



Hvilken støtte kan der opnås fra Kræftens Bekæmpelse

Information om sygdommen, behandlingen og personlig støtte til patienter og pårørende kan man finde på www.cancer.dk.

Kræftrådgivninger:

I Kræftens Bekæmpelses 14 kræftrådgivninger over hele landet kan man få personlig rådgivning af psykologer og socialrådgivere, hvor man i fællesskab med rådgiveren får et overblik over situationen og de støttemuligheder, der er. Kræftrådgivningerne har åbent indenfor normal arbejdstid og rådgivningen er gratis. På kræftrådgivningerne findes en lang række aktiviteter og tilbud, som du kan deltage i. Tilbuddene varierer fra rådgivning til rådgivning, det kan være samtalegrupper, foredrag, uformelle møder, besøgstjenester og meget mere.

Kræftlinjen er Kræftens Bekæmpelses telefonrådgivning. Her kan man som patient eller pårørende få information og rådgivning om de fysiske, psykiske og sociale sider af sygdommen.

På **RehabiliteringsCenter Dallund** tilbydes kurser af op til 6 dages varighed for kræftpatienter (evt. med pårørende). Man kan få inspiration og ny energi til at komme videre efter sygdommen. Kurserne kan være for bestemte kræftdiagnoser, men mange er for blandede diagnoser.

Der er et varieret program med fysisk træning, kreative aktiviteter, undervisning ved f.eks. psykolog eller socialrådgiver. Ansøgningsskema kan findes på www.cancer.dk under dette direkte link: <http://www.cancer.dk/dallund/saadan+kommer+du+paa+dallund/saadan+kommer+du+paa+dallund.htm>. Man skal selv udfylde en del af skemaet – resten udfyldes af læge på den behandlende afdeling eller egen læge. Kurset er gratis, men der er forskellig tilskudspraksis i landets regioner og kommuner.

Patientlegat: Kræftpatienter kan søge et skattefrit legat fra Kræftens Bekæmpelse. Dette uddeles - efter en lempelig vurdering af økonomien - til patienter, som har været i behandling for en kræftlidelse inden for de seneste to år, undtaget er dog forstadier til kræft.

Temahæfte om LUNGEKRÆFT

SAMSPILLET MELLEM PRIMÆR- OG SEKUNDÆRSEKTOREN og de understøttende aktører

Udarbejdet af
Dansk Lunge Cancer Gruppe
med bidrag fra
Patientforeningen-Lungekraeft.dk
Kræftens Bekæmpelse

Juni 2009



Temahæfte om Lungecancer

Udarbejdet af:

Repræsentanter fra Danske Lunge Cancer Gruppe (DLCG):

Overlæge, dr.med. *Torben Palshof*, formand for DLCG samt for Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe for lungekræft

Praktiserende læge, lektor *Roar Maagaard*, medlem af DLCG's Styregruppe samt ovenstående arbejdsgruppe

med bidrag fra:

Patientforeningen Lungekraeft.dk

Alice Braae, formand for foreningen

Kræftens Bekæmpelse

Chefpsykolog *Eva Ethelberg*

Udgivet af:

Dansk Lunge Cancer Gruppe

Materialet må gengives med anførelse af kilde.

Publikationen kan ses på hjemmesiden www.lungecancer.dk - trykte eksemplarer kan rekvireres hos xxxx

Forord

Formålet med dette tema-hæfte om lungecancer er at styrke det intersektorielle samarbejde samt præsentere de aktører som deltager heri.

En positiv udvikling i den samlede indsats inden for alle kræftsygdomme har bl.a. som forudsætninger, 1) at befolkningen er veloplyste, og at de reagerer på tidlige symptomer som kan være relateret til en kræftsygdom - 2) at den praktiserende læge har nem adgang til viden om hvilke symptomer som er de hyppigste ved den enkelte kræftformer og hvilke undersøgelser/procedurer, de skal udredes ved hjælp af - 3) at der ligeledes er let adgang til viden om fortolkning af symptomer og resultatet af undersøgelse, og specielt om dette begrunder eller afkræfter mistanke om en given kræftsygdom. Begrundet mistanke skal ifølge de nye pakkeforløb for alle kræftsygdomme straks medføre henvisning til nærmere udredning i hospitalsafdeling/speciallægepraksis. Pakkeforløbet beskriver udrednings- og behandlingsforløbet og hvilke faglige forløbstider der er indbygget heri.

