
Lungekreft

REDAKSJONELT

STEIN SUNDSTRØM

Kreftavdelingen
Regionsykehuset i Trondheim
7006 Trondheim

ULF AASEBØ

Lungeseksjonen
Medisinsk avdeling

ROY BREMNES

Stein Sundstrøm (f. 1952) er spesialist i onkologi og nåværende leder av NLCG.

Ulf Aasebø (f. 1948) er spesialist og professor i lungemedisin, tidligere leder av NLCG.

Roy Bremnes (f. 1958) er spesialist og professor i onkologi, pt forsker ved University of Colorado Health Science Centre, USA.

Regionsykehuset i Tromsø
9038 Tromsø
Kreftavdelingen

På verdensbasis er lungekreft den hyppigste årsak til kreftdød. I USA, hvor denne sykdommen tar flere liv enn brystkreft, prostatakreft, tykk- og endetarmskreft til sammen, utgjør død av lungekreft 29 % av alle kreftdødsfall. Dette til tross for at lungekreft i dag er den 4. mest vanlige krefttype i den vestlige verden, inklusive Norge. I Norge diagnostiserer man årlig ca. 2 000 nye lungekrefttilfeller. Knappt 10 % av disse pasientene vil være i live fem år etter diagnosen. Mens prognosen for andre store kreftsykdommer som brystkreft, tykktarm- og endetarmskreft er bedret betydelig de siste 40 år, er prognosen for lungekreft nærmest uendret.

Mens insidensen blant menn er i ferd med å flate ut, er den raskt økende hos kvinner, med en fordobling av antall lungekrefttilfeller de siste 20 år. Spesielt urovekkende er det at man ser en sterk økning hos kvinner i aldersgruppen

40 – 55 år. I år 2000 vil insidensen for menn være ca. 40/100 000 og for kvinner ca. 20/100 000. Trenden i insidensutvikling vil fortsette frem mot år 2020 da man forventer at endring i røykevaner vil medføre en nedgang i antall tilfeller av lungekreft. Siden ni av ti lungekrefttilfeller relateres til sigarettøyking, vil en reduksjon i andel dagligrøykere ha stor betydning. Røykere vil i betydelig grad kunne redusere sin risiko for utvikling av lungekreft ved røykestopp, men risikoen vil likevel ikke reduseres til samme nivå som for en aldri røyker. Lungekreft risikoen er fortsatt høy blant tidligere storrøykere de første årene etter røykestopp. I USA hvor man har opplevd en kraftig nedgang i antall dagligrøykere, inntreffer de fleste lungekrefttilfeller i dag blant tidligere røykere.

Utredning og behandling av lungekreft har de siste 20 år vært mer preget av nihilisme enn av optimisme. I dag er det beklageligvis en betydelig forsinkelse i utredning og behandling av lungekreft. I USA er den gjennomsnittlige tid fra presentasjon hos primærlege til behandling 100 dager (1). Det er ingen grunn til å tro at situasjonen er noe bedre i Norge. Denne tidsperioden kan utgjøre forskjellen på liv og død for pasienten. Tidlig diagnostikk og tidlig behandling er den viktigste prognostiske parameter ved lungekreft.

Norsk lungecancergruppe (NLCCG) ble startet tidlig i 1980-årene som en interessegruppe for lungeleger, thoraxkirurger og onkologer med representasjon fra hver helseregion. Norsk forening for lungemedisin er representert. Senere er gruppen supplert med representant fra Kreftregisteret, Tobakksskaderådet og flere medlemmer fra sentralsykehus i alle helseregioner. Formålet for Norsk lungecancergruppe er å drive bevisstgjøring omkring de skadelige virkninger av røyking, og arbeide for bedret diagnostikk og behandling av lungekreft. En viktig del av gruppens funksjon er å initiere klinisk forskning. Gruppen har de senere år gjennomført flere fase 2- og fase 3-studier som er under forberedelse til eller innsendt til vurdering for publikasjon. Dessuten er gruppen for tiden engasjert i fire fase 3-studier. Gruppen er også aktiv i forhold til å initiere og delta i nordiske protokoller innen behandling av lungekreft.

