation i opstillingshøjden. Bemærk at y-akserne er skaleret anderledes end i a).



Patient 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Fig. 2: Figuren viser den relative volumenforandring for GTV_t, GTV_l, hjerte og lunge som en funktion af behandlingstiden (scan A=fraktion no. 1, scan B=fraktion no. 15, and scan C fraktion no. 30). Scan A er referenceværdien karakteriseret ved, at alle kurver starter ved 1.0. Den individuelle patient er vist med samme farve i de to grafer.

1. Videnskabelige onkologiske årsmøde for læger i Østdanmark



Af
Læge Mogens
Petersen
Onkologisk afd.
Finsencentret, RH

Den 4.-5. oktober afholdt SKA for første gang videnskabeligt årsmøde for læger i Østdanmark. Det blev afholdt i en god stemning i de dejlige omgivelser ved Borupgård, nær Helsingør, men var desværre præget af en del afbud og udeblivelser. Årsmødet havde til formål at præsentere "state of the art" behandlinger og igangværende og planlagte projekter i Østdanmark. Der fokuseredes på c. prostatae, c. ovarii og øvre gastrointestinale tumorer.

Først på programmet var cancer prostatae, hvor Professor Peter Iversen, Urologisk afdeling, Rigshospitalet holdt et fremragende oplæg med overskriften "To screen or not to screen". Han gennemgik screening med PSA og de vanskeligheder, der er forbundet med dette. PSA er en organspecifik markør, ikke cancerspecifik, og bruges i dag til at vurdere risiko for cancer, tumorbyrde (stadie), behandlingseffekt og sygdomsprogression. Men helt nemt er det ikke, og PSA er en vanskelig parameter at forholde sig til, hvilket kan illustreres ved, at 84% af patienter med screeningsdetekteret tumor ikke dør af deres prostata cancer, hvilket fører til overdiagnosticering og overbehandling af patienter. Derfor ligger der store udfordringer med hensyn til uddannelse og kommunikation, således at man får korrekte og videnskabelige retningslinjer for, hvorledes man behandler og forholder sig til disse problemer.

Derefter gennemgik overlæge

Peter Meidahl, Onkologisk klinik, Rigshospitalet strålebehandling af patienter med cancer prostatae, og dilemmaerne fortsatte. Aktuelt er der ingen klarhed om, hvorvidt strålebehandling eller operation er bedst, eller om ekstern strålebehandling eller brachyterapi er mest effektiv ved lokaliseret cancer prostatae. "Hvad ved vi så?" blev der spurgt. Jo højere dosis jo bedre!....og dog. Selvom der kan påvises øget overlevelse og længere sygdomsfri overlevelse ved højere dosis, medfører dette svære bivirkninger. Desuden er det fortsat uafklaret hvilken dosis pr. fraktion, der er bedst. Aktuelt er der flere pågående studier, der forsøger at afklare problematikken. Vi ved dog at lokalbehandling (radioterapi eller kirurgi) hjælper. Vi kender bivirkningerne, der er forskellige afhængig af behandlingsregimet. Vi ved også, at med hensyn til feltstørrelse er mere ikke bedre, og at endokrinbehandling, både som neoadjuverende og adjuverende, synes effektiv, omend der fortsat mangler retningslinjer med hensyn til timing og varighed af den endokrine behandling.

Den sene eftermiddags sidste oplæg - medicinsk behandling af prostata cancer - stod overlæge Lisa Sengeløv, Herlev Sygehus, for. Til at starte med blev det fastslået, at prostata cancer ikke er en kemosenitiv tumor, og at der her også er betydelige udfordringer i udvælgelsen af patienter til behandling. Aktuelt er det på Herlev Sygehus og Rigshospitalet standard at behandle patienter med metastatisk sygdom med kemoterapi, såfremt canceren er hormon refraktær, og patienterne er symptomatiske. Kemoterapi hos denne gruppe patienter medfører forlænget overlevelse på ca. 6 mdr., fald i PSA, øget livskvalitet og smertelindring. Behandlingen er palliativ, og der er diskussioner om, hvorvidt man skal behandle asymptomatiske

patienter. Lisa Sengeløv afsluttede denne spændende gennemgang af cancer prostatae med at fastslå, at der aktuelt ikke er revolutionerende data på vej, og at vejen er fyldt med udfordringer.

Dette afsluttede første kursusdag, og om aftenen hyggede deltagerne sig med god middag og socialt samvær. Desværre var der kun 3 deltagere foruden SKA personale, der havde valgt at tilbringe natten på Rungstedgaard, men de fik sig en hyggelig aften ved pejsen, med uforglemmelige livshistorier af Heine Høi Hansen.