Pakkeforløbene afsluttes, når der foreligger aftale(r) om kontrolforløb og/eller henvisning til palliativ behandling og/eller en rehabiliteringsindsats. Det er målet med dette tema-hæfte at sikre faglig vidensformidling til kollegaer i primærsektoren. Hæftet kan suppleres med de lokale procedurer vedrørende henvisning etc..

Supplerende faglige oplysninger kan indhentes via de links, som er anført i hæftet. Dette vil bl.a. kunne medvirke til, at patientens læge i højere grad er faglig beredt til i højere grad at kunne indgå i samarbejdet specielt under det primære udrednings- og behandling forløb. Dette vil for mange patienter være af stor værdi.

Med dette vidensgrundlag er der endvidere mulighed for at yde en mere målrettet indsats i kontrol/palliations/rehabiliterings-efterforløbet.

Det er målet, at udformningen og introduktionen af dette tema-hæfte kan danne baggrund for lignende initiativer inden for andre kræftsygdomme.

Medicinalfirmaet AstraZeneca har taget initiativ til udarbejdelsen af hæftet og sikret udbredelse samt introduktion heraf ved en række møder med praktiserende læger i efteråret 2009.

Torben Palshof

Indhold

| | |
|--|----|
| Indledning | |
| Dansk Lunge Cancer Gruppe (DLCG) | 5 |
| Generelt | |
| Epidemiologi | 6 |
| Screening | 6 |
| Pakkeforløb og Delay-tider | 6 |
| Stadie-klassifikation | 7 |
| Forløbet i primærsektoren | |
| Identifikation af risikopatienten | 8 |
| Symptomer som bør give anledning til mistanke | 8 |
| Primærsektorens filterfunktion..... | 10 |
| Standardpatienten | 10 |
| En kompliceret patient | 10 |
| Et tilfældigt fund i sekundærsektoren | 10 |
| Det vanskelige forløb i primærsektoren | 11 |
| Informationsopgaver og patientsamtykke | 11 |
| Forløbet i sekundærsektoren | |
| Henvisning til udredning på begrundet mistanke | 12 |
| Udredningsforløbet | 12 |
| Fagligt begrundet forløbstid | 13 |
| Det primære behandlingsforløb | |
| Patienter med stadium I & II sygdom | 14 |
| Patienter med stadium III sygdom | 14 |
| Patienter med stadium IV sygdom | 15 |
| Småcellet lungecancer | 15 |
| Patientforeningen lungekræft.dk | 16 |
| Samarbejdet mellem sundhedsektoren og kommunerne | 17 |
| Kræftens bekæmpelses støttetilbud | 18 |

Indledning

Danske Lunge Cancer Gruppe (DLCG)

Dansk Lunge Cancer Gruppe blev oprettet i 1991. Styregruppen er multidisciplinær og omfatter repræsentanter fra de involverede specialer, faggrupper, organisationer. I arbejdsgrupper omfattende diagnostik, kirurgi, onkologi samt register er alle de relevante kliniske afdelinger repræsenteret. Almen medicin har siden starten været repræsenteret i Styregruppen.

De kliniske kræftgrupper som DLCG benævnes nu Danske Multidisciplinære Cancergrupper (DMCG). De 24 DMCG'er for alle kræftsygdomme er organiseret i sammenslutningen DMCG.dk. - og har opgaver, som de der her beskrives for DLCG (se hjemmesiden www.DMCG.dk for yderligere oplysninger). DLCG's opgave er bl.a. at sikre opdaterede faglige retningslinier, overvåge fagområdet, udarbejde tidlig varsling, sikre og fortolke indberetninger til registeret samt forestå, fremme og koordinere nationale/internationale/lokale forsknings- og kvalitetsprojekter.

Referenceprogram fra 2001 samt en række opdaterede kapitler herfra kan ses på DLCG's hjemmeside www.lungecancer.dk.

Mere end 90 % af de årlige tilfælde er siden år 2000 blevet indberettet til Dansk Lunge Cancer Register (DLCR). Der er tilknyttet ca. 50 indberettende afdelinger.

Registerets datamængde - omfattende ca. 20.000 patientforløb - er reorganiseret således, at afrapporteringen fremover vil være forløbsorienteret.

Sundhedsstyrelsen godkendte i 2007 DLCR som en officiel kvalitets- og forskningsdatabase hvilket bl.a. indebærer adgang til løbende og obligatorisk indberetning ligesom patientsamtykke hertil ikke er påkrævet. Der vil fra 2008 blive udgivet kvartalsrapporter.

