

Referat fra OnkoLis 2011

Urologisk onkologi s. 9

SWENOTECA

Kvalitetsikring og klinisk forskning
gjennom 30 år s. 18

Thomas Hodgkin

Intet menneskelig var ham fremmed s. 24

onko nytt

Medlemsblad for Norsk onkologisk forening 1 • 2011 Årgang 9



Annonse

Medlemsblad for Norsk onkologisk forening

REDAKTØR

Magnar J. Johansen

Universitetssykehuset Nord Norge, Tromsø
T: 07766 / 77 62 67 75 / magnar.johansen@unn.no

REDAKSJONSMEDLEMMER:

Marianne Grønlie Guren

Oslo universitetssykehus, Ullevål
T: 23 02 66 00 / marianne.gronlie.guren@oslo-universitetssykehus.no

Marianne Brydøy

Haukeland Universitetssykehus
T: 55 97 20 10 / marianne.brydoy@helse-bergen.no

René van Helvoirt

Sørlandet sykehus
T: 22 93 40 00 / rene.helvoirt@sshf.no

Cecilie E. Kiserud

Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet
T: 22 93 40 00 / cck@ous-hf.no



9

STYRET I NORSK ONKOLOGISK FORENING

Andreas Stensvold (leder)

Helse Sør-Øst
Andreas.stensvold@radiumhospitalet.no

Eva Hofslie

Helse Midt-Norge
eva.hofslie@medisin.ntnu.no / eva.hofslie@stolav.no

René van Helvoirt

Helse Sør-Øst
rene.helvoirt@sshf.no

Birthe Lie Hauge

Helse Vest
birthe.lie.hauge@sus.no

Hege Sagstuen Haugnes

Helse Nord
hege.sagstuen.haugnes@uit.no



18



24

SPECIALITETSKOMITÉEN I ONKOLOGI

Liv Ellen Giske

Sykehuset Innlandet, Gjøvik, leder

Stein Kvaløy

Oslo universitetssykehus, nestleder

Ingvil Mjåland

Stavanger Universitetssykehus, medlem

Jarle Karlsen

St. Olavs Hospital, Trondheim, medlem

Olav Erich Yri

Oslo Universitetssykehus, YLF-representant

Innlegg bes sendt elektronisk i word-format til Magnar J. Johansen

LAYOUT, PRODUKSJON OG ANNONSER:

DM, Reklame & Design

Pilestredet 75 D, 7 etg.

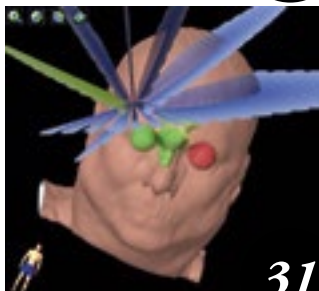
Pb. 7011 Majorstua, 0306 Oslo

T: 22 59 90 07 / 928 48 402

ragnar.madsen@drd.no / www.drd.no



30



31

Innhold

Kjære kollega	5
Leder	6
Nytt fra NOF	8
Nytt fra KVIST våren 2011	12
Nytt fra avdelingene	13
SWENOTECA gjennom 30 år	18
Thomas Hodgkin	24
Fem på gangen	26
Nytt om navn	27
Konferanser	30

Annonse

Kjære kollega

Ved **Magnar Johansen**

På vegne av NOF kan vi presentere et ferskt Onkonytt – som denne gang har gjennomgått en ansiktsløfting i regi av vår nye samarbeidspartner DM, Reklame & Design som nå bistår oss i produksjonen av bladet. Som tidligere er målsettingen å formidle små og store nyheter og historier fra onkologimiljøet i Norge. Dette krever bidrag fra leserne, og vi vil oppfordre deg til å komme med tips om stoff eller skrive egne saker som du gjerne vil formidle dine kollegaer.



Swenoteca har hatt 30 årsjubileum, og det har vært en storartet feiring. Stor takk til nestor Olbjørn Klepp som har skrevet historien om dette unike svensk-norske samarbeidet. Samarbeid gir som kjent resultater.

9. januar 1795 skrev Edmund Burke i et brev: “The only thing necessary for the triumph of evil is for good men to do nothing.” Burke var engelsk politiker og en bekjent av faren til Thomas Hodgkin. Hodgkin, som selvsagt er medisinsk udødeliggjort på grunn av sykdommen som bærer hans navn, kan du lese om i dette nummeret. Han var en mann som valgte å gjøre en forskjell, og han vil alltid bli husket som en kompromissløs idealist.

Hodgkin var for øvrig interessert i litteratur og snakket flere språk flytende. Vi kan dermed si at vi i hans ånd nå introduserer en spalte hvor våre kollegaer forteller om hva de leser, og hvilke bøker de anbefaler. Olaf Lagercrantz har i boken *Om konsten att läsa och skriva* skrevet om hvorfor vi bør lese: ”Vad sker när vi läser? Ögot följer svarta bokstavstecken på det vita papperet från vänster till höger, åter och åter. Och varelsen, natur eller tankar, som en annan tänkt, nyss eller för tusen år sen, stiger fram i vår inbillning. Det är ett underverk större än att ett sädeskorn ur faraonernas gravar förmåtts att gro. Och det sker var stund.”

Denne gang har vi utfordret kreftavdelingen i Bodø til å stille opp med Nordlandsbilder. Forsidebildet er fra Landegodefjorden utfor Bodø og er tatt av Hans Martin Dalhaug. Carsten Nieder og Astrid Dahlhaug med familie har tatt de øvrige bildene i bladet fra ulike deler av Nordland. Kanskje disse glimtene kan friste til å besøke våre nordlige landsdel denne sommeren? “

Takk til Dag Clement Johannessen

En stor takk til Clement for innsatsen i redaksjonen gjennom 8 år! Han har vært med siden oppstarten i 2003, og utgjorde dengang 50 % av redaksjonen. Vi vil spesielt takke for mange flotte forsider og andre fotografier, og stadig oppdatert nytt fra KVIST-gruppen hvor han hadde en deltidsstilling frem til høsten 2010.

I løpet av disse årene har han flyttet fra Bergen til Oslo, hvor han nå først og fremst arbeider med urologisk cancer og CNS-tumores og er medisinskfaglig ansvarlig for stråleterapien ved Ullevål. Han har stadig nok å henge fingrene i. Blant annet er han med i en gruppe som har satt seg som mål å revitalisere NUCG, og revidering av handlingsprogrammet for prostatakreft står på trappene. Vi takker for samarbeidet i redaksjonen og ønsker deg lykke til videre!



Lederen har ordet

Kjære kollega!

Ved **Andreas Stensvold**

Siden forrige medlemsblad Onkonytt i desember har foreningen vært aktiv. Styret har hatt jevnlig telefonmøter og hatt to fysiske møter.

En del av styret, sammen med spesialistkomiteen, har vært på besøk i Danmark for å se nærmere på hvordan danskene har modernisert sin utdanning, vi håper sammen med spesialistkomiteen å få lagt frem et forslag til en bedre utdanning av morgendagens onkologer. Vi ønsker innspill om hvordan utdanningen bør være.

I januar hadde jeg møte med blant annet Hege Gjessing (den 26. mai ble hun valgt til vår nye president) for å løfte frem onkologi. Styret har jobbet med å få faget vårt til å bli et av legeforeningens satsingsområder de neste fire årene.

I april gikk årets OnkoLIS av stabelen med over 50 deltagere. Temaet i år var urologisk onkologi og som i fjor holdt det et faglig høyt nivå. Evalueringen viste at det var et meget vellykket arrangement. Jeg ønsker spesielt å takke Rene for den fantastiske jobben han nedlegger for OnkoLIS. Fra og med neste år vil onkologisk forening stå som arrangør alene. Du kan lese mer om arrangementet i denne utgaven.

Vi har bidratt til at Statens legemiddelverk ikke kan sette biologiske legemidler på byttelisten. Dersom dette hadde gått igjennom, ville Norge være det eneste landet som innførte en slik praksis. Nåværende praksis er i tråd med hva ESMO og blant annet legemiddelverket i Sverige mener. Jeg mener at det er viktig.

Sammen med Oslo cancer cluster vil vi arrangere et post-Asco møte på ettermiddagen den 15. juni. Møtet har vi fått til å være fullfinansiert ved hjelp av sponsorer, slik at flest mulig kan delta. Vi tror og mener at det er viktig at vi som forening bidrar til kunnskapsformidling. Spesielt vil dette bli viktigere etter at legemiddelfirmaene ikke lenger vil arrangere kongressturer til utlandet.