Norsk lungecancergruppes handlingsprogram for lungekreft er vedlagt dette nummer av Tidsskriftet. Vi håper at handlingsprogrammet vil være til nytte for så vel allmennpraktikere som legespesialister, medisinstudenter og andre interesserte og at heftet vil øke interessen for og kunnskapen om lungekreft, og derigjennom bedre vårt totale behandlingstilbud til denne gruppen pasienter.

Dagens dårlige overlevelse ved lungekreft bør stimulere til økt oppmerksomhet og satsing innen primærprofylakse (forebygge røykestart, bidra til røykestopp) og initiere til forskning innen tidlig diagnostikk av nåværende og tidligere storrøykere. Screening for lungekreft med lungerøntgen og cytologi av ekspektorat var utprøvd i flere store randomiserte undersøkelser i 1970- og 1980-årene (2). Siden man ikke fant noen redusert lungekreftdødelighet, ble screening for lungekreft frarådet. Dette til tross for at studiene ble kritisert på grunn av metodologiske problemer. Nyere publikasjoner har imidlertid fornyet interessen for tidlig diagnostikk og screening (3). Flere forskningsgrupper har vist at lungekreft kan påvises på et tidlig operabelt stadium (<85 % stadium 1) ved hjelp av en 20 sekunders lavdose spiral-CT-screening hos en høyrisiko

kohortpopulasjon. Prevalenstill og deteksjonsrate tilsvarer dem som er presentert fra mammografiscreening (4). Studiene er imidlertid ikke randomisert. I USA markedsføres nå tidlig diagnostikk av lungekreft på det private markedet i en slik grad at de der neppe har mulighet til å få gjennomført noen kontrollert undersøkelse. En stor randomisert europeisk studie er under planlegging. I Norge blir det nå også tatt initiativ for å vurdere muligheten for en kontrollert screeningstudie. Det er viktig å få gjort dette kontrollert før en eventuell villscreening finner sin plass i Norge. Imidlertid, uansett fremskritt i behandling og tidlig diagnostikk, vil det primærforebyggende arbeid være det langt viktigste og mest effektive våpen i kampen mot lungekreft. I dette nummer av Tidsskriftet presenteres et m

ateriale av lungekreftpasienter behandlet ved Nordland Sentralsykehus i perioden 1987 – 92 med fem års oppfølging (5). Forfatteren har gjort en fortjenestefull retrospektiv gjennomgang av eget materiale og sett på totaloverlevelsen for hele gruppen relatert til behandling og røykevaner. Materialet føyer seg pent inn med resultater som er sammenliknbare nasjonalt og internasjonalt. 10 % femårsoverlevelse for hele gruppen samlet, og < 10 % av pasientpopulasjonen tilhørende gruppen aldrirøykere. Operable pasienter utgjorde 28 % av pasientgruppen, de resterende med lokalavansert sykdom eller fjernmetastaser. 50 % av pasientene i stadium 1 overlevde fem år. Det vil med andre ord si at halvparten av pasientene med god prognose og radikal kirurgi likevel dør innen fem år. Mikroskopisk ikke-detekterbar sykdom i utgangspunktet som senere gir metastatisk residiv, utvikling av en ny lungekreft hos predisponerte individer (røykere eller tidligere røykere) eller komorbiditet er de viktigste årsaksforklaringer. Hvorvidt en sentralisering av lungetumorkirurgien vil bedre resultatene er uavklart. Internasjonale anbefalinger for kirurgi av avanserte kreftsvulster generelt peker på en sentralisering. Trolig bør dette også bli retningsgivende for lungetumorkirurgien i Norge.

LITTERATUR

1. Billing JS, Weiss FC. Delays in the diagnosis and surgical treatment of lung cancer. *Thorax* 1996; 51: 903 – 6.
2. Boucot KR, Weiss WW. Is curable lung cancer detected by semiannual screening? *JAMA* 1973; 224: 1361 – 5.
3. Henscke CI, McCauley DI, Yankelevitz DF, Naidich DP, McGuinness G, Miettinen OS et al. Early lung cancer action project: overall design and findings from baseline screening. *Lancet* 1999; 354: 99 – 105.
4. Wang H, Hofvind SS-H, Thoresen SØ. Prøveprosjekt med mammografiresultater fra første undersøkelsesrunde *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3237 – 40.
5. Alexandersen O. Lungekreft *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 407 – 9.

Publisert: 10. februar 2001. *Tidsskr Nor Legeforen*.

