

For å oppnå bedre resultater ved kirurgi av lungekreft må håndteringen av pasientgruppen organiseres bedre

Ventetiden for lungekreftoperasjon må ned

I Norge rammer lungekreft om lag 2 000 personer årlig, vanligvis i aldersgruppen over 40 år. Sykdommen ses nå nesten like hyppig hos kvinner som hos menn (1). Tobakksrøyking er den aller viktigste risikofaktoren. Lungekreft kan histopatologisk inndeles i tre hovedtyper: Ikke-småcellet lungekreft, småcellet lungekreft og karsinoid tumor. Den sistnevnte har et mindre aggressivt vekstmønster og har best prognose. Småcellet lungekreft er aggressiv og har oftest utbredt sykdom ved diagnose. Hos ca. 80 % av pasientene foreligger ikke-småcellet lungekreft, som er en heterogen gruppe med relativt ensartet behandling. Prognosen er avhengig av histopatologisk type og stadium av sykdommen. Av alle pasienter med lungekreft er kun 10–12 % (uansett behandlingsform) i live etter fem år. Ved karsinoid tumor er imidlertid prognosen bedre. Mens levetidsaktene for andre store kreftsykdommer har bedret seg betydelig de siste 40–50 år, er prognosen for lungekreft nærmest uendret.

Kirurgisk behandling kan gi helbredelse for lungekreft. Muligheten for dette er økende desto tidligere tumor blir oppdaget og operert. Hvis en ikke-småcellet lungekreft er under 3 cm i diameter og uten tegn til spredning, er femårsoverlevelsen over 70 % (2). Likevel bør også mer avanserte tilfeller av lungekreft opereres såfremt pasienten er allment og kirurgisk-teknisk operabel og ikke har spredning til lymfeknuter i mediastinum. Pasienter med slik spredning bør inn i multimodale behandlingsprotokoller der også kirurgi inngår.

Lungekreft kan ofte være langtkommen før den gir symptomer, og noen tilfeller blir oppdaget tilfeldig. Det er ofte pasientrelaterte årsaker til at lungekreft blir oppdaget sent. Når en pasient oppsøker lege med symptomer på lungetumor, slik som gjentatte infeksjoner, heshet, smerter, tungpustethet etc., eller ved funn av en tumor i lunge på røntgen thorax, må lungekreft utelukkes. Den viktigste undersøkelse deretter er CT thorax, mens videre utredning i sykehus skal ha som målsetting å stille en histopatologisk diagnose.

I dette nummeret av Tidsskriftet presenterer Strand og medarbeidere en viktig studie om ventetid for operasjon av lungekreft (3). På tross av rask diagnostikk ved de patologiske laboratoriene, har det i Norge vært relativt lang ventetid for operasjon. For 43 % av pasientene var ventetiden fra histopatologisk diagnose til kirurgisk behandling mer enn den anbefalte grensen på fire uker (4). Det var ytterligere en ukes lengre ventetid hvis henvisningen ble sendt videre til annet sykehus for kirurgi. Preoperativ histopatologisk diagnose manglet hos en tredel av pasientene, og det var stor variasjon mellom ulike sykehus. Studien tok ikke sikte på å analysere ventetid ved henvisning fra primærlege til lungeutredning i sykehus eller sykehusenes prosedyrer, men her skjuler det seg nok mange uheldige organisatoriske problemer og vonde pasientskjebner. Det er liten trøst at ventetiden i andre land er vel så lang (5).

Årsaker til lang ventetid for lungekirurgi kan være mange, blant annet utilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot tumordiagnostikk, mangelfulle henvisningsrutiner og dårlig kapasitet ved operasjons- og overvåkingsenheter. Innenfor en helseregion kan felles tverrfaglige lungemøter arrangeres ved hjelp av telestyrte lyd- og bilde-nettverk, både for diskusjon av enkeltpasienter og i generell utdanningsøyemed. Dette kan antakelig bidra til ytterligere reduksjon i ventetiden for kirurgi.