DLCG har siden 2003 - som den eneste kræftsygdom - deltaget i Det Nationale Indikatorprojekt (se nedenfor). Heri måles en række centrale og evidensbaserede indikatorer bl.a. omfattende: Overlevelse (forbedring fra 5 til 10 %; for alle) ♦ Tid fra henvisning og til behandling indledes (højst 42 dage) ♦ Operationshyppighed (25 %; for alle). Dette sikrer bl.a. en løbende overvågning og monitorering af en række centrale kvalitetsparametre. Års- og kvartalsrapporter etc. kan ses på www.sundhed.dk samt på DLCG's hjemmeside.

Generelt

Epidemiologi

Der skønnes at være ca. 3.800 lungecancertilfælde årligt.

Incidensen hos mænd er faldet siden begyndelsen af 1990'erne mens den er steget betydeligt hos kvinder. Det er estimeret, at hyppigheden hos kvinder indenfor ca. 10 år vil overstige hyppigheden hos mænd.

Lungekræft har i en årrække været den hyppigste kræftdødsårsag hos kvinder.

Det skønnes, at tobak er ætiologien til ca. 90 % af alle lungekræfttilfælde.

Screening

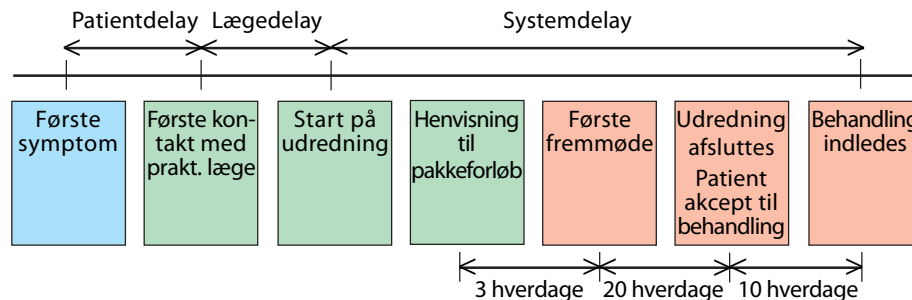
Tidlig diagnose er afgørende for at opdage sygdommen i et stadium som tillader behandling med helbredende sigte. 4000 danske patienter har således deltaget i et europæisk projekt som vurderer virkningen af screening af personer med høj risiko for at udvikle lungecancer. Resultatet forventes at foreligge inden for få år.

Pakkeforløb og Delay-tider

At patienten reagerer hurtigt på symptomer, at den praktiserende læge henviser relevante patienter til undersøgelse og eventuelt udredning samt at sygdomssituationen hurtigt afklares og behandling iværksættes er alle faktorer og tidsparametre som har betydning for prognosen.

Det overordnede mål med udarbejdelse af de såkaldte pakkeforløb er at patienten behandles uden unødigt ventetid samt modtager klar besked i forløbet.

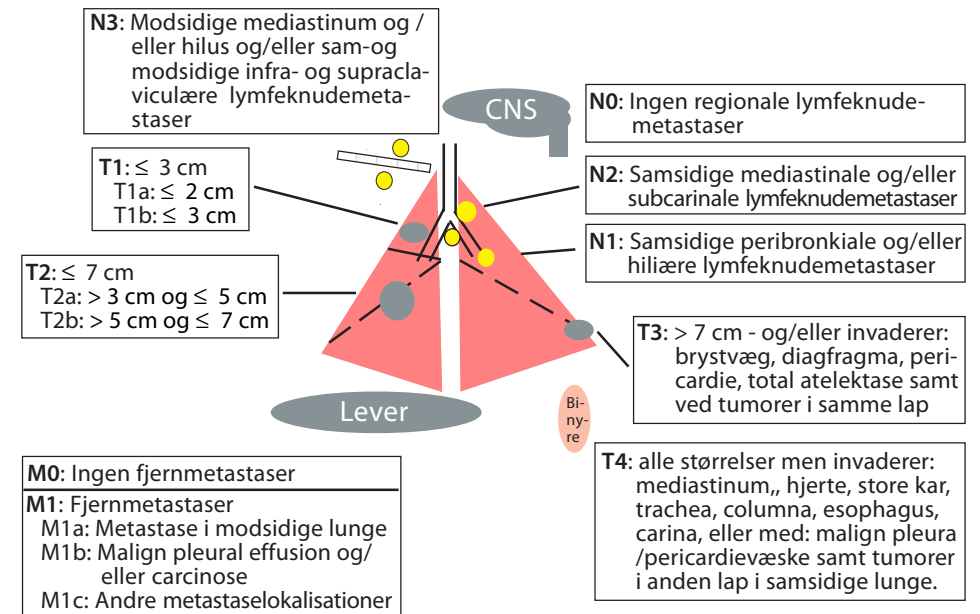
Nedenstående figur angiver de tidsintervaller som indgår i delay-begrebet samt de fagligt begrundede forløbstider i pakkeforløbet (nederst).



