



## Kommentar

Debattinnlegg på inntil 800 ord sendes inn via [www.manusnett.no](http://www.manusnett.no)

# Lungekreft – mer aktuelt enn noen gang

Optimal utredning, korrekt behandling og nye behandlingsstrategier kan gi bedre resultater ved lungekreft. Oppdaterte faglige retningslinjer er nødvendig.

Lungekreft er i all hovedsak en selvpåført sykdom. Nær 90 % av alle lungekrefttilfeller skyldes sigarettøyking. Risikoen øker med antall daglige sigaretter og antall røykeår. Lungekreft utgjør så mye som 10 % av alle nye årlige krefttilfeller, og i 2004 fikk 1 350 menn og 897 kvinner diagnosen (1). Mens forekomsten blant menn har vært nærmest stabil de siste ti årene, har antall nye tilfeller blant kvinner økt med hele 50 % mellom 1995 og 2004, og økningen i lungekrefthyppighet hos kvinner viser ingen klare tegn til avflating eller stagnering. Dette er urovekkende, spesielt ettersom kvinner synes å ha større risiko og utvikler sykdommen tidligere enn menn om de kopierer deres røykevaner. Det er nå flere kvinner enn menn som dør av lungekreft før fylte 50 år.

Dødeligheten av lungekreft er fortsatt rundt 90 %, og årlig tar lungekreft ca. 2 000 liv. Dette utgjør nær 20 % av alle kreftdødsfall, nesten like mange som brystkreft, prostatakreft og tykktarmskreft til sammen. Epidemiologisk gjenspeiler økningen i lungekrefthyppighet og lungekreftrelatert død endringer i befolkningens røykeatferd ca. 20 år tidligere. Over tid vil den gradvise reduksjonen i antall dagligrøykere medføre færre nye lungekrefttilfeller og mindre annen røykerelatert død. Effekten på forekomsten av hjerte- og karsykdommer vil også være svært stor.

I mellomtiden må røykere med nyoppståtte luftveissymptomer tas på alvor. Det er viktig at utredningen ved mistanke om lungekreft er optimal, at utredningen gjøres innen aksepterte tidsrammer og at behandlingen gjennomføres i tråd med nasjonale retnings-

linjer. Norsk lungekreftgruppe (NLCG) utga den første veilederen for diagnostikk, behandling og oppfølging av lungekreft i 2001. Veilederen ble sendt ut som vedlegg til Tidsskriftet og gjort tilgjengelig elektronisk på Internett. Veilederen foreligger allerede i ny versjon, men kun elektronisk (2). Endringer i behandlingen av lungekreft skjer raskere i dag enn bare for noen få år siden, noe som innebærer behov for å oppdatere og revidere veilederen regelmessig. Dette skjer best ved at revidert veileder kun er tilgjengelig elektronisk på Internett. På den angitte nettadressen (2) er veilederen tilgjengelig både i kort- og normalversjon. Kortversjonen egner seg for utskrift til frakkelommen, mens normalversjonen benyttes i forhold til mer spesielle problemstillinger.

For å kunne foreta riktige behandlingsvalg er det avgjørende at utredningen er optimal. Skal pasienten opereres? Hvis ikke, er stråleterapi eller kjemoterapi aktuelt? Tidligere artikler i Tidsskriftet har omtalt operasjonsfrekvensen ved ikke-småcellet lungekreft, som i Norge er svært lav (3, 4), noe som kan være relatert til inadekvat utredning. Hensikten med den omtalte veilederen er å heve kunnskapsnivået med tanke på mer optimal utredning, riktige behandling og bedre behandlingsresultater.

I løpet av de siste årene har det kommet en økende mengde dokumentasjon på verdien av adjuvant cellegiftbehandling til pasienter med ikke-småcellet lungekreft i postoperativt (patologisk) stadium IB-IIIa (5–8). Den postoperative behandlingen bidrar gjennomsnittlig til nærmere 10 % økning i femårsoverlevelsen.

Pasienter under 70 år som postoperativt viser seg å ha ikke-småcellet lungekreft i disse stadier, skal i dag rutinemessig tilbys fire kurer cisplatinbasert adjuvant kjemoterapi. Ytterligere informasjon om dette finnes i veilederen (2). Overlevelsen ved lungekreft kan og bør bli

bedre, og veilederen kan være et verktøy for å nå dette målet.

### Roy M. Bremnes

*roy.bremnes@unn.no*  
Kreftavdelingen  
Universitetssykehuset Nord-Norge

### Christian von Plessen

Lungeavdelingen  
Haukeland Universitetssykehus

### Stein Sundstrøm

Kreftavdelingen  
St. Olavs Hospital

*Manuskriptet ble godkjent 29.6. 2006.  
Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.*

### Litteratur

1. Kreftregisteret. [www.kreftregisteret.no](http://www.kreftregisteret.no) (29.6.2006).
2. Norsk Lunge Cancer Gruppe. Handlingsprogram. [www.onkologiskforum.org/lunge/handlingsplan.html](http://www.onkologiskforum.org/lunge/handlingsplan.html) (29.6.2006).
3. Rostad H, Naalsund A, Norstein J et al. Er behandling av lungekreft i Norge god nok? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2258–62.
4. Bremnes RM, Aasebø U. Lungekreft – en lavstatussykdom? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2257.
5. Arriagada R, Bergman B, Dunant A et al. Cisplatin-based adjuvant chemotherapy in patients with completely resected non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 2004; 350: 351–60.
6. Winton T, Livingston R, Johnson D et al. Vinorelbine plus cisplatin vs. observation in resected non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 2005; 352: 2589–97.
7. Strauss GM, Herndon J, Maddaus MA et al. Randomized clinical trial of adjuvant chemotherapy with paclitaxel and carboplatin following resection in stage IB non-small cell lung cancer (NSCLC). Proceedings Am Soc Clin Oncol 2004; 22: 7019.
8. Douillard J, Rosell R, Delena M et al. ANITA: Phase III adjuvant vinorelbine (N) and cisplatin (P) versus observation (OBS) in completely resected (stage I-III) non-small-cell lung cancer (NSCLC) patients (pts): Final results after 70-month median follow-up. Proceedings Am Soc Clin Oncol 2005; 23: 7013.