Tidligere studier har vist at det kirurgiske behandlingstilbudet for lungekreft i Norge har vært for dårlig. Det er påpekt mangelfulle preoperative rutiner og overvurdering av tumorstadium og pasientenes øvrige risikoprofil. Det er også påvist at kun 17 % av pasientene er blitt operert, selv om mange flere har vært operable (6). Internasjonale målsetninger tilsier at minst 25–30 % av lungekreftpasientene bør opereres. Det er grunn til å tro at en sentralisering av lungekirurgi i Norge vil gi positive effekter på ventetid og operasjonsfrekvens. Det finnes ingen dokumentasjon på at kort ventetid fra diagnose til kirurgisk behandling av lungekreft gir bedret overlevelse. Tumorvekst i ventetiden kan være betydelig, men det er ikke mulig å predikere vekst av svulsten for den enkelte pasient (7). Det er sannsynlig at en del pasienter i ventetiden vil bli inoperable uansett ventetid.

Selv om ventetiden for lungekreftkirurgi bør reduseres til det minimale og operasjonen gjennomføres så snart indikasjonsstillingen er klar, er det i praksis ikke mulig systematisk å unngå noen dagers eller få ukers ventetid hos en del av pasientene. Dette har sammenheng med prioritering overfor andre pasienter og behov for supplerende utredning, blant annet med mediastinoskopi. Det kan også være behov for preoperativ behandling av kardiopulmonal funksjon eller for cytostatikabehandling. Noen ganger kan ventetiden være påvirket av administrative forhold. Det er gode grunner til å forholde seg til retningslinjer for akseptabel ventetid for pasienter med lungekreft definert av British Thoracic Society og Norsk thoraxkirurgisk forening, som begge anbefaler en maksimal venteperiode på fire uker fra diagnose til operativ behandling. For å oppnå bedre resultater for lungekreftkirurgi må håndteringen av pasientgruppen organiseres bedre, og sykehusene som skal drive slik virksomhet, må tilføres tilstrekkelige ressurser for moderne utredning og behandling.

Rune Haaverstad

rune.haaverstad@ntnu.no

Truls Myrmed

truls.myrmed@fagmed.uit.no

Rune Haaverstad (f. 1954) er spesialist i generell kirurgi, karkirurgi og thoraxkirurgi. Han er professor og overlege ved Klinikk for hjerte- og lungekirurgi, St. Olavs Hospital i Trondheim. Han har vært leder for Norsk thoraxkirurgisk forening siden 2002.

Truls Myrmed (f. 1959) er spesialist i generell kirurgi og thoraxkirurgi. Han er professor og overlege ved Avdeling for hjerte-, lunge- og karkirurgi, Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Hansen S, Norstein J, Næss Å. Cancer in Norway 2001. Oslo: Krefregisteret, 2004.
- Strand TE, Rostad H, Møller B et al. Survival after resection for primary lung cancer: a population-based material of 3,211 resected patients. E-publisert i Thorax 6.4.2006. <http://thorax.bmjournals.com/cgi/rapidpdf/thx.2005.056481v1> (29.6.2006).
- Strand TE, Rostad H, Sørum R et al. Ventetid på operasjon for lungekreft. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1894–7.
- British Thoracic Society. BTS recommendations to respiratory physicians for organising the care of patients with lung cancer. Thorax 1998; 53 (suppl 1): S1–8.
- Liberman M, Liberman D, Sampaliss JS et al. Delays to surgery in non-small-cell lung cancer. Can J Surg 2006; 49: 31–6.
- Rostad H, Naalsund A, Norstein J et al. Er behandling av lungekreft i Norge god nok? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2258–62.
- O'Rourke NO, Edwards R. Lung cancer treatment waiting times and tumor growth. Clin Oncol 2001; 12: 141–4.