Stadie-klassifikation

Sygdomsudbredningen vurderes og beskrives i henhold den nyeste internationale TNM-klassifikation.

Resultatet af den kliniske udredning benævnes c-TNM, mens resultatet af en eventuel operation og efterfølgende patoanatomisk undersøgelse angives som p-TNM. Denne ændrer hos ca. 25 % c-TNM vurderingen, oftest således at stadiet øges, og prognosen dermed forringes.



Den samlede stadiet-klassifikation

Forløbet i primærsektoren

Identifikation af risikopatienten

I DLCCG's Referenceprogram fra 1998 & 2001 beskrives 8 centrale symptomer og ændringer heraf, som skal medføre henvisning til røntgen af thorax. Dette afsnit af de faglige retningslinier blev i 2003 udsendt til alle praktiserende læger.

De faglige retningslinier er nu revideret bl.a. i samarbejde med repræsentanter for primærsektoren. Det overvejes, hvorledes alle praktiserende læger på ny kan blive orienteret herom.

Symptomer som bør give anledning til mistanke om lungecancer

Nytilkomne luftvejs- og almensymptomer af over 4 ugers varighed eller en ændring af kroniske luftvejsymptomer bør hos:

midaldrende mænd og lidt yngre kvinder
samt hos såvel rygere som tidligere rygere

give mistanke om lungekræft og føre til konventionel røntgen af thorax (KRT).

De hyppigste kliniske og parakliniske symptomer hos patienter med lungekræft omfatter bl.a.: hoste, åndenød, bryst smerter, almensymptomer, hæmoptyse, pneumonitilfælde samt abnorm spirometri.

Sidstnævnte er sammen med dyspnøe og hæmoptyse stærkest korreleret til lungecancer.

Som komplikation til lungekræft ses bl.a.: pneumoni, pleuraeffusion, Stokes krave, stridor, neuropathi, knoglesmerter og trommestikfingre.

Nedenfor anføres de symptomer som i denne patientgruppe skal medføre henvisning til thorax-røntgen.

Af hensyn til undersøgelsens prioritering bør henvisningsdiagnosen være **cancer pulmonis obs. pro.** Undersøgelsen skal gennemføres indenfor 2 hverdage.

Hoste (65 %)

Hoste af mere end 4-6 ugers varighed hos en tidligere lungerask person eller ændringer i hostemønstret hos en person med kronisk bronchitis.

Åndenød (ca. 50 %)

Åndenød kan være et symptom hos patienter med lungekræft af flere grunde. Atelektase medfører ofte åndenød, ligesom pleuraeksudat som ses ved spredning til pleura.

De beskrevne årsager til åndenød giver principielt en restriktiv funktionsnedsættelse, men billedet er ofte broget, fordi der hyppigt er en forudbestående obstruktion (tobaksinduceret).

Ved nyopstået åndenød uden oplagt årsag skal der ligeledes henvises til røntgen af thorax.

Thoraxsmerter (40 %)

En lungetumor kan ved indvækst i brystvæggen give smerter og vedholdende og nyopståede smerter hos rygere over 40 år skal foranledige røntgen af thorax. Smerter i øvre del af thorax med udstråling til skulder og arm ses ved apikal lungetumor med indvækst i ribben og plexus brachialis (sulcus superior tumor, Pancoast tumor).

Almensymptomer

Træthed (35 %) - Vægttab (25 %) - Nedsat appetit (20 %)

Hvis der ikke er organrelaterede symptomer, men mere generelle symptomer, som giver anledning til mistanke om malign lidelse, er røntgen af thorax en undersøgelse, som bør stå højt på listen hos rygere.

Hæmoptyse (20 %)

Første gang der observeres hæmoptyse, bør der foretages røntgen af thorax. Hæmoptyse er hyppig hos patienter med kronisk bronchitis, men også hos patienter med lungekræft.

Hæmoptyse af mere end en uges varighed hos risikopatienter dvs. rygere over 40 år bør føre til bronkoskopi, også selvom røntgen af thorax er normalt.

Abnorm spirometri (10 %)

Thoraxrøntgen skal altid udføres hos patienter over 40 år med uforklaret unormal spirometri.

