

Det bør stilles høye krav til institusjoner som utreder og behandler kurerbar lungekreft

Lungekreft – en lavstatussykdom?

Lungekreft er en livsstilsykdom og et betydelig helseproblem. Sykdommen tar langt flere liv enn noen annen kreftsykdom. I USA dør flere mennesker av lungekreft enn av bryst-, prostata-, tykktarms- og endetarmskreft til sammen. Hyppigheten av lungekreft kan reduseres dramatisk gjennom primærforebygging, det vil si å hindre røykestart og å stimulere til røykeslutt. Siden dødeligheten av lungekreft fortsatt er uhyggelig høy (90%), er primærforebygging av tobakksbruk den mest kostnadseffektive enkeltstående for å redusere lidelse og død. Her har helsevesenet og de politiske myndigheter en betydelig utfordring.

Det er en tankevekker at femårsoverlevelsen for pasienter med lungekreft i dag ikke er nevneverdig høyere enn den var i slutten av 1950-årene. Siden den gang har femårsoverlevelsen etter kirurgisk reseksjon økt fra 23% til 54%, mens operasjonsletaliteten har falt fra 10–25% til 1% (1). Den viktigste årsaken til den fortsatt lave overlevelsesraten er at to tredeler av alle tilfeller oppdages for sent til at kirurgi kan gjennomføres. Andre årsaker kan være at utredning og/eller behandling ikke er optimal. Dette blir drøftet i to artikler i dette nummer av Tidsskriftet (2, 3).

Rostad og medarbeidere (2) angir at kun 16–17% av norske lungekreftpasienter blir operert, til tross for at andelen pasienter som diagnostiseres i operabelt stadium faktisk er det dobbelte (4). Ved å benytte Krefregisterets database har forfatterne undersøkt årsaken til den lave andelen opererte. Studiens svakhet er at den er basert på et datagrunnlag som ikke er forberedt for denne type forskning. De påpeker selv begrensningene ved databasen og forekomsten av mangelfulle og/eller feilaktige opplysninger. Etter innhenting av tilleggsopplysninger fant de at en del pasienter urettmessig var blitt vurdert som inoperable som følge av overvurdering av sykdomsstadium og undervurdering av lungefunksjon. Uansett svakheter i datagrunnlaget indikerte altså resultatene at pasienter som kunne vært kurert med kirurgi, ikke fikk tilbud om operasjon og dermed ikke fikk muligheten til å bli kurert. Dette må tas på alvor. Operasjonshyppigheten kan variere mellom regioner og mellom sykehus, som nylig vist i en nordisk studie (5).

Rostad og medarbeidere anbefaler at Krefregisterets database utvides med preoperative utredningsdata fra de respektive sykehus. Det vil være uenighet om dette. Mange mener at det i stedet bør etableres et eget klinisk lungekreftregister etter modell fra Dansk Lunge Cancer Gruppe (6). Erfar-

ingene i Danmark har hittil vært gode. En slik modell vil gi fagmiljøene et klarere eierforhold til databasen og vil sannsynligvis bidra til bedre kvalitet på de kliniske data.

Bedret overlevelse hos operable lungekreftpasienter forutsetter at det kan gjøres komplett reseksjon. For å gjennomføre dette er grundig utredning med henblikk på kirurgisk reseksjon avgjørende. Etter at CT ble en viktig del av utredningen ved lungekreft i 1980-årene, er mediastinoskopi generelt lite benyttet og er enkelte steder glemte kunnskaper. Heitmann og medarbeidere (3) presenterer en meget interessant retrospektiv studie om verdien av CT og mediastinoskopi. Blant 140 pasienter hvor mediastinoskopi var benyttet i preoperativ utredning, gav mediastinoskopi lavere N-status hos 56 pasienter og høyere N-status hos 11 pasienter sammenliknet med CT. Treffsikkerheten for CT var størst ved N0–1-tumor: Det var 88% sammenfall mellom funnene ved CT og mediastinoskopi, men kun 29% sammenfall ved N2-tumor. Hele to tredeler av pasientene med N2- eller N3-sykdom ved CT hadde ved mediastinoskopi N0–1-sykdom. Disse pasientene kunne som følge av mediastinoskopifunnene få tilbud om potensiell kurativ behandling. Resultatene samsvarer med andre studier (7, 8), som viser at verken CT eller MR er adekvat ved utredning og stadiinddeling av lungekreft. Sensitiviteten og spesifisiteten ved CT er lav (rundt 60%) (7, 8), noe som gir en høy andel falskt negative og falskt positive funn. Små glandler (< 1 cm) kan ha malign vekst, mens større glandler (2–3 cm) kan være benigne. Ergo er mediastinoskopi – med få unntak – en nødvendig del av den preoperative utredning ved lungekreft.