Nytt av året er at NOF fra nå av vil avholde sitt årsmøte i forbindelse med Onkologisk forum, som i år er i Oslo. Under forumet vil også årets onkolog bli kåret.

Styret trenger hjelp med vår hjemmeside www.onkologi.no. Så dersom du har lyst og mulighet til å bidra, er det bare å si fra.

Dersom du har saker du vil at vi i styret skal jobbe med, ønsker vi å høre fra deg!

Til slutt ønsker jeg deg en fin sommer med tid til avkobling fra en hektisk hverdag.

Annonse

Annonse



I 2009 ytret styret i Norsk onkologisk forening ønske om at det skulle organiseres nye årlige 'assistentlegeforsamlinger'. Det ansees som svært verdifullt at leger i spesialisering fra hele landet møtes, både for å få faglig input samt for å bli kjent med hverandre på tvers av avdelingene.

Ved René van Helvoirt

På vegne av styret i NOF og programkomiteen for OnkoLiS 2011

For å unngå at møtets innhold skulle styres av sponsorens ønsker, valgte styret i NOF å gå inn på organisasjonssiden samt å være med på møtet som faculty. Det er planlagt at de fem store behandlingsgruppene (mamma, urogenital, gastrointestinal, lunge og CNS pluss palliasjon) tas opp på omgang i årene framover slik at LiS i teorien kan være med på alle disse i løpet av en 5–6 års periode.

I januar 2010 organiserte vi det første OnkoLiS-møtet, og temaet var brystkreft. Cirka 60 LiS deltok. Alle de store samt de aller fleste mindre onkologiske avdelingene, var representerte. Tilbakemeldingene etter møtet var uten unntak svært positive.

Liksom fjorårets OnkoLiS var også årets OnkoLiS (07.- 08. april) et svært vellykket møte. Temaet var urogenitale cancerte. Programkomiteen og NOF har uavhengig av sponsorene stått for innholdet i programmet. Cirka 50 LiS deltok. At det var færre deltagere enn i fjor, skyldtes at Haukeland universitetssykehus dessverre bare var representert med én deltager og St. Olavs Hospital bare med to. Igjen var tilbakemeldingene svært positive. 80 % av deltagerne vurderte kvaliteten på foredragene/foredragsholderne som meget bra og 20 % som bra. 90 % syntes at møtet i sin helhet var meget bra, og alle sa at de gjerne ville være med på OnkoLiS 2012 hvor temaet blir gastrointestinale cancerte.

Sponsorer i år var GlaxoSmithKline, Sanofi Aventis og Fresenius-Kabi, og de har stått for invitasjonen og har

betalt for både reise og opphold for alle deltagerne.

OnkoLiS møtet bidrar uten tvil til økt motivasjon hos LiS, noe som er sårt tiltrengt i en tid med knappe ressurser og stort arbeidspress.

Fra og med OnkoLiS 2012 kommer NOF til å stå ansvarlig for hele organiseringen av OnkoLiS. Industrien vil bli invitert som utstillere, og det er så langt seks ulike firmaer som stiller opp. Det vil si at OnkoLiS får en struktur som er lik Onkologisk Forum, og det planlegges at møtet blir fullfinansiert, dvs. at det forblir fritt for konferanseavgift, og at også reisekostnadene for deltagerne blir dekket. Planen er at møtet blir primo 2012.

Vi ser fram til OnkoLiS 2012 hvor temaet blir gastrointestinale cancerte.

Referat fra OnkoLis 2011

OnkoLIS 2011, leger i spesialisering sitt eget lille Onkologiske forum ble avholdt på Gardermoen 7. (kveld) - 8. april. Tema i år var urologisk onkologi.



Ved Einar Dale og Kjetil Boye

Konferansen ble åpnet av Fredrik Sund, UNN, med tre kasuistikker: blærecancer, prostatacancer og nyrecancer. Vi fikk da som i fjor bruke et elektronisk avstemningssystem som er en fiffig måte å få aktivisert forsamlingen på. Innleggene som fulgte kunne grovt deles inn i kirurgisk og onkologisk behandling. Bjørn Brennhovd (Radiumhospitalet) fortalte om kirurgi ved blærecancer fulgt opp av Heidi Knobels (St Olav) onkologiske tilnærming. På kvelden

var det god middag og hyggelig stemning.

Fredag formiddag startet med prostatacancer med Sophie Fosså (Radiumhospitalet), Dag Clement Johannessen (Ullevål), René van Helvoirt (Sørlandet sykehus) og Jon Reidar Iversen (Ullevål), før Terje Wold (Sørlandet sykehus) hadde et forfriskende innlegg om ”åpen teknikk versus robot” ved prostatacancer. Sørrendingene har ikke gått til innkjøp av robot ennå, og Wold hadde vært på studietur i

Frankrike og lært seg ”cutting edge-teknikk” med nye instrumenter. Tanken er at åpen teknikk kan være mer nervebesparende. Man satt vel igjen med et inntrykk av at han ikke hadde sagt nei takk til en robot likevel. Tore Borg (Radiumhospitalet) fortalte villig vekk om seksuelle utfordringer hos hormonbehandlede prostatacancerpasienter. Det kan være krevende å ha en ung kone. Siste sesjon lød ”Cancer renis og cancer testis” med kirurg Ola Christiansen (AHUS) først i ilden. Laparaskopi og partiell reseksjon ved kirurgisk behandling av nyrecancer var stikkord. Alltid engasjerte Daniel Heinrich (AHUS) fortalte om nyvinningene innen medikamentell behandling av metastatisk nyrecancer. Sesjonen ble rundet av med Hege Sagstuen Haugnes’ (UNN) innlegg om nytt handlingsprogram for behandling av cancer testis.

Årets ”uro-OnkoLIS” stod absolutt ikke tilbake for fjorårets arrangement. OnkoLIS er en viktig møteplass for LIS fra hele landet og et flott initiativ fra Norsk onkologisk forening med generøst bidrag fra industrien.

Annonse

Annonse



Ved Ingrid Espe Heikkilä, Taran Paulsen
Hellebust, Gunilla Frykholm og
Sverre Levernes

Norsk stråleterapimøte ble
arrangert i Bergen i 24.–25. mars
i samarbeid med Universitetet i

Bergen. Temaet for møtet var **seneffekter etter stråle-
behandling**. Møtet er godkjent som kurs for leger i
spesialistutdanning i onkologi med elleve kurstimer.

Inviterte foredragsholdere fra inn- og utland presenterte
sine arbeider:

- Kvalitetssikring i stråleterapi nasjonalt og internasjonalt
- Risiko for og modellering av seneffekter ved strålebehandling
- Seneffekter etter strålebehandling av prostata, cervix,
lymfom, testis, bryst
- Toleransedoser og risiko for seneffekter etter bestråling
og rebestråling av medulla
- Seneffekter etter strålebehandling av barn
- Oppfølging av kreftoverlevende
- Risiko for utvikling av sekundærcancer etter strålebehandling
- Hyperbar oksygenbehandling ved stråleskader

Foredragene fra møtet ligger på KVISTs nettsider:
<http://kvist.nrpa.no> Brukernavn: kvistguest, Passord: qainrt

Det er veldig hyggelig for oss som arrangører at dere, både
foredragsholdere og deltagere, tar dere tid og råd samt har
anledning til å være med å gjøre Norsk stråleterapimøte til
en tverrfaglig arena for kunnskapsutveksling og samarbeid
innenfor stråleterapi. Det var interessant og spennende å
få innblikk i noe av det store og viktige forskningsarbeidet
som gjøres innenfor seneffekter etter strålebehandling i Norge.

Strålevernet og KVIST-gruppen forhandler om innkjøp
av ny programvare til bruk ved gjennomføring av work-
shop med utsendelse av pasientkasus og sammenstilling
av voluminntegning og doseplanlegging. Ved neste stråle-
terapimøte vil det trolig også arrangeres en workshop på en
valgt diagnose og sykdomstilstand.

Faglige anbefalinger for stråleterapi

De siste årene har KVIST jobbet aktivt sammen med flere

av de onkologiske faggruppene for å utarbeide retnings-
linjer for strålebehandling av ulike diagnosegrupper.
Faglige anbefalinger for strålebehandling ved lungecancer,
analcancer og øsofagus-cancer er ferdigstilt og overlevert de
respektive faggruppene for publisering. Dokumentet som
beskriver strålebehandling av avansert cervixcancer, er også
ferdigstilt og sendes ut på høring i disse dager. Det har også
blitt arbeidet med faglig anbefaling for strålebehandling av
prostatacancer, men dette arbeidet har imidlertid foreløpig
stoppet opp.