Hæshed/stridor

Hæshed af mere end 3-4 ugers varighed uden andre ledsagesymptomer bør undersøges af otolog. Venstresidig stemmebåndsparese kan opstå ved tumorindvækst i nervus recurrens, og bør undersøges med laryngo-bronkoskopi og MR scanning af hals samt CT scanning af thorax.

Primærsektorens filterfunktion

Den praktiserende læge varetager en betydelig "filterfunktion" ved identifikation af patienter med lungecancer.

❶ "Standardpatienten" og filterfunktionen i primærsektoren

Den praktiserende læge diagnosticerer årligt ca. én patient med lungecancer. Denne skal identificeres blandt andet mellem det store antal patienter som har kronisk lungesygdom.

To af 100 patienter som den praktiserende læge henviser til røntgenundersøgelse af thorax får påvist lungecancer. Hvis ca. 1.500 af de årlige lungecancertilfælde er patienter, som henvises fra praksis, er der forinden foretaget ca. 75.000 røntgenundersøgelser af thorax.

❷ En "kompliceret patient" fra primær- og sekundærsektoren

Det er forståeligt ofte vanskeligt for den praktiserende læge at tolke et kompliceret sygdomsbillede og dette kan derfor resultere i, at patienten indlægges til udredning på en medicinsk eller en lungemedicinsk afdeling med symptomer tydende på pneumoni eller eksacerbation i KOL - og at mistanken om lungecancer opstår i udredningen heraf.

Dette har ofte sammenhæng med, at ca. 15 % af patienterne med lungecancer initialt har et "normalt" thorax-røntgen (se venligst side x).

Det er således kun én gang hvert ca. 5. år, at den praktiserende læge har en patient med lungecancer som ved tidspunktet for klinisk mistanke herom havde et normalt røntgen af thorax - og som henvises til udredning for anden sygdom end lungecancer - eller i værste fald slet ikke, da et normalt thorax-røntgen svar beroliger såvel læge som patient.

De faglige retningslinier *åbner derfor nu mulighed for*, at den praktiserende læge hurtig og selvstændigt har adgang til de primære diagnostiske undersøgelser i disse situationer - fx CT scanning af thorax og øvre abdomen.

❸ Et "tilfældigt fund" i sekundærsektoren

En del patienter henvises fra neurokirurgisk afdeling, idet den primære symptomatologi skyldtes cerebral metastasering. I andre situationer opstår mistanken ved en rutinemæssig thorax-røntgen - fx præoperativt for fraktur etc.

Det vanskelige forløb i primærsektoren - ofte med et normalt thorax-røntgen

Konventionelt røntgen af thorax (KRT) har en rimelig diagnostisk sikkerhed, når det gælder tumorer større end 2 cm - beliggende i lungeparenchymet. Ved mindre tumorer falder den diagnostiske sikkerhed kraftigt, ligesom centrale tumorer og tumorer beliggende i mediastinum samt basalt bag hjerteskyggen meget let kan overses ved KRT.

Ca. 15 % af patienter med lungecancer har således ved den primære henvisning fra egen læge et normalt KRT, og det er vist, at disse patienter har et længere samlet forløb og dermed en forringet prognose.

En række af disse patienter har imidlertid klare sygdomsrelaterede symptomer (fx åndenød og hæmoptyse) og bør derfor videreudredes på trods af en normal røntgenundersøgelse.

Proceduren herfor kan være:

- 1) Egen læge tildeles kan i disse situationer henvises til CT scanning af thorax samt øvre abdomen. De konkrete kliniske indikationer og de praktiske billeddiagnostiske procedurer herom aftales lokalt. Egen læge har så ansvaret for, at der reageres relevant på undersøgelsens resultat.
- 2) Henvisning til den lokale lungemedicinske afdeling, som herefter vurderer patienten og tilrettelægger det videre forløb.
- 3) Kontakt til den lokale forløbsansvarlige for det diagnostiske forløb på sygehus/hospital - med henblik på aftale om det videre forløb.

Informationsopgaver og patientsamtykke

- At der på henvisningen til røntgenundersøgelsen er anført, at mistanke om lungekræft skal af/bekræftes,
- At der evt. umiddelbart efter røntgenundersøgelsen foretages CT scanning af brysthulen.

Forløbet i sekundærsektoren

Henvisning til udredning på begrundet mistanke - dvs. indgang i pakkeforløbet

Det er ofte suspekter fund ved thorax-røntgen, som giver begrundet mistanke om lungekræft.