Fredag formiddag handlede om ovarie cancer, og indledtes af Svend Ottesen, overlæge, Roskilde Sygehus, der kort gennemgik den medicinske behandling. Ved behandling af cancer ovarii bør man have for øje hvornår, hvordan og med hvad, man behandler. Aktuelt er "state of the art" første linje behandling med carboplatin og taxol/taxotere, men ca. 75% får recidiv. Der er aktuelt ingen standard 2. linje behandling. Som markør anvendes CA-125, der bruges til at måle respons på kemoterapi og til at screene for recidiv. Men, som ved prostata cancer, er der i dag uenighed om, hvorvidt man bør behandle asymptomatiske patienter med CA-125 stigning, eller om man skal vente på, at de bliver symptomatiske.

Silke Spahn-Horn, reservelæge, Rigshospitalet gennemgik derefter igangværende og planlagte kliniske projekter. Der er stor forskningsaktivitet på området, og fokus er på afprøvning af forskellige kemoterapeutika, targeteret behandling, intraperitoneal kemoterapi og bedre diagnostik. Aktuelt er der ingen ændringer på vej i kemoregimenerne, da hidtidige forsøg med bla. gemcitabin og topotecan ikke har vist sig mere effektiv end standarden i dag. Som i den øvrige

1. Videnskabelige onkologiske årsmøde for læger i Østdanmark

onkologi venter man også her spændt på igangværende forsøg med Avastin®, og øvrige interesseområder indenfor targeret-behandling er rettet mod EGFR og HER2. Intraperitoneal kemoterapi er forbundet med komplikationer og begrænsninger og er for nuværende forbeholdt en beskeden gruppe, men igangværende protokoller forsøger at afklare, om denne gruppe kan udvides.

På det diagnostiske område, laves der pt. Ph.D.-projekt ved klinisk assistent Signe Risum på Rigshospitalet omkring PET/CT's rolle i primær diagnostikken og til recidiv af cancer ovarii.

Herefter blev det tid til overlæge Jens Bentzen, Herlev Sygehus, der indledte emnet 'Øvre gastrointestinale tumorer' med en gennemgang af cancer oesophagei.

Denne gruppe af patienter har samlet set en 5-års overlevelse på 10-16%, og hvor dissemineret sygdom naturligvis er dårligst med en 5-års overlevelse på < 5%. Der er lavet mange undersøgelser vedrørende kirurgi, kemoterapi og radioterapi, og sammensætningen og timingen af denne. Standardbehandling ved lokalt avanceret sygdom er i dag konkomitant præoperativ kemoradioterapi i form af cisplatin og 5-FU.

Aktuelt anbefales der ikke kemoterapi uden for protokol ved dissemineret sygdom,

men der er pågående undersøgelser med kemoterapi til patienter med udvidet sygdom samt fase II forsøg med kurativt anlagt kemoradioterapi.

Cancer pancreatis blev godt gennemgået af overlæge Ole Larsen, Herlev Sygehus, der indledte oplægget med følgende nedslående tal: 40% har på diagnostidspunktet lokalt avanceret sygdom, 50% har dissemineret sygdom, og der er stort set ingen 5-årsoverlevende. Ved dissemineret sygdom er eneste behandlingsmu-

lighed kemoterapi, og her er eneste mulighed fortsat gemcitabin og vil formentlig være det i lang tid endnu. Ole Larsen spurgte derfor retorisk, om det var på tide at hejse det hvide flag? Han fremlagde forsigtigt resultater med gemcitabin plus capecitabine og gemcitabin plus erlotinib (Tarceva), der begge resulterede i beskeden stigninger i median og samlet overlevelse, der således eventuelt kan tillægges, såfremt patienterne er i god almen tilstand.

Ved lokal og lokalavanceret cancer pancreatis er mulighederne flere. Disse inkluderer både kirurgi, radioterapi og kemoterapi, de to sidste som både neoadjuverende og adjuverende muligheder. Standard er her gemcitabin som adjuverende og uftoral med isovorin som konkomitant givet som eksperimentel behandling. Odense Universitets Hospital kører for øjeblikket en protokol med kemoradioterapi til pancreascancer med henblik på tumor downstaging, og de foreløbige resultater tyder på, at 25% kan reseceres.

Ole Larsen redegjorde derefter for spændende projekter med vacciner. Disse er rettet mod selve canceren (dendritcelle, GV1001) eller mod infektioner, som er associeret med cancer (Helicobacter pylori, HPV etc.). GV1001, der kører som et fase III forsøg, er en peptid vaccine, der aktiverer immunforsvaret til at genkende og eliminere cancerceller.

Næste emne på programmet var hepatocellulært carcinom og cholangiocarcinom ved overlæge Ulrik Larsen, Rigshospitalet. Han lagde ud med cholangiocarcinom, og de udfordringer der ligger her, bl.a. vanskeligheder ved diagnosticeringen, høj morbiditet og få data vedrørende behandlingsstrategi. Der er ingen evidens for at give postoperativ adjuverende

kemoterapi. Mindre fase II forsøg med 5-FU og gemcitabin plus cisplatin, viser partielle responsrater på 10-50%, og et aktuelt fase I/II forsøg med gemcitabin, capecitabin og oxaliplatin viser partiel respons hos en tredjedel af patienterne og en enkelt patient med komplet remission.