Kliniske revisjoner av stråleterapi

I år vil det aktuelle prosjektet med kliniske revisjoner
av stråleterapi ved brystkreft avsluttes og sammenstilles.
Temaet er postoperativ strålebehandling ved venstresidig
brystkreft med spesielt fokus på rekvirering, inntegning av
målvolum og hjerte og dosefordelinger. Alle stråleterapi-
avdelinger i landet som gir denne behandlingen, har fått
tilbud å delta.

Prosjektet startet i 2009 ved Oslo universitetssykehus,
Ullevål og Radiumhospitalet, videre ved Haukeland
universitetssykehus og Stavanger universitetssykehus i 2010.
I løpet av første halvår 2011 har Sørlandet sykehus i
Kristiansand, Ålesund sjukehus, St Olavs hospital i Trond-
heim og Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø blitt
revidert. Revisjon ved stråleterapiavdelingen på Sykehuset
Innlandet Gjøvik vil gjennomføres etter sommeren.
Inntrykk og generelle resultater vil deretter sammenstilles
og publiseres.

Oppdaterte anbefalinger for volum/dose

Etter at ICRU for et år siden kom med sin reviderte
anbefaling (ICRU83), har KVIST re-aktivisert en arbeids-
gruppe for å komme med norske anbefalinger.
Flere detaljer om ICRU83 finnes på KVIST-portalen
(<http://kvist.nrpa.no>, brukernavn/passord som nevnt)
under Arbeidsgrupper/Volum-Dose. Arbeidsgruppen
hadde ferdig et første utkast til norske anbefalinger før
jul. Det er nå komplettert med kliniske eksempler og en
del tilleggsinformasjon. Denne utgaven er nå på hørings-
runde i arbeidsgruppen. Når arbeidsgruppen er ferdig,
vil anbefalingen bli sendt på høring i fagmiljøet før den
ferdigstilles, sannsynligvis ut på høsten en gang.

Nytt fra avdelingene

Ledig stilling som onkolog i KVIST

Ledig deltidsstilling som onkolog (40-50%) i KVIST-gruppen. Klinisk og tverrfaglig rettet arbeid med kvalitetssikring i stråleterapi som gir muligheter til faglig fordypning, utvikling og hyggelig samarbeid.

Interesserte? Ta kontakt med seksjonssjef Hilde Olerud: hilde.olerud@nrpa.no

Avdeling for kreftbehandling ved Oslo universitetssykehus

Ved Kjell Magne Tveit

Oslo universitetssykehus er i sterk endring med pågående integrasjon av fire ulike sykehus og fagmiljøer (Aker sykehus, Ullevål sykehus, Rikshospitalet og Radiumhospitalet). Den onkologiske virksomhet har hatt sine hovedseter ved Radiumhospitalet (ca. 60 % av aktivitet og antall leger) og Ullevål sykehus (ca. 40 %), men det onkologiske fagmiljø har også ivaretatt enkelte funksjoner ved Rikshospitalet og Aker sykehus. Fra 1.1.2010 har onkologien vært organisert i én avdeling, Avdeling for kreftbehandling, med 11 seksjoner som er tverrgående og inkluderer personell og aktivitet ved både Radiumhospitalet og Ullevål. Avdelingen har ca. 800 årsverk hvorav ca. 100 leger.

En viktig overordnet føring i fusjonsprosessen i Oslo har vært at likeartet virksomhet (dublerte funksjoner) skal samlokaliseres og at bygg av god kvalitet skal benyttes. Videre er besluttet at onkologisk og kirurgisk virksomhet skal samlokaliseres om mulig. Gjennom omfattende prosesser i året som er gått, har vi besluttet følgende fordeling av oppgaver ved de to sykehuslokalisasjoner:

Radiumhospitalet

Brystkreft
Thyreoidakreft
Lymfomer
Sarkomer
Hode-halskreft
Melanomer
Hudkreft
CNS-svulster
Strålebehandling barn
Lungekreft (ca. 20%)

Ullevål sykehus

Mage-tarmkreft
Urologisk kreft inkl.
testikkelkreft
Lungekreft (ca. 80%)
Palliativ medisin
Akutt onkologi

Vedr. lungekreft vil det meste være lokalisert ved Ullevål, men spesialisert stråleterapi (som stereotaksi) og utprøvede kjemoterapi vil være lokalisert ved Radiumhospitalet. Brachyterapi vil fortsatt være lokalisert ved Radiumhospitalet. Gynekologisk onkologi samles også ved Radiumhospitalet. Stråleterapivirksomheten framover baseres på 10 akselleratorer ved Radiumhospitalet og 7 ved Ullevål.

Funksjonsfordelingen som anført ovenfor innebærer at mange leger kommer til å arbeide ved en annen lokalisasjon framover enn hva de har gjort. De første flyttene/samlingene er allerede skjedd: Pasienter med testikkelkreft ble samlet ved Ullevål og pasienter med lymfomer ble samlet ved Radiumhospitalet i mai. Dette har forløpt greit. En utfordring har vært ulike IKT-systemer i sykehusene, men vi kan i alle fall i dag lese pasientdokumentasjonen ved den andre sykehuslokalisasjonen.

Neste planlagte samling er mage-tarmkreft ved Ullevål og melanomer ved Radiumhospitalet i oktober 2011. Videre er planlagt samling av brystkreft ved Radiumhospitalet og urologisk kreft ved Ullevål i 2012. Også CNS-svulster vil bli samlet og fordelingen av lungekreft utført i 2012. Gjennomføringen av hele funksjonsfordelingen krever imidlertid noe investeringsmidler som fortsatt ikke er på plass. Samtidig med samlingene innen onkologi skjer omfattende tilsvarende prosesser innen bl.a. de kirurgiske fagfelt.

Samling av funksjoner i større og mer robuste miljøer mener vi gir nye muligheter i forhold til fag, forskning og effektiv drift. Det er spennende å få være med på denne utviklingen, samtidig som prosessene er utfordrende både for ledere og medarbeidere. Det beste i to miljøer skal forenes, nye grupper skal dannes og en ny felles kultur skapes.

Kreftavdelingen, Haukeland universitetssykehus

Ved Olav Mella

De fysiske arbeidsforhold ved avdelingen bedret seg betydelig etter at Parkbygget ble ferdigstilt for snart tre år siden. Pasientene setter pris på en flott ny sengepost i toppetasjen av bygget med vesentlig isolater og enerom, internett og mobiltjenester ved hver seng, servicekjøkken med kokketjeneste og selvbetjeningsmulighet, velutrustet treningsrom og fin utsikt. Legene har fått gode undersøkelses- og arbeidsrom, og det er romslige og skjærmede vaktromarealer for pleietjeneste og sekretariat. Sykehusets beste sengearealer er flott å oppleve for betjeningen, som tidligere prøvde å yte sitt beste i det som sannsynligvis var Norges dårligste fysiske sykehuspost, den gamle post 1 i Medisin B-bygget.

Poliklinikken i etasjen under består av den sammenslåtte dagposten og poliklinikk. Den er fysisk delt i et konsultasjonsavsnitt og et behandlingsavsnitt. Kravet var at arealet i nybygget ikke skulle overskride summen av de to enhetene. Dette merkes allerede ved at vi har problemer med å få tilstrekkelige rom til konsultasjonene noen dager, selv med åpningstid til 17.30. Behandlingsenheten har noen dager gitt opp mot 60 kurer/infusjoner, og stolene og sengene der utnyttes godt. Et godt logistisk samarbeid med apoteket sørger for at kurer leveres med kortest mulig ventetid for pasientene. Mange med reiseavstand overnatter på Pasienthotellet, som avdelingen er den suverent største bruker av på sykehuset.

