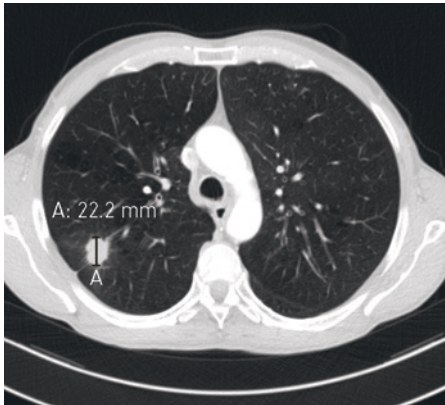


Tiden teller!

Det diagnostiseres ti lungekreftpasienter hver arbeidsdag i Norge, og sykdommen tar liv hver fjerde time. Tre av fire har ikke-kurerbar sykdom på diagnosetidspunktet, hovedsakelig fordi sykdommen sjelden gir symptomer før den har kommet langt. Når mistanken er fattet, er det viktig at utredningen går raskt.

Utredningen bør skje raskt, for å øke sjansen for kurasjon (1). Mange pasienter er inoperable på grunn av medisinske tilstander, men kan da tilbys stereotaktisk strålebehandling. Dette er en svært presis behandlingsmetode hvor strålingen rettes inn fra mange forskjellige vinkler mot et senter. På denne måten kan man gi høy dose til «målvolument», mens normalvevet som ligger like inntil får svært liten dose. Resultatene er gode, og den



Figur 1 CT-bilde ved første undersøkelse



Figur 2 CT-bilde 2 1/2 måned senere

lokale kontrollen tilsvarer det man oppnår med kirurgi (2).

Hos pasienten disse bildene er fra, var svulsten klart synlig og greit tilgjengelig for behandling med stereotaktisk stråleterapi ved første undersøkelse (fig 1). Av ulike grunner gikk det 2,5 måneder før vedkommende kom til behandling og planlegging av stråleterapi med dedikert CT ble gjort (fig 2). Svulsten var da fordoblet i diameter og var størrelsesmessig på grensen for kurerende stråleterapi.

Kapasitetsproblem

En utredningstid på 2–3 måneder er ikke uvanlig, både fordi utredningen i seg selv er logistisk utfordrende med mange involverte aktører, men dessverre også fordi tidsbruken kan bli unødig lang på grunn av flere flaskehals og mangelfull koordinering. Vi finner at det er en rekke kapasitetsmangler ved utredning og behandling av sykdommen, både innen radiologi, patologi, lungemedisin, thoraxkirurgi og onkologi.

I tillegg til at utredningstiden ofte er lang, er ventetiden fra pasienten er ferdig utredet til behandling blir iverksatt også en vesentlig tidstyv. Dette er, slik vi ser det, i det alt vesentlige et ressursprioriterings-spørsmål og synes ikke å kunne løses kun med endret organisering.

Årsaken til kapasitetsproblemene er nok bl.a. den raske økningen i lungekreftforekomsten. I løpet av de siste 15 år er insidensen av lungekreft økt med nesten 1 000 (tall hentet fra Kreftregisteret) – dette tilsvarer kreftutredningsaktiviteten ved ti store lungeavdelinger (ved Ullevål diagnostiseres drøyt 100 nye per år (personlig meddelelse Fredrik Borchsenius, Lungeavdelingen, Oslo universitetssykehus, Ullevål)).

Bildene understreker viktigheten av et raskt utredningsløp og at det motsatte kan influere på pasientens sjanse for kurerende behandling.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

Odd Terje Brustugun
otr@ous-hf.no
Åslaug Helland
Lars Julsrud

Odd Terje Brustugun (f. 1970) er dr.med., overlege ved Avdeling for kreftbehandling, Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet, og leder av Norsk lungekreftgruppe (NLCCG). Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Åslaug Helland (f. 1966) er dr.med., overlege ved Avdeling for kreftbehandling, Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet, og leder av Kreftforeningens nasjonale kompetansemiljø for lungekreft. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Lars Julsrud (f. 1972) er overlege ved Enhet for onkologisk radiologi, Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Mohammed N, Kestin LL, Grills IS et al. Rapid disease progression with delay in treatment of non-small-cell lung cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2011; 79: 466–72.
2. Senan S. Surgery versus stereotactic radiotherapy for patients with early-stage non-small cell lung cancer: more data from observational studies and growing clinical equipoise. *Cancer* 2013; 119: 2668–70.

Mottatt 14.1. 2014, første revisjon innsendt 4.3. 2014, godkjent 31.3. 2014. Redaktør: Siri Lunde Strømme.

Publisert først på nett.