Den onkologiske behandling af hepatocellulært carcinom (HCC) følger Milano-kriterierne, der siger, at kirurgi: resektion eller levertransplantation, er eneste beviste potentielle kurative behandling til patienter med HCC, hvorfor ikke-kirurgisk behandling er forbeholdt patienter, der ikke er kandidater til kirurgi. Den ikke-kirurgiske behandling består af perkutan ethanol injektioner, kemoembolisering og radiofrekvens ablation. Systemisk kemoterapi bruges ikke som standard p.g.a. dårlige responsrater og bør kun tilbydes i forbindelse med protokollerede forsøg.

Med hensyn til targeret behandling har især sorafenib vist lovende resultater, med forlænget overlevelse i fase II forsøg.

Afdelingslæge, Lene Bæksgård, Rigshospitalet fortalte herefter om cardia og ventrikel cancer. Standard er i dag kemoradioterapi, der har effekt som både adjuverende og neoadjuverende behandling, hvorimod forsøg ikke har vist effekt ved radioterapi eller kemoterapi alene. For øjeblikket tilbydes der dog i udlandet neoadjuverende kemoterapi med henblik på tumor-downstaging for at øge radikaliteten af det kirurgiske indgreb. Ligeledes foregår der mange protokollerede forsøg, med afprøvning af kemoterapi kontra kirurgi alene, og resultater afventes fortsat. Inden for targeret behandling har der i denne gruppe endnu ikke været de store gennembrud, men der er flere spændende fase II og III forsøg på vej.

Gastrointestinale neuroendokrine

1. Videnskabelige onkologiske årsmøde for læger i Østdanmark

tumorer afsluttede kurset, og det stod Seppo Langer, overlæge, Rigshospitalet for. Denne gruppe er meget heterogen, hvilket vanskeliggør klassifikation og behandling, og Seppo Langer gennemgik derfor forskellige definitioner og klassifikationssystemer. Med proliferationsindexet (PI) kan disse tumorer opdeles i grupper med højt ('gobletcellekarcinoid' og lavt differentieret karcinom) og lavt (højt og middelhøjt differentieret karcinom) PI. Gobletcellekarcinoid skal behand-

les som colorectal-cancer, ellers er behandlingsmulighederne for tumorer med højt PI platin + etoposid a.m. SCLC eller lokal palliativ strålebehandling.

Behandlingen af tumorer med lavt PI er mere mangfoldig og inkluderer bl.a. kirurgi, embolisering, radiofrekvensbehandling, stereotaktisk radio-kirurgi og DOTATOC, som er 90 yttrium radioaktiv mærket octreotid, der dog har vist begrænset tumorrespons, men medfører stabil sygdom hos mange.

Dette var afslutningen på et utroligt interessant kursus med fokus på mindre kræftsygdomme, hvor der ligger store udfordringer i fremtiden, og hvor vi spændt venter på næste 'revolution'. Efterfølgende blev det ved rundbordsdiskussion besluttet at holde fast i tanken om at præsentere de mindre områder af onkologien, da disse ofte står i skyggen af de store kræftsygdomme.



Silke Spahn-Horn gennemgår igangværende og planlagte kliniske projekter.



Lene Bæksgård fortæller om cardia og ventrikel cancer.

NKU

Det nationale koordinationsudvalg for eksperimentel kræftbehandling, NKU, holdt sit seneste møde d. 13. november 2007 i Sundhedsstyrelsen. Hovedpunkter fra mødet samt liste over protokollerede undersøgelser i NKU-regi kan ses på SKA's hjemmeside, under punktet "Nationale Koordinationsudvalg".

Vidste du at...?

... man kan godt blive forvirret:

Nexavar er blevet godkendt af EU til behandling af hepatocellulær carcinom, den mest almindelige form for leverkræft. Stoffet er allerede godkendt i mere end 60 lande til behandling af nyrekræft, og også FDA analyserer i øjeblikket data med henblik på en godkendelse af nexavar til behandling af leverkræft.

Pressemeddelelse 30 oct. 2007, Bayer HealthCare Pharmaceuticals

Sårbehandling – en kompleks problemstilling



Af
Sygeplejerske
Trine Patricia
Weber Madsen
Onkologisk afd.
Finsencentret, RH

Sårpleje og –behandling er en klinisk plejeopgave, der er udfordrende ud fra et sygeplejefagligt perspektiv. I onkologien udvides problemstillingen med yderligere facetter. Den gode sårpleje stiller krav til faglig ekspertise hos sygeplejersken, og et konstruktivt samarbejde mellem denne og patienten på tværs af sektorer er afgørende.