Det nedlegges adskillig arbeid i doseplanarbeid i alle involverte personalgrupper. Andelen pasienter med IMRT-baserte planer er klart stigende, sammen med stereotaksisier. Derimot har vi vært langsommere med innføring av gating ved venstresidig brystkreft, noe som bare nylig er kommet i bruk. Det foregår utskifting av en eldre strålemaskin, med forventet ferdig oppmåling/oppgradering i september av en Varian True Beam-akselerator. Denne vil ha en økt doserate i forhold til øvrige maskiner og forkorte

behandlingstiden ved stereotaktisk strålebehandling, som er en økende aktivitet hos oss. Den forbedrede presisjonen bidrar til sikkerheten i behandling i henhold til Rapid Arc-teknologien, hvor det kan gis rotasjonsbehandling med MLC-bladene i bevegelse. På relativt kort sikt regner vi med at behandlingstiden for hver pasient med Rapid Arc vil gå ned og kapasiteten overstige den til andre strålemaskiner. Det er fattet prinsippvedtak om utskifting av neste maskin primo 2013. En eldre linac er i mellomtiden rustet opp til å ta unna mens utskiftingene pågår. Hittil har vi heldigvis unngått maskinhavari og har klart å holde køene nede. Fra høsten 2010 har det vært en klart større økning av pasienttilstrømning til stråleterapien enn vi hadde forutsatt (forventet ca. 3 % økning av antall serier), noe som har holdt seg frem til i dag. Dette har medført behov for kveldsskift nesten kontinuerlig fra høsten frem til nå. Det er uro for situasjonen i sommer, der køene erfaringsvis øker på, og der kveldsskift ikke er mulig å gjennomføre pga. ferieavvikling. Det arbeides mot sykehusledelsen for økning av staben, som i tidligere innsparringsrunder er blitt barbert. Det kan se ut til at behovet for stråleterapitjenester ligger nærmere 6 % økning per år (tallet fra den danske kreftplanen) enn de 3 % vi estimerte i tidligere langtidsbudsjett. Denne erkjennelse vil være av betydning i planleggingen av maskinpark og mannskap.

De siste årene har det vært mye innsats for å bedre logistikken for å ta unna et økende pasienttall innenfor de samme eller reduserte bemanningsrammer. Som i andre kreftavdelinger har det totale behandlingsvolumet økt merkbart for hvert år. Sengepostene har hatt vel 100 % belegg, slik at økningen i innleggelser/ambulant aktivitet (hittil i år 8 %) kommer på ambulant behandling. En stor lokalsykehusfunksjon gjør at 33 % av alle innleggelser nå er øyeblikkelig hjelp, med dårligere forutsigbarhet i kapasiteten til elektiv virksomhet. Omlegging av den ene av tre sengeposter til 5-døgnspost har hatt uheldige sideeffekter, med behov for flytting av opptil ti pasienter fra 5-døgnsposten til helukepost fredag ettermiddag.



Parkbygget, Haukeland universitetssykehus. Kilde: Wikimedia.

Kontinuiteten i legetjenestene, særlig på 5-døgnsposten, har ikke vært god nok, slik at driftsformens videre skjebne vil bli gjenstand for evaluering.

Det har vært stort gjennomtrekk i utdanningsstillingene, med tilbakemelding om at det er for travelt. I år er tjenesteplanen for assistentlegene lagt om for å bli lovlig og innfri ønsket om deling av vakt-døgnet (for å få dette til, fikk vi en ny ass.legehjemmel), da aktivitetsnivået på vaktene har økt i takt med stadig mer behandlingsskrevende pasienter i sengene og flere ø. hj.-innleggelser. Utdanningskvaliteten har lidd ved bl.a. bortfall av røntgen-demonstrasjoner og stadig fokus på produktivitet. Kravene til dokumentasjon og bruk av elektroniske hjelpemidler, har redusert tiden til pasientkontakt, og har også endret tjenestens innhold i en retning som på sikt kan true forståelsen av onkologifaget. Bedre koding på epikriser og poliklinikk er ikke ensbetydende med klokere utredning og behandlingsvalg. Et tungvint nytt pasientadministrativt system har i tillegg tatt mer tid – under rubrikken

kvalitetsforbedring. Legegruppen føler at rapporterings-samfunnets krav tar inspirasjonen fra dem, som ønsker å gjøre en god jobb for pasientene. Sikkert er det at tidsklemma stadig er blitt sterkere, og at den nasjonale helseledelsen etter hvert må se at utviklingen går i gal retning, selv om kvalitetsparametre tilsynelatende skulle si noe annet.

Interessen for forskning synes økende i legegruppen. Overleger søker delte stillinger med eksternt finansiering, mens LIS-leger prøver å få stipend. Det er mange interessante, pågående prosjekt. Å få tid til forskning innenfor ordinær arbeidstid har vært utopisk med de siste års fokus på behandling og rasjonalisering av driften. Halfdan Sørbye har nylig fått en tidsbegrenset, eksternt finansiert professor II-stilling ved UiB, Oddbjørn Straume en tidsbegrenset 50 % 1. amanuensis-stilling og Hans Petter Eikesdal en 1-årig 50 % eksternt finansiert forskerstilling. Alle stillingene er knyttet til overlegestillinger ved Kreftavdelingen.

Annonse

Annonse

Svensk-norsk testikkelkreftgruppe,

SWENOTECA

– kvalitetssikring og klinisk forskning gjennom 30 år

Torsdag 30. mars 2011 markerte SWENOTECA 30 års jubileum med faglig stormøte ved Kreftsenteret på Ullevål og hyggelig festmiddag på Grefsenkollen.

Ved Olbjørn Klepp

For en veteran var det ekstra hyggelig å se den gode aktivitet det fortsatt er innen gruppen, og hvor sterkt yngre, dyktige testis-onkologer fra de to land nå markerer seg både vitenskapelig og organisatorisk. Sverige og Norge ligger i verdensstoppen for kurasjonsrater og har markert seg godt i populasjonsbasert klinisk forskning omkring dette prestisjeområdet av moderne onkologi.

Testikkelkreft var den diagnose som medførte flest dødsfall av sykdom hos yngre norske menn på tidlig 1970-tall. Jeg glemmer aldri de mange tunge steg langs trappen fra Røntgenavdelingen til sengeposten på Radiumhospitalet, når jeg som ung assistentlege psyket meg opp til å formidle dødsdommen som da lå i nyoppdagete lungemetastaser. Desto større opplevelse å følge utviklingen i

prognose ved spredning fra non-seminom testikkelkreft – fra kortsiktig palliasjon til varig kurasjon – i løpet av få år.

Radiumhospitalet (DNR) var tidlig ute med å ta i bruk cisplatin-kombinasjoner (1978), moderne billedmessig utredning og oppfølging, serum tumormarkører og post-kjemo metastasekirurgi. Under hele 1970-tallet ble ca. 90 % av alle norske testikkelkreftpasienter behandlet ved DNR, som hadde det største pasientmaterialet i Norden. Sett i ettertid fortsatte man nok litt for lenge med adjuvant stråleterapi ved nonseminom stadium I ved DNR. Sophie Fosså og undertegnede var pådrivere for å endre fra stråleterapi til unilateral retroperitoneal glandeldisseksjon mot slutten av 1970-tallet.

Under et symposium om testikkelkreft i Lugano i 1979 traff vi faglige

meningsfeller fra onkologimiljøet i Lund (Eva Cavallin-Ståhl, Per Flodgren, Arne Olsson). Inspirert av glitrende behandlingsresultater fremlagt av prof. Lawrence Einhorn under Lugano-symposiet, fant vi ut at vi burde utvikle et felles svensk-norsk handlingsprogram for nonseminom testiscancer. I Sverige var behandling av testiscancer spredt mellom urologer og onkologer ved de fleste større sykehus. Vi visste at den regionale oppbygging av onkologi som var planlagt i Norge, også ville føre til en desentralisering, med risiko for oppsplitting av fagkompetanse.

I løpet av 1980 fikk vi god oppslutning blant toneangivende urologer og onkologer for å utvikle felles handlingsprogram for nonseminom testiscancer. Swedish-Norwegian Testis Cancer Group (SWENOTECA) implementerte første protokoll 1. april 1981. På dette tidspunktet var det etablert regionale onkologiske avdelinger i Norge. Olav Dahl (Bergen), Erik Wist (Tromsø), undertegnede (Trondheim) fikk med seg urologer fra de respektive sentra inn i SWENOTECA-samarbeidet, og



Olbjørn Klepp var en av gründerne av SWENOTECA



SWENOABBATECA jubileumssang fremført av (fra venstre, mer eller mindre skjult) Jan Oldenburg, Hege Haugnes, Torgrim Tandstad, Marianne Brydøy og Roy Bremnes

Sophie Fosså og Sigurd Ous beholdt ansvaret for testispasienter fra Sør- og Øst-Norge. Alle svenske uro-onkologiske miljøer ble også med i SWENOTECA, med unntak av Radiumhemmet i Stockholm.