Patienten skal straks henvises til videre udredning i lungemedicinsk regi.

Informationsprocedurer ved begrundet mistanke om lungekræft - dvs. primært suspekter forhold på røntgenundersøgelsen af thorax

Radiolog giver straks besked til henvisende læge/afdeling.

Henvisende læge kontakter/informerer patienten.

Henvisende læge eller radiolog informerer lungemedicinsk afdeling.

Der aftales tid for CT af thorax/øvre abd. og P-creatinin måling.*

Der aftales tid for patientens fremmøde i lungemedicinsk afdeling.*

Patienten informeres om ovenstående.

*Lokale retningslinier beskriver om, der foretages CT før fremmøde i lungemed. afd. eller først efter fremmøde i lungemedicinsk afdeling.

Udredningsforløbet

Den *fagligt begrundede forløbstid* er 3 hverdage som anvendes til at håndtere henvisningspapirerne, booke relevante undersøgelser og samtaler. Patienten skal påbegynde udredning i pakkeforløb senest den 4. hverdag efter henvisning er modtaget.

Strategien tilrettelægges i henhold til om det drejer sig om et perifert eller centralt beliggende infiltrat eller der er oplagte kliniske tegn på dissemineret sygdom - fx lever/binyremetastase påvist ved den initiale CT scanning af thorax og øvre abdomen.

Af de som henvises til diagnostik - primært med suspekter radiologiske forandringer - er *forholdet mellem* malign sygdom og ikke-malign sygdom (den såkaldte "hit-rate") gennemsnitlig 1 : 3. Dvs. at der udredes ca. 9.000 patienter årligt for at diagnosticere ca. 3.000 med lungekræft.

Udover at be- eller afkræfte mistanke om lungekræft har udredningsforløbet som overordnet mål at resultere i en så korrekt klinisk vurdering af sygdomssituationen som muligt. Dette er afgørende for hvilket behandlingstilbud, som patienten skal tage stilling til.

Overordnet vil udredningen resultere i:

At ca. 50 % af de nyhenviste **ikke får påvist lungecancer**

Disse identificeres i løbet af få dage på baggrund af resultatet af CT scanning - og de fleste kan derefter afsluttes.

Af de som i udredningsforløbet **får påvist lungecancer**

- * Har ca. 60 % dissemineret - og dermed inkurabel - sygdom. Dette sygdomsstadie kan ofte hurtigt påvises, og patienten kan derfor relativt hurtigt henvises til pallierende - dvs. symptomlindrende og livsforlængende onkologisk behandling.
- * De resterende ca. 40 % har loco-regional sygdom og er dermed potentielt kurable. Denne patientgruppe gennemgår ofte relativt komplekse og længerevarende udredningsforløb.

Udredningsforløbet omfatter indledningsvis:

- * Journaloptagelse, klinisk undersøgelse, vurdering af evt. komorbiditet samt blodprøver.
- * Spirometri og CT scanning af thorax og øvre abdomen.
- * Patienten informeres - sædvanligvis på dag 2 til 4.

Den videre udredning af suspekter forhold (dvs. at kræftmistanken er endnu ikke bekræftet/afkræftet) omfatter en række af nedenstående undersøgelser - tilrettelagt efter den specifikke sygdomssituation samt resultatet af den forudgående undersøgelse:

- * TTNA (transthoracalt) - Bronkoskopi + evt. TBNA/EBUS/EUS
- * FNA - evt. UL-vejledt - UL-vejledt FNA - Triple CT eller MR
- * MR/Scintigrafi/Biopsi - CT/MR cerebrum
- * Relevante undersøgelser - fx for komorbiditet
- * Udvidet lungefunktionsundersøgelse - evt. regional lungeperfusionsscintigrafi - evt. kardiologisk vurdering.
- * PET/CT - Broncho-mediastinoskopi - EBUS / EUS - Analyse af biopsi

De samlede resultater drøftes på en multidisciplinær konference med repræsentation af alle involverede specialer.

Patienten orienteres om sygdomssituationen og den tilbudte behandling, og henvises efter accept til den behandlende afdeling.

Den fagligt begrundede forløbstid for det samlede udredningsforløb er højst 20 hverdage (gældende for mindst 85 % af alle patienter).

Det primære behandlingsforløb

Den *fagligt begrundede forløbstid er 10 hverdage* - dvs. at - fx operation skal gennemføres senest 10 dage efter, at patienten har afgivet samtykke hertil.