Sårpleje er et interessant område, da der er mange faktorer vedrørende patienten, der spiller ind – eksempelvis smerter, sekundære lidelser, det fysiske aktivitetsniveau, ernæring, sociale netværk og generelle livskvalitet. Når sårbehandlingen skal tilrettelægges, giver det således en stor udfordring for plejepersonalet.

Med afsæt i min interesse for sårpleje og kommende opstart af Særlig Interesse Grupper (SIG) på min afdeling, deltog jeg i uge 40 i et kursus i sårpleje, der blev afholdt på Slagelse Sygeplejeskole, med det mål at udvide mine kompetencer.

Mine medkursister kom fra både primær- og sekundærsektoren og havde forskellige uddannelsesmæssige baggrunde, så der var lagt op til tværfaglige debatter og udveksling af viden mellem kursusedtagerne.

Sårpleje i onkologien skiller sig ud,

da man her primært støder på stråleskader og cancersår. Stråleskader sidestilles med brandsår og behandles derefter, men der skal i sårplejen tages særlige hensyn, hvis patienten stadig er i strålebehandling. Cancersår er ligeledes et kapitel for sig. Her søger man at lindre patientens gener fra såret, da en opheling af såret ikke er muligt, hvis der er tumorceller tilstede. Hvis patienten er i behandling med cytostatika, vil dette ligeledes forlænge sårhelingen, da cytostatika hæmmer cellevæksten. Cancersår har ofte stor indflydelse på patientens livskvalitet hovedsagligt pga. lugtgener, eksudation og ændret kropsoptagelse – kræften bliver synlig for patienten og andre.

Ernæring er en vigtig faktor i sårhelingsprocessen. Her kan sygeplejersken blive udfordret, hvis patienten derudover lider af kvalme – pga. behandling med cytostatika eller strålebehandling – smerter, obstipation eller andre komplikationer, som man ser hos den onkologiske patient. Den generelle opfattelse er, at for at hjælpe sårets helingsproces, skal der tilføres store mængder af proteiner, men det er kun delvist rigtigt. Fedt og kulhydrater er de vigtigste næringsstoffer i forbindelse med sårheling, og hvis dette behov er dækket, da vil proteinet blive anvendt til opbygning frem for forbrænding.

Selve sårplejen planlægges i forhold til det enkelte sår, og her kan tages udgangspunkt i den eksisterende teori omkring sårets anatomi, men erfaring er ligeledes en stor ressource i forhold til sårpleje. Overordnet er princippet for "moderne sårbehandling", at sår skal holdes fugtige, men hverken våde eller tørre. God sårpleje afhæn-

ger af kontinuitet, hvilket en sårplejeplan kan være garant for.

Kurset tog primært afsæt i det venøse bensår, da det er den hyppigst forekommende sårtype, og i den vestlige verden har ca. 1% af befolkningen behandlingskrævende venøse bensår.

Udviklingen af denne sårtype kan forebygges med kompression. Anvendelse af støttestrømper vil mindske risikoen for venøse bensår senere i livet, og derfor vil jeg afslutningsvis nævne, at når vi i vores virke i sundhedssektoren udsætter vores ben og fødder for en stor belastning, kan det anbefales, at man i arbejdstiden anvender støttestrømper med et let tryk.

Relevant litteratur, links samt kontakter:

"Sår" af Christina Lindholm

"Sår – baggrund, diagnose og behandling" af Finn Gottrup og Lars Olsen,

"Sår og sygepleje" af Pia Koustrup og Karen Ryge Loannou

www.saarheling.dk, www.saar.dk som også udgiver fagbladet "Sår" Videnscenter for sårheling på Bispebjerg hospital tager gerne imod henvendelser vedr. kompleks sårbehandling.

Personalenyt

Pressemeddelelse

Odense-overlæge fik stort kræftlegat

Overlæge, ph.d. Per Pfeiffer fra Odense Universitetshospital blev årets modtager af Bunch-Jensens legat, der hver andet år uddeles til en førende dansk kræftspecialist. Legatet er på 100.000 kroner, der skal anvendes til forskning, plus en personlig hædersgave på 25.000 kroner. Det er første gang, legatet uddeles til en kræftforsker uden for hovedstaden.

Per Pfeiffer har været pioner og en central person i indførelsen af eksperimentel kræftbehandling i Danmark.

På kræftafdelingen (Onkologisk Afdeling R) i Odense er han derfor ansvarlig for afdelingens afsnit for eksperimentel kræftbehandling. Her er især patienter med lungekræft og tarmkræft er blevet behandlet med for eksempel kemoterapi givet i nye kombinationer eller med helt nye typer af medicin. Resultaterne har været meget positive. Mange kræftpatienter har oplevet, at kræftsvulsterne er blevet

mindre, og mange har fået et længere liv med en forbedret livskvalitet.