Det at man hadde en moderne, felles mal for utredning, behandling, og oppfølging og innrapportering til et de facto kvalitetsregister for non-seminom testikkelkreft ved Tumørregisteret i Lund, ga en sikkerhet og et fagnettverk som var av uvurderlig betydning for behandlingen av testikkelkreft i de to land. Dette var viktig både under oppbygging av regionalisert kreftbehandling i Norge og for de mange mindre fagmiljøer i Sverige. Under arbeidsgruppemøter og årlige ”stormøter” i SWENOTECA kunne man utveksle erfaringer og, ikke minst, etablere tillitsforhold som ga lav terskel for telefonkonsultasjoner på

tvers av region- og landegrenser omkring vanskelige pasientsituasjoner. Dette nettverket benytter i dag selv sagt e-post og hjemmesider for kommunikasjon. Et konkret, vanskelig spørsmål om en pasientsituasjon kan sendes ut til en stor gruppe av erfarne fagpersoner som raskt gir synspunkter og råd tilbake.

Mot slutten av 1980-tallet var det samlet detaljerte data omkring nesten 600 pasienter med alle stadier av non-seminom testiscancer behandlet etter første SWENOTECA handlingsprogram. Grundige analyser ga bakgrunn for fem publikasjoner i internasjonale tidsskrifter, og data fra første SWENOTECA-program ga viktige bidrag til doktorgradsarbeidene til Nina Aass og undertegnede tidlig på 90-tallet.

På samme tid valgte DNR å satse på et bredere internasjonalt samarbeide med EORTC og MRC, og gikk i praksis ut av SWENOTECA-samarbeidet. Samtidig ble Radiumhemmet i Stockholm med og fikk snart en toneangivende rolle i SWENOTECA under aktiv ledelse av Gabriella Cohn-Cedermark. Det norske SWENOTECA-samarbeidet fikk indirekte betydning også for de store studier om norske langtids-overlevende med testikkelkreft som Sophie Fosså tok initiativet til. Data fra disse studiene var viktige faktorer bak avhandlingene til Hege Sagstuen Haugnes og Marianne Brydøy.

Et annet aspekt av SWENOTECA var det gode samarbeidsklimaet som utviklet seg mellom urologer og onkologer både i Norge og i Sverige. Dette muliggjorde en fredelig faglig utvikling av arbeidsdeling mellom

SWENOTECA gjennom 30 år



En testis-onkolog i disguise (Jan Oldenburg)

spesialitetene, i forhold til større grad av revirtenkning som preget behandling og oppfølging av testikkelkreftpasienter i mange andre land. Trolig har samarbeidet også smittet over til andre områder av uro-onkologien i våre to naboland. Et eksempel er teamet bak den viktige SPCG-7-studien, som ga første solide internasjonale evidensgrunnlag for kurativ stråleterapi ved lokalavansert prostatakraft.

Uro-onkologmiljøet ved Ullevål og Aker sykehus overtok ansvaret for Oslo-pasienter med testikkelkreft utover 90-tallet. Sammen med ekspertise fra Radiumhospitalet utgjør dette en solid basis for samling av fagekspertise for testikkelkreft under

Oslo universitetssykehus. I løpet av siste år er fagmiljøet ved Radiumhospitalet igjen blitt aktivt med i SWENOTECA.

Utover 1990-tallet ga nye SWENOTECA-protokoller et moderne rammeverk for behandling av nonseminom for de fleste norske og alle svenske onkologsentra. Torgrim Tandstad har de siste par år gjort en imponerende innsats med sammenskriving av både eldre og nyere SWENOTECA-data for nonseminom stadium I. Publisering i JCO avstedkom en nesten panegyrisk lederartikkel omkring populasjonsbaserte handlingsprogram. Den amerikanske onkologentusiasmen var muligens farget av at

SWENOTECA-dataene ga solid alibi for å kutte ut rutinemessig retroperitoneal glandeldisseksjon, og derved definere nonseminom stadium I til en onkologisk tilstand(?!). Sven-Erik Olofsson er førsteforfatter til en nylig SWENOTECA-publisering i JCO av metastatisk nonseminom, også den får en hyggelig editorial-omtale.

SWENOTECA handlingsprogram for seminom ble implementert i 2000 og er utviklet av bl.a. Rune Småland og Olav Dahl. Dette programmet bidro først til reduksjon av stråledoser og etter hvert avvikling av adjuvant stråleterapi for de fleste svenske og norske seminompasienter, med bibehold av særdeles gode overlevelsedata. Torgrim Tandstad et al. fikk nylig presentert også disse SWENOTECA-erfaringene med seminom i JCO. Han leverte primo mai 2011 sin PhD-avhandling til vurdering ved NTNU – fire fine publikasjoner hvorav tre i JCO, alle basert på SWENOTECA-data.

Ved siste opptelling fant vi 20 internasjonale publikasjoner hvor SWENOTECA-data dannet vesentlige datagrunnlag. Viktigere enn disse akademiske meritter er likevel den gode kvalitetssikring og den akkumulering av spisskompetanse og erfaring som SWENOTECA-samarbeidet har tilført svensk og norsk uro-onkologi. Dette var spesielt viktig i en ellers noe turbulent periode i norsk onkologi på 1980-tallet, under utviklingen fra nesten ekstrem sentralisering til en (etter min mening!) vellykket og helt nødvendig regionalisering av kreftbehandlingen i Norge.

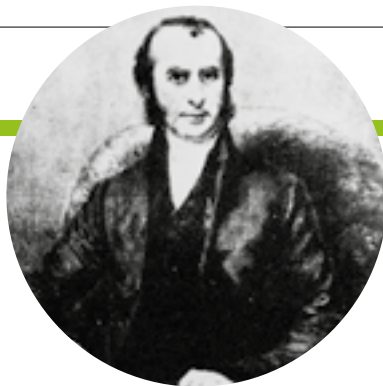
Annonse

Glimt fra Nordland

Fotografert av Carsten Nieder og Astrid Dahlhaug med familie.







Thomas Hodgkin

– intet menneskelig var ham fremmed

Thomas Hodgkin er i dag mest kjent for å ha oppdaget lymfomsykdommen som bærer hans navn: Hodgkin lymfom. Men vel så viktig var han som sosial aktivist. Han la nemlig ned et livslangt arbeid for fattige og minoriteter og kjempet for menneskerettigheter både i England og utenlands.



Ved **Magnar J. Johansen**

Thomas Hodgkin ble født i 1798 i England. Dette var tøffe tider. I etterkant av den franske revolusjon var England og Frankrike i krig, England hadde nylig mistet amerikanske kolonier og opprør i Irland truet. Korrupsjon, manglende rettigheter, ekstrem fattigdom og innskrenket pressefrihet var normalen. Samtidig

hadde den industrielle revolusjon medført sosiale og ikke minst helsemessige utfordringer for den fattige delen av befolkninga. Hodgkins foreldre var kvekere, noe som kom til å forme livsløpet hans. Kvekerne utgjør et kristent kirkesamfunn hvor medlemmene lever svært enkelt og har et sterkt sosialt engasjement. De var pådrivere i å avskaffe slaveriet i England og mottok Nobels Fredspris i 1947 for sitt hjelpearbeid. Som kveker fikk ikke Hodgkin studere i verken Oxford eller Cambridge, og han tok sin medisinske utdanning i Edinburgh.

Hodgkin var ferdig utdannet medisiner i 1823 og hadde før den tid innhentet kunnskap ved flere europeiske sykehus. I 1822 traff han oppfinneren av stetoskopet, René Laennec, i Paris. Hodgkin ble dermed den som introduserte bruken av dette i England. Hans eldre kollegaer ble

ikke videre imponert over nyvinningen og brukte de første stetoskopene som blomstervaser. Forkjærlighet for nye ideer og metoder skulle forøvrig bidra til å gjøre Hodgkin kjent. Det kan nevnes at han var den som begynte å reformere legeutdannelsen, fra å være et løp der man gikk flere år i "apoteklære", til å bli en aktiv læringsprosess der man etter hvert begynte å følge erfarne klinikere og lære av kliniske forløp.

Han arbeidet da på Guys Hospital i London og utgjorde et berømt trekløver med Richard Bright og Thomas Addison. Hovedsakelig var anatomi og patologi hans hovedområder, og han bygde opp en imponerende preparatsamling og begynte med systematisk undervisning i patologi. Produktiviteten var imponerende; han var blant annet den første som beskrev aortainsuffisiens. På denne tiden begynte man

å bruke mikroskop. Joseph Lister var en kollega som gjorde dette mulig ved at han perfektionerte linsene til skopet. Sammen publiserte de i 1827 at erytrocyttene er bikonkave, og at muskelcellene består av fibre. Denne publikasjonen regnes som starten på moderne patologi.