I Norge opereres om lag 400 lungekreftpasienter årlig ved ca. 20 sykehus. Til sammenlikning opereres om lag det dobbelte antall pasienter i Danmark ved kun fem institusjoner. Mange vil mene at lungekreftkirurgien i Norge er fordelt på for mange hender. Uansett holdning til dette bør det være enighet om at de som opererer lungekreft, må beherske og benytte mediastinoskopi. I motsatt fall bør pasienten henvises til en annen institusjon.

Overlevelsen ved lungekreft kan bedres om flere personer med risiko for sykdom undersøkes slik at kreften diagnostiseres så tidlig at behandlingen kan være kurativ. Vi har tidligere i Tidsskriftet (9) pekt på den uakseptabelt lange utredningstiden ved lungekreft og at dette kan skyldes legekollegeres noe nihilistiske syn på sykdommen. «Lungekreft kan jo ikke diagnostiseres for

sent...» er dessverre fortsatt utsagn som kan høres i deler av fagmiljøene. Også internasjonalt har pasienter med lungekreft lav status. Kan dette skyldes at sykdommen i hovedsak er selvforskyldt? I USA brukes gjerne betegnelsen «de usynlige kreftpasientene» om personer med lungekreft, og medlemmene av støtteforeningen for lungekreftsye (ALCASE) (10) bærer en transparent sløyfe. I USA er denne foreningen i ferd med å bli en viktig lobbyorganisasjon. Få ønsker amerikanske tilstander i Norge, men vi ser gjerne at pasienter med lungekreft stiller større krav.

Roy M. Bremnes
roy.bremnes@unn.no
Kreftavdelingen

Ulf Aasebø
ulf.aasebo@unn.no
Medisinsk avdeling

Universitetssykehuset Nord-Norge
9038 Tromsø

Roy M. Bremnes (f. 1957) er dr.med., spesialist i onkologi, professor og avdelingsoverlege.

Ulf Aasebø (f. 1948) er dr.med., spesialist i lungesykdommer, professor og avdelingsoverlege.

Litteratur

1. Pearson FG. Non-small cell lung cancer. Role of surgery for stages I-III. Chest 1999; 116 (suppl 3): 500–3S.
2. Rostad H, Naalsund A, Norstein J, Jacobsen R, Aaløkken TM. Er behandlingen av lungekreft i Norge god nok? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2258–62.
3. Heitmann EP, Alexandersen O, Moland J. Er mediastinoskopi et nødvendig preoperativt inngrep ved ikke-småcellet lungekreft? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2268–9.
4. Mountain CF. A new international staging system for lung cancer. Chest 1986; 89 (suppl 4): 225–33S.
5. Sundhedsstyrelsen. Udredningsoppgave vedrørende visitations- og henvisningspraksis av kreftpasienter. København: Sundhedsstyrelsen, 2001.
6. Dansk Lunge Cancer Gruppe. www.lungecancer.dk
7. Gdeedo A, van Schil P, Corthouts B, van Mieghem F, van Meerbeck J, van Marck. Prospective evaluation of computed tomography and mediastinoscopy in mediastinal lymph node staging. Eur Respir J 1997; 10: 1547–51.
8. Webb WR, Gatsonis C, Zerhouni EA, Heelan RT, Glazer GM, Francis IR et al. CT and MR imaging in staging non-small cell bronchogenic carcinoma: report of the Radiologic Diagnostic Oncology Group. Radiology 1991; 178: 705–13.
9. Aasebø U, Bremnes R. Er lungekreftbehandlingen preget av nihilisme? Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2056.
10. ALCASE. Alliance for Lung Cancer Advocacy, Support, and Education. www.alcase.org.