Per Pfeiffer har tidligere i sin forskning beskæftiget sig med nye former for kemoterapi til patienter med underlivskræft, brystkræft og lungekræft, men nu arbejder han specielt med at udvikle nye og bedre behandlingstilbud til patienter med mave- og tarmkræft. Målet er at kunne "skræddersy" den mest effektive behandling til den enkelte patient.

- Patienten er hele tiden i fokus i dit lægelige univers, og du deler beredvilligt din viden med andre, sagde professor Heine Høi Hansen fra Rigshospitalet, da han overrakte Bunch-Jensens legat til Per Pfeiffer. – Du er flittig og dygtig, og så er du ansat på en afdeling, der har givet dig vide rammer til dit arbejde.

Bunch-Jensens legat er indstiftet af søskendeparret Alice og Kaj Bunch-Jensen, der efterlod deres formue til kræftforskning samt til forskning i årsagerne til forhøjet blodtryk (hypertension).



Legatmodtager, overlæge Per Pfeiffer fra Odense Universitetshospital (i midten) sammen med professor Heine Høi Hansen, der overrakte Bunch-Jensens legat til Per Pfeiffer. Til venstre står advokat Henrik Tahl Jantzen fra legatets bestyrelse.

(Klinisk Foto, OUH)

Personalenyt

Ærespris

Prof., overlæge, dr.med. Henning Mouridsen, Onkologisk afd, RH har modtaget Patientforeningen de Brystopereres ærespris.

Prisen, der uddeles for 8. gang, tildeles en person eller institution, der har gjort en ekstraordinær indsats for brystkræftpatienter. Henning Mouridsen har yder et væsentligt bidrag til brystkræftforskningen og var desuden medstifter af Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG), der udstikker retningslinjerne for brystkræftbehandlingen i Danmark.

Dagens Medicin 18.10.07

Bedste videnskabelige præsentation

Gruppeleder, Marie Stockhausen, M.Sc., Ph.D. Strålebiologisk Laboratorium, delte prisen for bedste videnskabelige præsentation med en norsk forsker ved det nyligt afholdte Scandinavian Society for Neuro-Oncology's møde i København. Prisen er på 2600 EURO svarende til ca. 20.000 kr. Ca. 100 forskere fra hele norden var samlet i to dage for at præsentere og diskutere de nyeste forskningsresultater inden for eksperimentel og klinisk neuroonkologi. Marie Stockhausen fik prisen for sit arbejde med at udvikle nye humane hjernetumor modeller, der kan anvendes til studier inden for molekylære mekanismer, der har betydning for hjernetumors udvikling og karakterisering af nye targets, der kan anvendes ved behandling. Marie er uddannet cand. scient. fra Lund's Universitet i 2000, fik sin PhD i 2005, og

blev herefter ansat i Strålebiologisk Laboratorium, hvor hun er gruppeleder for Receptor-signaleringsgruppen. Hen er en meget skattet medarbejder, og vi ønsker hende alle hjertelig tillykke.

*Hans Skovgaard Poulsen,
Overlæge, dr. med
Leder af Strålebiologisk Laboratorium*

SKA's forretningsudvalg



Ny Formand:
Niels Holländer
Klinikchef, Hillerød

Øvrige medlemmer:
Flemming Bach, Næstved
Heine H. Hansen, RH
Lissen Ingvarsen, Herlev
Helle Skov Lund, Herlev
Ditte Nielsen, Rønne
Lisa Sengeløv, Herlev
Jim Stenfatt Larsen, Roskilde
Hans von der Maase, RH

Jeppe Friborg

reservelæge og PhD, Statens Serum Institut, har fået 663.000 kroner fra Lundbeckfonden til at undersøge, hvorfor grønlandere oftere får kræft i næsesvælg og spytkturler og sjældnere kræftformer, der rammer danskere.

Overlæge, dr. med. Lena Specht, RH



- er pr. 1. august 2007 blevet udnævnt til medlem af The International Advisory Panel ved Clinical Trials Advisory and Awards Committee nedsat af det britiske Cancer Research UK. Komitéen uddeler hvert år ca. 120 mill. kr. til klinisk kræftforskning i Storbritannien. Opgaven for de internationale rådgivere er at vurdere ansøgninger, først og fremmest vedr. randomiserede fase III undersøgelser, med hensyn til deres kliniske relevans og videnskabelige betydning.

Marianne Ewertz Kvistgaard



Pr. 1. marts 2008 tiltræder Marianne Ewertz Kvistgaard et professorat i klinisk mammacancer på Odense Universitetshospital. Marianne kommer fra et professorat i onkologi ved Aalborg Sygehus.