I 1832 kom hans etter hvert berømte artikkel "On Some Morbid Appearances of the Absorbent Glands and Spleen". Han beskriver her sju pasienter med forstørrede lymfeknuter og milt, men uten tegn til generell inflammasjon eller patologi for øvrig. Han brukte overraskende nok ikke mikroskopet i sine undersøkelser. 10. januar la den da 34 år gamle Hodgkin fram sine resultater for "The Medical and Surgical Society" i London. Rettere sagt: Siden han ikke var medlem (bare leger av såkalt rett bakgrunn kunne delta), leste en sekretær opp artikkelen for åtte tilhørere. Senere histopatologisk gransking av preparatene har avslørt at bare 4 av 7 tilfeller var lymfom, resten var syfilis eller tuberkulose.

Artikkelen ble glemt helt til en nobel doktor som het Samuel Wilks, i 1856 publiserte en artikkel om det som senere ble kalt amyloidose. Han beskrev da noen av Hodgkins tidligere pasienter og kom i den forbindelse over Hodgkins artikkel fra 1832. Wilks publiserte så en oppdatert artikkel i 1865, og da brukte han for første gang uttrykket "Hodgkins sykdom". Dermed ble vår helt eponymisk udødeliggjort.

Hodgkin passet nok ikke helt inn i engelsk academia i sin samtid. Han var hele livet opptatt av de svake i samfunnet. Han kritiserte kolonister som undertrykte urbefolkningsgrupper og var spesielt opptatt av indianerne. I 1837 sluttet Hodgkin på Guys da han på tross av en imponerende forsknings- og arbeidsbakgrunn ikke fikk en ledende legestilling ved hospitalet. En av grunnene til dette var at sjefen, dr. Benjamin Harrison jr, var styremedlem i Hudson's Bay Company. Dette firmaet ga alkohol og våpen til indianerne i Nord-Amerika i bytte mot pels. Dermed endte en strålende akademisk karriere for Hodgkin, og Guys mistet en av sine beste menn.

Hodgkin fortsatte arbeidet med støtte fra andre. Han studerte lingvistik, etnologi og antropologi. Han var opptatt av forebyggende helsearbeid og kom med krav om sosiale reformer for fattige. Blant annet arbeidet han for bedre vilkår for gravide arbeidere i industrialiseringa, ga gratis legehjelp til fattige, advarte mot tobakk (140 år før andre) og anbefalte fysisk aktivitet og utdanning for alle. Antagelig har han publisert flere artikler om forebyggende medisin enn om patologi.

I sitt virke reiste han mye, og han kom også til å ende sitt liv utenlands. I 1866 var han på reise i Israel med Montefiore som var finansmann og filantropist. Hodgkins døde av dysenteri og ble begravet i Jaffa. På hans gravstein kan man lese: "Humani nihil a se alienum putabat".

Litteratur:

1. Hodgkin T. *On some morbid appearances of the absorbent glands and spleen*. London: *Med.-Chir. Trans.* 1832; 17: 68–114.
2. Rosenfeld L. *Thomas Hodgkin: Social Activist*. *Annals of Diagnostic Pathology* 2000; 4, No2: 124–133.
3. Stone MJ. *Thomas Hodgkin: medical immortal and uncompromising idealist*. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2005; 18(4): 365–375.

Hodgkin lymfom

- 1666** Malpighi regnes som den første som beskriver Hodgkin lymfom i hans artikkel *De viscerum structura exercitatio anatomica*
- 1832** Thomas Hodgkin publiserer *On Some Morbid Appearances of the Absorbent Glands and spleen*
- 1856** Samuel Wilks publiserer *Cases of Lardaceous Disease and Some Allied Affections with Remarks*.
- 1865** Wilks kommer med oppdatert artikkel, denne gang gir han æren til rett person og kaller tilstanden Hodgkins sykdom.
- 1872** Langhans publiserer histopatologisk beskrivelse
- 1894** Osler's textbook of Medicine beskriver for første gang kjemoterapi som behandling (arsenikkholdig blanding).
- 1898** Carl Sternberg beskriver gigantcellene, som nå kalles Reed-Sternberg-celler
- 1902** Dorothy Reed beskriver gigantcelle uavhengig av kjennskap til Sternberg
- 1932** Chevalier og Bernard anbefaler palliativ strålebehandling
- 1943** Sennepegassderivat første gang forøkt på pasienter på Yale
- 1945** Gilbert og Craft øker 5-års overlevelsen til 25-35 % med strålebehandling
- 1963** Scott publiserer data på klorambucil
- 1963** MOMP (cyklofosamid, vinkristin, metotreksat, prednisolon): første kombinasjonsregime
- 1963** Eason og Russell publiserer "The Cure of Hodgkin's Disease", man går nå bort fra tanken om at Hodgkin lymfom er uhelbredelig
- 1968** Adriamycin introdusert
- 1973** ABVD introdusert
- 1987** Weiss påviser EB-virus i Hodgkinvev
- 1992** BEACOPP introdusert av den tyske Hodgkingruppa
- 2001** WHO-klassifikasjonen foretrekker å benevne tilstanden som lymfom framfor sykdom

Kilde www.HodgkinsHistory.com

Fem på gangen

Vi har spurt utvalgte kollegaer om hva de leser, og om de har bokanbefalinger til Onkonytts lesere.



Sindre Molvær

Konstituert overlege, Haukeland universitetssykehus

Den siste boken jeg leste var Neil Gaimans "The Graveyard Book". Den handler om Nobody Owens, en gutt som når hele hans familie myrdes, tilfeldig havner på en gravplass der han adopteres av Mr og Mrs Owens. De fikk ikke noen barn mens de ennå var i live, og griper sjansen når Nobody kryper forbi deres grav. I boken beskrives guttens oppvekst på gravplassen og etter

hvert jakten på mannen som drepte hans familie. Det er ikke den beste boken jeg har lest av Neil Gaiman. Jeg vil anbefale "American Gods", "Anansi Boys" eller "Stardust" om en vil prøve seg på bøker av denne forfatteren. Se etter i paperback-hyllen neste gang du haster gjennom en flyplass, de siste bøkene jeg har kjøpt har alle vært kjøpt på en flyplass og nesten alle av Neil Gaiman.

Hvilken bok vil du anbefale Onkonytts lesere? Dette er et vanskelig spørsmål å besvare. Neil Gaiman har skrevet mange fine bøker, Jonathan Safran Foers "Ekstremt høyt og utrolig nært" er veldig bra, men om jeg må velge en bok blir det JRR Tolkiens "Ringenes herre". Jeg har lest denne boken mange ganger og hver gang med fryd. Nylig kom en ny oversettelse av boken på nynorsk, "Ringdrotten". Oversetteren har her brukt gamle norske dialekter for å skille de forskjellige folkeslagene språklig. Denne har jeg ikke rukket å lese ennå, men den ligger klar på nattbordet, og jeg gleder meg!



Helge Stenvold

Stipendiat, Universitetet i Tromsø. Snart spesialist i onkologi

Jeg har ikke lest bøker siden påska, og da var det påskekrim med Jo Nesbøs "Rødstrupe". Svært fornøyd med den.

Som anbefaling holder jeg meg i Norge. "Juvikfolke" av Olav Duun er vel egentlig seks bøker. En romanserie fra et bygdesamfunn gjennom flere generasjoner. Tar opp livets store spørsmål, ført i et fantastisk språk og iblandet humor og ironi. Bøkene er i seg sjøl et argument for at man må lese nynorsk på skolen!



Unn-Miriam Kasti

Overlege, Senter for kreftbehandling, Kristiansand

Den siste boken jeg leste heter "Før jeg brenner ned" av Gaute Heivoll. Spennende, tragisk og dramatisk.

Jeg anbefaler å lese "De fortapte spillemenn" av den færøyske forfatteren William Heinesen. Opprinnelig skrevet på dansk i 1950, da det ikke var tillatt å skrive på færøysk den gangen.