Patienter med stadium I og II sygdom

Operation er det primære behandlingsmål for denne patientgruppe. Da det kirurgiske har et kurativt sigte bør det være teknisk radikalt - dvs. at der ikke efterlades makro/mikroskopisk sygdom.

Den præoperative stadievurdering bør være så korrekt, at mindre en 10 % af indgrebene er eksplorative - dvs. at kurativ/radikal kirurgi ikke er mulig. En NIP-indikator definerer, at der skal være mindst 85 % overensstemmelse mellem det kliniske (præoperative) og det postkirurgiske sygdomsstadie.

En vigtig NIP-indikator foreskriver, at mindst 25 % af alle patienter bør kunne tilbydes operation. Operationsandelen varierer dog meget geografisk og ligger mellem 16 og 23 %.

Vurdering af hvorvidt lungefunktionen tillader operation er baseret på en samlet vurdering af den kardiopulmonale tilstand. Alder er sig selv ikke en kontraindikation, men er ofte associeret til betydende komorbiditet.

Overordnet stiles der mod et så lungebesparende indgreb som muligt. Der foretages således i de fleste tilfælde resektion af én lap - hyppigheden af fjernelse af en hel lunge bør være mindre end 20 %. Et stigende antal patienter kan opereres thoracoskopisk - et indgreb som klart forbedrer forløbet af den postoperative fase.

Hvis der er medicinsk kontraindikation for operation kan patienter med mindre og perifert beliggende tumorer ofte tilbydes stereotaktisk strålebehandling. Patienter med stadium II sygdom tilbydes nu postoperativ kemoterapi (Cisplatin + Vinorelbine) som øger overlevelsen med 10 - 15 %.

Såfremt der er efterladt makro- og eller mikroskopisk resttumor vil der - om muligt - blive suppleret med kurativt intenderet strålebehandling (oftest 30 behandlinger).

Patienter med stadium III sygdom

Indgår ofte i kliniske undersøgelser hvor kirurgi/kemoterapi og strålebehandling kombineres - enkeltvis og/eller samtidigt. Behandlingsmålet vil ofte være kurativt - men sandsynligheden for helbredelse er desværre oftest ringe (5 - 20 %).

Patienter med stadium IV sygdom

Behandlingsmålet er symptomlindring og levetidsforlængelse. Indikationen for kombinationskemoterapi (fx Carboplatin + Vinorelbine) er primært patientens såkaldte performance status (PS). Hvis patienten er sengeliggende mere end halvdelen af døgnet (PS=2) vil der i de fleste tilfælde ikke tilbydes kemoterapi men behandling med biologiske stoffer.

Denne såkaldte targeterede behandling omfatter specielt biologiske stoffer som hæmmer receptorer på tumorcellens overflade som bl.a. styrer vækstsignaler (fx Tarceva). Disse stoffer hæmmer ikke knoglemarvsfunktionen og kan derfor bedre tolereres af patienter med ringe performance status.

Når recidiv indtræder, kan der forsøges behandling med den kombination som blev anvendt i første fase (1. linje), hvis denne havde god effekt. I modsat fald kan anden kemoterapi forsøges - ofte med et enkelt stof (fx Taxotere eller Alimta). Men almentilstanden og dermed PS tillader ofte ikke dette, og patienten vil derfor kunne tilbydes behandling med et biologisk stof.

Når sygdomsrettet behandling ikke længere tåles/virker, skal der i efterforløbet ofte suppleres med smertelindrende strålebehandling - ligesom der ofte gives symptomlindrende behandling for hjernemetastaser.

Behandlingsstrategien vil i stigende omfang blive tilrettelagt efter histologiske og/eller molekylærbiologiske profiler - det såkaldte skræddersyede behandlingsprincip.

Særlige forhold hos patienter med småcellet sygdom (SCLC)

Andelen af SCLC har gennem de seneste år været faldende (nu ca. 15 %) - ligesom andelen af patienter med dissemineret sygdom på diagnosetidspunktet har været stigende (nu ca. 75 %). Årsagerne hertil er ukendte.

Sygdommen er biologisk og klinisk ganske forskellig fra den ikke-småcellede type (NSCLC). Den er ofte hurtigt voksende og en del patienter behandles derfor akut - dvs. i diagnosedøgnet. Også selv om almentilstanden er svært påvirket.

Sygdommen udredes efter samme principper som NSCLC, og patienter med sygdom begrænset til den ene lunge behandles med kemoterapi og samtidig bestråling mod lungen og senere profylaktisk mod hjernen. Patienter med små tumorer bør tilbydes operation med efterfølgende kemoterapi/strålebehandling. Ca. 25 % med lokal sygdom helbredes.