Stillingsopslag



Sygeplejerske/kursusarrangør i Sammenslutningen af Kræftafdelinger (SKA)

Jobbet

Du bliver en del af et velfungerende team, som løser en mangfoldighed af opgaver relateret til det onkologiske og hæmatologiske speciale. Jobbet er meget alsidigt, og du vil få en bred kontakt til kolleger specielt på de østdanske afdelinger. Du vil få en høj grad af frihed til selv at planlægge og udføre dine arbejdsopgaver.

De vigtigste opgaver bliver:

- Tilrettelæggelse, implementering og afvikling af kurser for personalet ansat på kræftafdelinger
- Udarbejdelse og opdatering af faglige publikationer
- Tilrettelæggelse, deltagelse, implementering og afvikling af faglige møder og projekter

Vi forventer, at du er sygeplejerske og har erfaring inden for kræftområdet. Det er afgørende, at du kan arbejde selvstændigt og kan prioritere opgaverne, har IT-erfaring og er god til at samarbejde.

Jobbet er en fuldtidsstilling.

Gode løn- og ansættelsesforhold.

Tiltrædelse

1 marts 2008

Ansøgningsfrist

1 februar 2008

Ansøgning sendes til:

Sekretær June Thygesen,
SKA sekretariat, Afsnit 5072
Rigshospitalet
Blegdamsvej 9, 2100 København Ø

Yderligere oplysninger fås ved henvendelse til Sygeplejerske Karen Ringsing
mail: karen.ringsing@rh.regionh.dk, tlf.: 3545 4715

Vidste du at...?

... Paclitaxel (taxol)

formentlig ikke er effektiv ved lymfeknude positiv brystkræft med østrogenreceptor-positiv og HER2-negativ status. En retrospektiv undersøgelse, publiceret i New England Journal of Medicine, har analyseret data på 1500 kvinder, der har modtaget adjuverende kemoterapi i form af 4 serier doxorubicin og cyklofosamid, efterfulgt af 4 serier paclitaxel eller observation. Undersøgelsen fandt ingen gevinst på sygdomsfri overlevelse ved tillæg af paclitaxel hos patienter med østrogenreceptor-positiv og HER2-negativ sygdom, der udgør en stor gruppe hos patienter med brystkræft. Resultaterne kræver dog yderligere verifikation før eventuel ændring af klinisk praksis.

N Engl J Med 2007;357:1496-506

... Paclitaxel (taxol)

"Kirurgi alene er ikke længere standard behandling for patienter med resecebar ventrikulcancer, uanset typen af det kirurgiske indgreb eller tidspunktet for den adjuverende behandling"

Editorial, N Engl J Med 2007;357:1863-5.

Baseret på en artikel i samme nummer af NEJM som ovenstående fik 1059 patienter med ventrikulcancer – stadium II og III - foretaget gastrektomi og udvidet lymfeknudedissektion (D2). Efterfølgende blev 529 patienter randomiseret til behandling med et peroral fluoropyrimidine (S-1), mens 530 patienter fik ingen yderligere behandling. 3 års overlevelse var 80,1% i S-1 gruppen versus 70,1% i kirurgigruppen alene (95% confidence interval 0,52—0,87, P=0,003). Bivirkninger ved S-1 behandling, som startede inden for 6 uger efter kirurgi og varede i 1 år, var beskedne.

Sakuramoto S et al., N Engl J Med 2007;357-1810-20

... Novo Nordisk A/S

har påbegyndt en klinisk undersøgelse i onkologi. Formålet er at undersøge effekten af recombinant interleukin-2 kombineret med caelyx (liposomal doxorubicin) til patienter med ovariecancer, der er progredieret inden for det første år efter første-linje behandling. Undersøgelsen er startet i september 2007 i Tyskland og Frankrig, og det forventes, at 90 patienter indgår i undersøgelsen.

Novo Nordisk A/S

... Torisel (temsirolimus)

er blevet godkendt af EMEA til 1.-linie behandling af patienter med avanceret renalcellecarcinoma. Torisel er en mTOR inhibitor, og godkendelsen er baseret på en randomiseret undersøgelse af 626 patienter med avanceret renalcellecarcinom, som ikke tidligere havde fået systemisk behandling. Torisel øgede median overlevelsen sammenlignet med alfa-interferon fra 7,3 til 10,9 måneder. Inklusionskriterierne forudsatte, at patienterne havde mindst 3 af 6 prognostiske risikofaktorer, som omfattede mindre end et år fra diagnosen 'nyrecellecancer' til randomisering, performance status 60 eller 70, hæmoglobin mindre end laveste normalværdi, calcium >10 mg/dl, LDH >1,5 gange øvre normalværdi og mere end et organ med metastaser. Bivirkninger ved behandlingen inkluderer bl.a. hyperglykæmi, mucositis, hududslæt samt anorexi.