Boken må beskrives som en blanding av drama, tragedie, komedie, fabel og familiesaga, og handlingen er lagt til Torshavn i tiden like før 1. verdenskrig. Vi møter vindharpebyggeren og klokkeren Kornelius Isaksen og sønnene hans Moritz, Sirius og Vesle-Kornelius, samt magister (og mislykket teolog) Mortensen. Boken handler om livet, døden, det gode og det onde, om musikk og beruselse. Disse fire karakterene er på ingen måte en del av det gode borgerskap, og blir forsøkt "tatt knekken" på av avholdslaget Ydun ledet av en religiøs fanatiker ved navn Ankersen. Vi møter musikerne og deres venner og fiender i alle livets hendelser, i bryllup, begravelser, i kampen for å utrydde samfunnets laster og ikke minst i kjærligheten til livet og til musikk. Det er vanskelig å gjengi hele romanens innhold, den må oppleves. Det er nok også en bok som gjerne kan leses flere ganger. Språket er lett og flytende, tematisk bygd opp som et musikkverk i 4 satser. Anbefales, jeg skal selv lese den en gang til under en parasoll i sommer. God lesning!



Marthe Ø. Mohn

LIS, Avdeling for kreftbehandling, Ullevål

Marthe var naturlig å intervju da hun kom fornøyd fra salg med en bærepose nye bøker.

Nå leser jeg "Barnepiken" av Kathryn Stockett. Historien blir fortalt gjennom flere karakterers øyne og handler om raseskillet i sørstatene i USA på 60-tallet. Den er skrevet på en levende og samtidig nøktern måte som gjør den både underholdende og troverdig.

Jeg vil gjerne anbefale "Mengele Zoo" av Gert Nygårdshaug. Boken forteller en utrolig fascinerende historie om sommerfuglleggeren Mino som vokser opp i regnskogen i Sør-Amerika. Vi følger hans iherdige kamp mot ressursutvinningsen og påfølgende utrydding av regnskogen. Skildringene av både personene og handlingene er fantastiske. En god blanding av følelser og spenning, og en bok det ikke er lett å legge fra seg!



Odd Terje Brustugun

overlege, fagansvarlig for lungekreft OUS

Jeg leste sist "Mornings in Jenin" av Susan Abulhawa. Den anbefales, den var svært leseverdige og var sterk lesning. Boka følger en palestinsk familie gjennom flere slektsledd, fra før 1948 og opprettelsen av den israelske staten, gjennom kriger og konflikter og fram til våre dager. Med storpolitikk som interessant bakteppe gir den innblikk i livene til flyktingene i eget land

og er en spennende og uvant vinkling til hva som har opptatt - og opprørt - det palestinske folk i denne dramatiske perioden.

Nytt om navn

Meysan Hurmuzlu forsvarte avhandlingen:

“Multimodal treatment of esophageal cancer. Outcome and toxicity of dose escalation of chemoradiotherapy”

for graden PhD ved Universitetet i Bergen 26. mai 2011



I Norge er det knapt 200 nye tilfeller av spiserørkreft hvert år. Prognosen er generelt alvorlig, selv uten spredning ved diagnose. Spiserørkreft er assosiert med røyking, alkoholbruk og overvekt. Effekten av høy dose cellegift og strålebehandling ble studert hos pasienter behandlet ved Haukeland Universitetssykehus for spiserørkreft uten fjernspredning. Overlevelse, bivirkninger av strålebehandling, operasjonskomplikasjoner og livskvalitet etter behandlingen ble undersøkt i tre pasientgrupper. Den ene gruppen fikk høy dose cellegift-strålebehandling før operasjon, den andre fikk høy dose

cellegift-strålebehandling uten operasjon, den tredje gruppen fikk ingen behandling før operasjon.

Hos pasienter som ble operert etter cellegift-strålebehandling var det ikke tegn til levende svulstvev hos 32 %. Det var færre lokale tilbakefall av svulsten i spiserøret, og det var heller ikke økt mengde komplikasjoner etter operasjon hos de som fikk cellegift-strålebehandling.

Pasienter som responderte på cellegift-strålebehandling hadde bedre overlevelse, men det var ikke signifikant økt overlevelse i hele gruppen som fikk cellegift-strålebehandling. Pasienter som fikk cellegift-strålebehandling hadde redusert livskvalitet etter behandling sammenlignet med de som ikke hadde cellegift-strålebehandling før operasjonen. Livskvaliteten etter operasjon uten cellegift-strålebehandling var omlag som i generell norsk populasjon. I følge avhandlingen bør man ikke bruke høy dose cellegift-strålebehandling utenfor kliniske studier for denne pasientgruppen. Fokus bør heller være å finne midler eller metoder som kan forutsi hvilke pasienter som ikke kommer til å respondere på cellegift-strålebehandling, slik at disse pasientene slipper å få unødvendig behandling.

Meysan Hurmuzlu er spesialist i onkologi og arbeider nå ved Palliativ team ved Haukeland. Hun kan nås på e-post: mhur@helse-bergen.no

Kristin Valborg Reinertsen forsvarte avhandlingen:

“Long-term effects after treatment for breast cancer stage II/III: A clinical study combined with translational research”

for graden PhD ved universitetet i Oslo 27. mai 2011



Lege og forsker, Kristin Valborg Reinertsen, og medarbeidere har funnet at kvinner behandlet for brystkreft har tre ganger så høy forekomst av lavt stoffskifte (hypothyreose) som jevngamle kvinner uten tidligere krefthistorie. Dette skyldes økt utvikling av lavt stoffskifte etter brystkreftbehandlingen, og det er sterke holdepunkter for at strålebehandling mot nedre del av halsen bidrar til denne økningen.

Forskerne viser også at omtrent 30% opplever kronisk fatigue og 25% vedvarende fatigue plager opptil 10 år etter brystkreftbehandlingen. Psykiske problemer, fedme og ubehag i det brystkreftbehandlede området var forbundet med vedvarende fatigue plager. Det er også mulig at kronisk betennelse kan bidra til fatigue etter brystkreft. Diagnostisert hypothyreose og enkelt-base endringer i utvalgte betennelsesrelaterte gener var imidlertid ikke forbundet med fatigue.

Studien omfatter 403 kvinner uten tilbakefall, og undergrupper av disse, behandlet for brystkreft med spredning til lymfeknuter i armhulen i perioden 1998-2002 med cellegift og/eller hormonbehandling og strålebehandling mot bryst/brystvegg, armhule og nedre del av hals. Kvinnene svarte på spørreskjemaer og fikk tatt blodprøver i en studie av langtidsvirkninger etter brystkreftbehandlingen gjennomført 2-10 år etter kreftdiagnosen.

Basert på studiens resultater anbefales nå årlig kontroll av stoffskiftet hos kvinner som har gjennomgått strålebehandling mot nedre del av hals. Om reduksjon av psykiske problemer, fedme og ubehag i det brystkreftbehandlede område også vil redusere fatigue blir viktig å studere i fremtidige studier. Videre bør et større utvalg av enkelt-base endringer i betennelsesrelaterte gener undersøkes for å klargjøre betydningen av slike enkelt-base endringer for utvikling av fatigue.

Kristin Valborg Reinertsen arbeider nå 80% som onkolog med brystkreft ved Avdeling for Kreftbehandling, Ullevål sykehus og 20% med forskning ved Nasjonalt kompetansesenter for seneffekter etter kreftbehandling og Seksjon for genetik. Hun kan nås på e-post: kvr@ous-hf.no

Nye pensjonister

Gun Anker, overlege ved Haukeland universitetssykehus, går av med pensjon i august. Hun er opprinnelig fra Åland, men kom til Norge i 1987 og har siden vært ansatt ved Haukeland, med brystkreft som klinisk og vitenskapelig hovedvirke. Hun flytter i sommer med familien til Stockholm og kommer til å tilbringe mye tid med barnebarna og på landstedet i nydelige Åland.

Elly Solberg, overlege ved kreft-avdelingen på Universitetssykehuset Nord-Norge, har gått av med pensjon. Hun sa i sin avskjedstale at pasientene har gitt henne svært mye, blant annet energi til et langt og innholdsrikt yrkesliv. Hun planlegger nå å lese Dostojevskij.

Vi ønsker dere alt godt!

Nye spesialister i onkologi

Björg Yksnøy Aksnessæther
Hanne Skjerven Bersvendsen
Hanne Mari Hamre
Magnar J. Johansen
Mette Sprauten
Martin Turzer
Liv Hege Aksnes
Inga Maria Albertsson, overført fra Sverige
Hlynur Níels Grímsson, overført fra Sverige
Israr Hussain
Trond Aagedal

Gratulerer!