Præsentation af:



Om Patientforeningen lungekræft.dk

- * Patientforeningen lungekræft.dk er en landsdækkende uafhængig forening for lungekræfttramte og deres pårørende.
- * Patientforeningen har cirka 350 medlemmer i hele landet.
- * Patientforeningen arbejder for at forbedre forholdene for lungekræfttramte.
- * Patientforeningen støtter og vejleder lungekræfttramte og deres pårørende.
- * Læs mere på www.lungekræft.dk

Temaaftener

Vi holder temaaftener rundt om i landet, hvor lungekræfttramte og deres pårørende har mulighed for at møde ligestillede og få information om og diskutere aktuelle emner.

International Lungekræftdag.

Hvert år i november markerer vi International Lungekræftdag med et større arrangement for alle, der interesserer sig for at forbedre vilkårene for lungekræfttramte og behandlingen af lungekræft.

Lungekræftlinien

Telefon 70 21 01 04 er åben alle hverdage kl. 10 – 16, hvor tre lungekræfttramte fra bestyrelsen på skift sidder klar til at hjælpe med støtte og vejledning.

“Lungekræft – din egen håndbog”

Patientforeningen lungekræft.dk står bag udgivelsen af “Lungekræft – din egen håndbog”. En faglig redaktion bestående af bl.a. overlæger, sygeplejersker og psykologer er garanter for kvaliteten af indholdet.

I håndbogen kan lungekræfttramte og deres pårørende læse om sygdommen, behandling, økonomi, rådgivning og rettigheder samt få inspiration til, hvor de kan få mere hjælp.

Håndbogen er gratis og kan bestilles på:

www.lungekræft.dk.



Kontakt

Hvis du vil vide mere om Patientforeningen lungekræft.dk, er du velkommen til at kontakte formand *Alice Skjold Braae* på telefon 40 16 23 35 eller info@lunglife.dk.

Samarbejdet mellem sundhedssektoren og kommunerne

Det er nu de enkelte kommuner, der har ansvaret for at tilbyde en individuel tilpasses genoptræning- og rehabiliteringsindsats. Behovet herfor bør identificeres tidligt i forløbet i et samarbejde mellem patientens læge, og de afdelinger der har det samlede ansvar for udredning og behandling. Det såkaldte kræftpakkeforløb afsluttes, når der foreligger en genoptrænings/rehabiliteringsplan.

Hvad er rehabilitering?

Rehabilitering betyder egentlig at genetablere en tilstand – altså komme tilbage til noget, der var før.

For de fleste kræftpatienter er det ikke muligt – og måske heller ikke altid ønskeligt at komme tilbage til dét liv, man levede før sygdommen opstod. Med andre ord handler det om at kunne leve det liv, man gerne vil med den alvorlige og ofte kroniske sygdom.

Helt ny dansk forskning viser, at folk, der overlever en kræftsygdom, får en anden opfattelse af livskvalitet end før de blev syge. Undersøgelsen viser dog også, at systemet og omgivelserne skal lære at forstå kræftpatientens nye situation.

Kræftrehabilitering hjælper med i denne proces og i arbejdet med at tilpasse sig en hverdag igen med de følger, der ofte kan være efter sygdom og behandling.

Rehabilitering i Københavns Sundhedscenter indebærer tilbud om at få en kontaktperson, som hjælper til med forløbet i centret. Tilbudene gælder fysisk aktivitet, kostvejledning, undervisning og samtalefora om forskellige emner (sensfølger til sygdom og behandling, psykiske reaktioner etc.). Der er mulighed for deltagelse i rygestopkursus og i Kræftens Bekæmpelses tilbud.

Rehabiliteringsforløbet tilpasses den enkeltes behov og muligheder, og tilbudet bør være en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces. De pårørende deltager aktivt i den udstrækning, det er ønskeligt.

Sundhedscenter for Kræfttramte

Rehabiliteringsenheden og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i Københavns Kommune har sammen formuleret en handleplan og mål for 2009.

Den kommunale handleplan omhandler følgende fokusområder:

- * Indtag af patienter med alle kræftdiagnoser i 2009
- * Volumen af patienter og henvisning fra hospital og almen praksis
- * Effekten af kræftrehabilitering med fokus på særlige udviklingsområder
- * Tilbagevenden til arbejdsmarkedet
- * Kommunal kræftrehabilitering i centrum lokalt, nationalt og internationalt