Pressemeddelse, 26. november 2007, Wyeth

SKA-nyt

Mødekalendar

Internationale møder

2008

18-19. januar	5th European Congress: Perspectives in Gynecologic Oncology InterContinental Carlton, Cannes, Frankrig www.imedex.com	15-18. maj	Oncology Nursing Society Annual Congress Philadelphia, PA, USA www.ons.org
20-22. marts	TAT 2008: 6th International Symposium on Targeted Anti-Cancer Therapies Bethesda, MD, USA www.nddo.org/page-include_tat_2008.shtml	30. maj-03. jun	2008 American Society of Clinical Oncology Annual Meeting Chicago, IL, USA www.asco.org
27-29. marts	6th European Oncology Nursing Society Spring Convention Geneva, Switzerland www.ecco-org.eu	03-06. juli	ESMO Conference (ECLU) Lugano, Switzerland. www.esmo.org
12-16. april	AACR Annual Meeting San Diego, California	25-28. juni	10th World Congress on Gastrointestinal Cancer Barcelona, Spanien www.worldgicancer.com
25-28. juni	10th World Congress on Gastrointestinal Cancer Barcelona, Spanien www: www.worldgicancer.com	27-31. august	World Cancer Congress 2008 Geneva, Switzerland www.uicc-congress.org
12-16. sept.	33rd ESMO Congress Stockholm, Sverige www.esmo.org/congress2008	12-16. sept.	33rd ESMO Congress Stockholm, Sverige www.esmo.org/congress2008
15-19. april	EBCC 6: 6th European Breast Cancer Conference Berlin, Germany www.ecco-org.eu	14-18. sept.	ESTRO 27 Göteborg, Sweden www.estro.be/estro/index.cf
23-26. april	1st European Lung Cancer Conference Geneva, Switzerland www.esmo.org		

SKA-nyt

SKA Kursus for lægesekretærer

Kræftsygdomme og deres behandling

Onsdag d. 27. februar 2008, Hotel Kong Arthur, Nørre Søgade, Kbh.

De nye behandlingsmuligheder af kræftsygdomme og strukturelle forandringer på de onkologiske afdelinger indvirker i høj grad på lægesekretærens arbejde i dagligdagen. Sekretæren skal i dag selv tage et ansvar og løse nye opgaver. Der er behov for en bredere viden om kræftsygdomme og behandlinger, hvorfor SKA i foråret 2007 afholdt det første kursus for sekretærer.

Programmet gennemgår de store kræftsygdomme (bryst-, lunge-, hoved-hals kræft, samt gastrointestinale og gynækologiske tumorer), forskellige behandlingsmodaliteter, såvel standard som eksperimentel behandling og endelig sekretærens rolle og muligheder i jobbet.

Ovenstående kursus holdes for tredje gang i februar 2008, og SKA er i færd med at udvikle modul II som en viderebygning heraf. Modul II bliver holdt i løbet af efteråret 2008.

Hold øje med SKA's hjemmeside (www.skaccd.org) samt SKA NYT, hvor det nye kursus bliver annonceret.

Henvendelse til SKA Sekretariatet, June Thygesen - tlf. 3545 4090 / june.thygesen@rh.regionh.dk

REGISTRERING

SKA kursus for sekretærer ansat på onkologiske afdelinger

"Kræftsygdomme og deres behandling"

d. 27. februar 2008 kl. 09.30-17.00

Udfyld venligst med blokbogstaver

Efternavn	Fornavn		
Hospital	Afdeling	Stilling	
Ved off. institution påfør venligst EAN-nr.		OBS! Ansatte ved Rigshospitalet bedes anføre afdelingens Del-AE nr.	
Arbejdsadresse			
Postnummer	By		
Arbejdstelefon	Fax	Arbejds e-mail	

Tilmeldingsfrist: 1. februar 2008

Betaling for ansatte fra SKA medlemshospitaler i Østdanmark: kr. 350.00

For hospitalsansatte uden for Østdanmark: kr. 500.00

Tilmelding er bindende og faktura på deltagerbetaling vil blive fremsendt efterfølgende.

Send venligst blanketten på fax 3535 6906 til: SKA Sekretariat, Rigshospitalet, Afsnit 5072, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø
Evt. telefonisk henvendelse til: June Thygesen, tlf. 3545 4090

SKA-nyt

Introduktionskursus for yngre læger i Østdanmark

Klinisk onkologi

d. 7. februar 2008, Hotel Kong Arthur, Kbh.

d. 3. april 2008, Hotel Admiral, Kbh.

d. 12. juni 2008, Hotel Admiral, Kbh.

SKA har fået særdeles positive evalueringer fra deltagerne på det første introduktionskursus, der blev afholdt i september 2007 på Admiral Hotel med deltagelse af i alt 11 læger samt en student.

Der blev bl.a. præsenteret adskillige "case stories" herunder også etiske problemer i forbindelse med information og behandling af kræftpatienter, hvilket resulterede i en god dialog mellem deltagere og undervisere.