Nytt om navn

Vilde Drageset Haakensen forsvarte avhandlingen:

“Biology of the normal breast: Relation to mammographic density and risk of breast cancer”

for graden PhD ved universitetet i Oslo 26. mai 2011



Brystkreft er en vanlig sykdom og rammer så mange som 1 av 10 norske kvinner i løpet av livet. Tidlig diagnostikk av sykdommen før den sprer seg er viktig for å bedre overlevelse. Sykdommen er hormonfølsom og kvinnens hormonelle historie påvirker også hennes risiko. Økt kunnskap om biologien i friske bryst kan hjelpe oss til å forstå hva som går galt når kreft utvikles. Det er også nødvendig for å finne bedre metoder til å identifisere de

kvinnene som har høyest risiko for å utvikle kreft slik at vi kan gi råd om forebygging og oppdage sykdommen tidligere.

Vi har studert biologien bak noen av de viktigste risikofaktorene for brystkreft: Mammografisk tetthet og østrogen-nivåer i blodet og identifisert gener som har betydning for disse risikofaktorene. Dette bidrar til økt forståelse av hvorfor disse faktorene påvirker risikoen for å utvikle brystkreft.

Vi har tatt vevsprøver fra brystene til friske kvinner og funnet at det er en liten gruppe som har svært ulik biologi i brystet sammenlignet med de andre. Ut fra familiehistorie og hormonell historie kan vi anta at disse har økt risiko for å utvikle brystkreft. Biologien i disse brystene ligner på biologien i en undergruppe hissig brystkreft. Vi vil følge disse kvinnene videre for å se hvem som utvikler brystkreft. Først da kan vi bedre å identifisere kvinner med ekstra høy risiko og kanskje forutsi hvilken type brystkreft kvinnene eventuelt utvikler.

Mammografisk tetthet vises som hvite områder på mammogrammer og kvinner som har høyt mammografisk tetthet har 4-6 ganger økt risiko for å utvikle brystkreft. Kvinner med mye østrogen etter overgangsalderen gir økt celledeling brystene og dermed har økt risiko for brystkreft. Vi har funnet gener som har sammenheng med disse risikofaktorene. Når de identifiserte genene ikke fungerer som normalt kan de bidra til kreftutvikling.

Vilde D Haakensen arbeider nå som lege i spesialisering på OUS, Radiumhospitalet. Hun kan nås på e-post: vilde.drageset.haakensen@rr-research.no

Annonse

Annonse

7th World Research Congress of the EAPC arrangeres i Trondheim

7. - 9. juni, 2012

Frist for abstractinnsending oktober 2011

European Association for Palliative Care (EAPC) arrangerer annethvert år en internasjonal forskningskongress med fokus på lindrende behandling.

Fra 7. til 9. juni i 2012 blir denne arrangert i Trondheim i samarbeid med Avdeling for palliasjon ved St. Olavs Hospital og det palliative forskningsmiljøet ved Det medisinske fakultet, NTNU. Kongressen samler leger, sykepleiere, ernæringsfysiologer, fysioterapeuter, sosionomer, prester og andre innen helsevesenet som arbeider med pasienter i palliativ fase av sin sykdom. Tradisjonelt har mye av aktiviteten innen faget vært sentrert rundt kreftsykdom, noe som har gjort onkologer til en stor og viktig deltakergruppe.

En stor del av det vitenskapelige programmet baseres på innsendte abstracts. Vi håper derfor at så mange som mulig sender inn abstracts for å kunne presentere egne forskningsresultater i Trondheim neste år. Populære abstractkategorier er smerte, dyspné, kakeksi, fatigue, behandlingsprinsipper, psykologi og kommunikasjon, etikk, palliasjon hos eldre og organisering av det palliative tilbudet. **Frist for abstractinnsending er 15. oktober 2011**, og de kan sendes inn allerede fra 1. september.



Professor Stein Kaasa, klinikkssjef ved Kreftklinikken i Trondheim og leder av det palliative forskningsmiljøet ved NTNU og EAPCs forskningsnettverk, har vært pådriver for å arrangere kongressen i Trondheim.

- Dette er en unik mulighet til å møte verdensledende forskere innenfor fagfeltet palliasjon, og samtidig til å presentere egne resultater, sier Kaasa. Han presiserer at kongressen er tverrfaglig.
- Ulike profesjoner som jobber med lindrende behandling vil ha utbytte av det samlingspunktet som kongressen er, og av utvekslingen av kunnskap på tvers av medisinske disipliner.

www.eapcnet.eu/research2012

Kontaktinfo, vitenskapelig komité og sekretariat:

Ragnhild Green Helgås

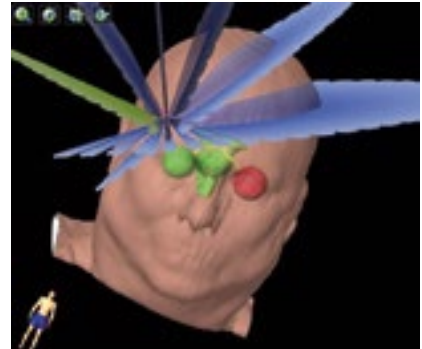
Mob: 911 00 971

Mail: ragnhild.g.helgas@ntnu.no

HUSK Onkologisk Forum
17. - 18. november ved
Holmenkollen Park Hotel Rica Oslo

Velkommen til Norsk møte om stereotaktisk strålekirurgi og strålebehandling

Fredag 28. oktober 2011



Fredag 28. oktober 2011 arrangeres Norsk møte om stereotaktisk strålekirurgi og strålebehandling ved Oslo universitetssykehus – Radiumhospitalet. Programmet er satt sammen av Odd Terje Brustugun, Åslaug Helland og fysikerne Einar Waldeland og Eirik Malinen.

Alle onkologer, nevrokirurger, medisinske fysikere, stråleterapeuter og andre med interesse innen området inviteres, og programkomiteen håper så mange som mulig har mulighet til å delta!

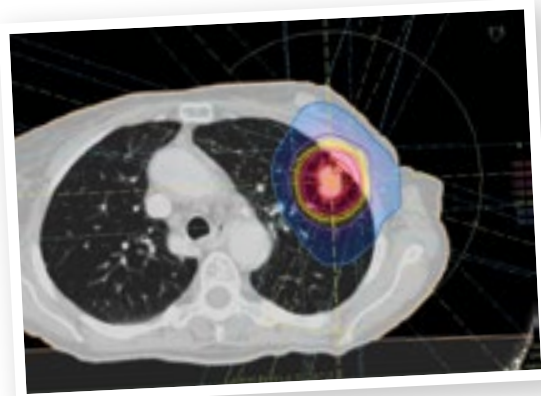
Møtet vil omhandle intrakranial strålekirurgi med Gammakniv og lineærakselerator, og ekstrakranial stereotaktisk strålebehandling. Morten Høyer fra Aarhus Universitetssykehus er spesielt invitert for å snakke om kliniske erfaringer med stereotaktisk strålebehandling av lunge- og levertumorer, og i tillegg bidrar fagpersoner fra Bergen, Trondheim og Oslo. Det blir også mulighet for samtale om aktuelle pasientgrupper for stereotaktisk behandling og disiplinærinn delt samtale.

Møtet holdes ved Radiumhospitalet, fredag 28. oktober kl 10.00 – 16.15, med påfølgende middag kl 18.00. Ingen møteavgift.

Påmelding til einar.waldeland@ous-hf.no innen 21. oktober 2011 (spesifiser om du ønsker å delta på middagen kl 1800).

Utdrag fra programmet

- **Kliniske erfaringer med stereotaktisk strålebehandling af lunge- og levertumorer**
Morten Høyer, Associate professor, PhD, Aarhus University Hospital
- **Oppstarten av X-knife på Radiumhospitalet**
Kjell Tverå, medisinsk fysiker emeritus, Radiumhospitalet
- **Gammakniven i Bergen**
Representant (nevrokirurg) fra Haukeland Universitetssykehus
- **Stereotaktisk strålekirurgi med linac**
Einar Waldeland, medisinsk fysiker, Radiumhospitalet
- **Columnastereotaksi – Tidseffektiv stereotaksi**
Odd Terje Brustugun, overlege, Radiumhospitalet
- **SPACE-studien på St.Olav**
Jo-Åsmund Lund, overlege, St.Olavs Hospital
- **Viktigheten av gode doseberegningssalgoritmer for lungebehandling**
Nina Levin, medisinsk fysiker, St.Olavs Hospital
- **Oppstart av lungestereotaksi på Haukeland**
Tone Nybø, medisinsk fysiker, Haukeland Universitetssykehus



Annonse