

Oppdaterte nasjonale handlingsprogrammer bidrar til bedre kvalitet på utredning og behandling av kreftpasienter

## Norsk handlingsprogram for maligne lymfomer

Ifølge Kreftregisterets data blir prognosen for de fleste kreftsykdommer bedre. Femårs relativ overlevelse for kvinner er i dag ca. 60 %, mot 35 % for 40 år siden. For de aller fleste kreftformene dreier det seg om en gradvis forbedring, som bl.a. skyldes bedre pre- og postoperativ behandling, ernæring og infeksjonskontroll. Hovedårsak er likevel spesifikk behandling for de enkelte krefttyper. I løpet av de siste 40 år er kunnskapen om kreft økt formidabelt. Den biologiske forståelsen av kreftsvulster og spredningsveier (den onkologiske tenkningen) har endret vår måte å planlegge behandlingen på, det være seg bruk av kirurgi, strålebehandling, medikamenter eller kombinasjonen av dem.

Våre behandlingsplaner er i dag risikoadaptert, basert på kjente prognostiske variabler. Bare ut fra alder og stadium deler man pasienter med samme kreftsykdom inn i mange grupper som skal ha ulik behandling. Kompleksiteten bare øker med kunnskap om nye molekylærbiologiske faktorer som oppdages i forbindelse med translasjonsforskningen. Dette illustreres til fulle med *Norsk handlingsprogram for utredning og behandling av maligne lymfomer*, som er vedlagt dette nummer av Tidsskriftet. Moderne lymfombehandling har ført til en markert bedring av prognosen, særlig for Hodgkins lymfom (1), men også for non-Hodgkins lymfom. Selv pasienter som ikke helbredes, kan leve i mange år med relativt enkel palliasjonsbehandling. Mennesker med maligne lymfomer utgjør således en betydelig andel av pasientene ved medisinske avdelinger og poliklinikker. Mange leger må derfor regne med å møte disse pasientene i sin praksis.

I dag er det betydelig større krav til presisjon innen diagnostikk og behandling enn for bare ti år siden. Den siste klassifikasjonen, WHO-klassifikasjonen (2), tar i bruk så vel morfologiske, immunhistokjemiske, molekylærbiologiske, karyotypiske som kliniske opplysninger for å definere en rekke undergrupper. Disse må betraktes som ganske veldefinerte biologiske entiteter som krever sin spesifikke behandling. For bare få år siden kunne man samle mange morfologiske undergrupper i større enheter, for eksempel «lavgradige» og «høygradige» non-Hodgkins lymfomer, og gi behandling deretter. Betydningen av «korrekt diagnose» er i dag enda viktigere enn for få år siden, og man kan derfor stille spørsmålet om det er for mange laboratorier som driver med lymfomdiagnostikk i Norge. Ny og mer kompleks diagnostikk krever også større kunnskaper hos den enkelte kliniker som skal ha ansvar for behandlingen. I tillegg må han/hun ha den nødvendige kunnskap om andre prognostiske variabler for å kunne gi en risikoadaptert behandling. Selv om man skal vokte seg vel for å anbefale et slikt handlingsprogram som kokebok for klinikere med ulik erfaring, hilses det velkommen fordi det gir en meget god oversikt over moderne lymfomdiagnostikk og behandling.

Vi må regne med at pasientene raskt og i større grad enn tidligere vil bli henvist tilbake til sine lokalsykehus. Det er derfor av stor betydning at handlingsprogrammet beskriver opplegg for oppfølging og kontroll. Siden det dreier seg om relativt små sykdomsgrupper, må regionsykehusenes oppgaver i større grad dreie seg om systematisk akkumulering av kunnskap og forskning rundt langtids toksisitet og komplikasjoner etter behandling (3, 4), og ikke minst hvordan de kan reduseres. Dette er kunnskap som ofte erkjennes

mange år etter at et behandlingsopplegg ble lansert, for eksempel kronisk tretthetssyndrom og hjerteskadet etter behandling for Hodgkins lymfom.

Norsk lymfomgruppe står bak utgivelsen av handlingsprogrammet og garanterer således for nasjonal konsensus. Norsk brystkreftgruppe kom ut med sin første utgave av «blåboka» for mange år siden, og den er senere revidert flere ganger. Andre faggrupper har siden fulgt opp med sine handlingsprogrammer. Styrken med disse er at de er utarbeidet av uavhengige nasjonale faggrupper med bred tverrfaglig medisinsk representasjon. Hensikten er selvsagt ikke ensretting, men at standardprogrammene skal bidra til å sikre kvaliteten på utredning og behandling av norske kreftpasienter, uavhengig av hvor de bor i landet. I neste omgang kan det føre til ytterligere forbedring av behandlingsresultatene. Handlingsprogrammer kan raskt bli foreldet, derfor er oppdatering og revisjon nødvendig. Norsk lymfomgruppe tar sikte på å oppdatere sin nettsversjon ([www.kreft.no](http://www.kreft.no)) en gang årlig. Dette er viktig, da det er hurtig utvikling på feltet.

### Stein Kvaløy

s.o.kvaloy@klinmed.uio.no  
Onkologisk avdeling, fagområde stråleterapi  
Det norske radiumhospital  
0310 Oslo

*Stein Kvaløy (f. 1947) er dr.med. og avdelingsoverlege. Han har vært ansvarlig for lymfomprogrammet ved Det norske radiumhospital og var tidligere leder av nordisk og norsk lymfomgruppe.*

### Litteratur

1. Abrahamsen AF, Hannisdal E, Nome O, Holte H, Hager B, Langholm R et al. Clinical stage I and II Hodgkin's disease: long-term results of therapy without laparotomy. Experience at one institution. *Ann Oncol* 1996; 7: 145–50.
2. Jaffe ES, Harris NL, Stein H, Vardiman JW. Tumours of haematopoietic and lymphoid tissue. Pathology and genetics. WHO classification of tumours. Lyon: IARC press, 2001.
3. Abrahamsen AF, Andersen A, Nome O, Jacobsen AB, Holte H, Abrahamsen JF et al. Long-term risk of second malignancy after treatment of Hodgkin's disease: the influence of treatment, age and follow-up time. *Ann Oncol* 2002; 13: 1786–91.
4. Lund MB, Kongerud J, Nome O, Abrahamsen AF, Bjørtuft Ø, Forfang K et al. Lung function impairment in long-term survivors of Hodgkin's disease. *Ann Oncol* 1995; 6: 495–501.