Efter aftale med klinikcheferne på de onkologiske afdelinger i Østdanmark planlægger SKA planlægger at afholde ovennævnte kursus 3-4 gange i løbet af 2008, stort set med samme indhold, men med skiftende foredragsholdere.

REGISTRERING

Introduktionskursus for yngre læger i Østdanmark

"Klinisk onkologi"

Sæt venligst kryds ud for det kursus, du ønsker at deltage på:

07. februar 2008, Kong Arthur

03. april 2008, Admiral Hotel

12. juni 2008, Admiral Hotel

Udfyld venligst med blokbogstaver

Efternavn Fornavn

Hospital

Afdeling

Stilling

Ved off. institution påfør venligst EAN-nr.

OBS! Ansatte ved Rigshospitalet bedes anføre afdelingens Del-AE nr.

Arbejdsadresse

Postnummer

By

Arbejdstelefon

Fax

Arbejds e-mail

Tilmeldingsfrist for kurserne:

kursus d. 07. februar 2008

frist d. 21. januar 2008

kursus d. 03. april 2008

frist d. 13. marts 2008

kursus d. 12. juni 2008

frist d. 22. maj 2008

Kursusafgift:

kr. 250.00

Tilmelding er bindende og faktura på deltagerbetaling vil blive fremsendt efterfølgende.

Send venligst blanketten på fax 3535 6906 til: SKA Sekretariat, Rigshospitalet, Afsnit 5072, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø
Evt. telefonisk henvendelse til: June Thygesen, tlf. 3545 4090

SKA-nyt

Introduktionskursus for yngre læger i Østdanmark

Klinisk onkologi

Foreløbigt program

07. februar 2008, Kong Arthur Hotel, Kbh.

03. april 2008, Admiral Hotel, Kbh.

12. juni 2008, Admiral Hotel, Kbh.

Klinisk onkologi – en oversigt

- Organisation - Østdanmark
- SKA
- Eksperimentelle enheder
- Kliniske Forskningsenheder

Strålebehandling

- Rationale - Bivirkninger
- Akutte onkologiske tilstande
Inklusive "case stories"

Medicinsk kræftbehandling

- Rationale - Bivirkninger
Inklusive "case stories"

Akutte medicinske onkologiske tilstande

Inklusive "case stories"

Understøttende behandling og palliation

Inklusive "case stories"

"Den svære samtale"

Patientinformation til kræftpatienter, der tilbydes medicinsk standardbehandling

Patientinformationsgruppen SKA-DK har udarbejdet "Retningslinjer for udformning af skriftlig information til kræftpatienter, der tilbydes medicinsk standardbehandling". Ydermere har gruppen forfattet ca. 21 udvalgte skriftlige patientinformationer til forskellige behandlingsforløb, se SKA's hjemmeside: www.skaccd.org under publikationer/ patient-informationer.

Retningslinjerne, samt eksemplerne på hjemmesiden, er lige til at gå til og vil ved behov være en stor hjælp for fremtidige forfattere til standard – patientinformationer fra de onkologiske afdelinger i DK.

Gruppens medlemmer tilbyder gerne deres hjælp ved tvivlsspørgsmål og vil også gerne være behjælpelig ved udarbejdelsen af individuelle skriftlige patientinformationer til medicinsk standardbehandling. Gruppen modtager gerne patientinformationer til redigering, der er udarbejdet på lokale onkologiske afdelinger, men forbeholder sig ret til at godkende udarbejdede skriftlige patientinformationer, før de lægges på SKA's hjemmeside.

Gruppens medlemmer kontaktes gerne via SKA's sekretariat: Karen Ringsing: karen.ringsing@rh.regionh.dk

SKA Uddannelsesaktiviteter 2008

Aktivitet	Januar	Sted	Antal deltagere (max.)
GCP og kliniske undersøgelser i praktisk onkologisk perspektiv	24	Hillerød	25
Februar			
Introduktionskursus for yngre læger i klinisk onkologi i Øst Danmark	07	Hotel Kong Arthur, Kbh.	10
Sekretærkursus	27	Hotel Kong Arthur, Kbh.	30
Marts			
Kursus i klinisk onkologi for medicinalindustrien	10-13	Symbion Kongrescenter, Kbh.	20
Lægekredsforeningen: Kursus for praktiserende læger og andre læger i Region Sjælland	27-28	Roskilde Sygehus	
April			
Introduktionskursus for yngre læger i klinisk onkologi i Øst Danmark	03	Admiral Hotel, Kbh.	10
DSKO årsmøde. Symposium om metastaser	11	Vejle	
Maj			
Sygeplejetemadag	21	Herlev	150
Juni			
Introduktionskursus for yngre læger i klinisk onkologi i Øst Danmark	12	Admiral Hotel, Kbh.	10
5. Post ASCO Symposium	20	Hilton, Kastrup	130
Palliation	09-10	Hotel Kong Arthur, Kbh.	24

GLÆDELIG JUL OG GODT NYTÅR!