

Bilag til Kræftplan II

Bilag 9.1 I Hoved- og halskræft

Overlæge Christian Buchwald, Rigshospitalet

Hovedanbefalinger for Hoved- og Halscancer

Den komplicerede kirurgi, der anvendes i behandlingen af hoved- og halscancer anbefales yderligere centraliseret til 3-4 onkologiske centre. Det multidisciplinære samarbejde på de nævnte centre skal styrkes. En formaliseret superspecialisering af øre-, næse- og halskirurgi til hoved- og halscancerkirurgi skal etableres med oprettelse af 3-4 nye årlige uddannelsesstillinger .

- Dansk Selskab for Hoved- og Halsonkologi skal have mulighed for at accelerere udarbejdelse af de endnu manglende retningslinjer for de forskellige hoved- og halscancer, som skal sikres bliver fulgt på landets onkologiske centre samt på de øvrige funktionsbærende enheder i landet (med rapportering til DAHANCA-databasen, som snarest skal omdannes til en offentlig central web-baseret database).
- Der bør etableres en national videreuddannelse af øre -, næse- og halskirurger til hoved- og halscancerkirurger, der muliggør tidlig superspecialisering.
- Behandling af hoved- og halscancer skal foregå i et multidisciplinært samarbejde mellem superspecialiseret øre -, næse- og halskirurg, onkolog, anæstesiolog, plastikkirurg, tand- og kæbekirurg, billeddiagnostiker og patolog.
- Behandlingsstrategien for patienter med hoved- og halscancer skal fortsat fastlægges på en ugentlig multidisciplinær behandlingskonference.
- Operation for hoved- og halscancer bør udføres eller superviseres af en hoved- og halskirurg med mulighed for multidisciplinært samarbejde (plastikkirurg/tand- og kæbekirurg).
- Operationer for hoved- og halscancer bør udføres - eller ledes - af hoved- og halskirurg i samarbejde med kommende hoved- og halskirurg og anden hoved- og halskirurg. Herved kan en høj standard opnås og vedligeholdes.
- Den kirurgiske behandling bør grundet det relative begrænsede antal tilfælde af hovedhalscancer centraliseres yderligere til 3-4 centre hver med et befolkningsunderlag på minimum 1,5 millioner.
- Hvert hoved-halskirurgisk center skal have tilført og være ansvarlig for minimum en ny-normeret uddannelsesstilling.
- Hvert hoved- og halskirurgisk center bør have en hoved- og halskirurg i døgnberedskab.
- En hoved- og halskirurgisk enhed (samt de funktionsbærende øre-, næse- og halsenheder) bør have tilstrækkelig kapacitet til at sikre optimal diagnostik og tilstrækkelig operationskapacitet til at sikre overholdelse af de politisk fastsatte behandlingsgarantier, uden at dette medfører en forringelse eller forsinkelse af behandlingen af andre patientgrupper.

- Alle hoved- og halskirurgiske enheder er forpligtet til forskning herunder deltage i multidisciplinære projekter og basalforskning.
- På hver hoved- og halskirurgisk enhed bør der udregnes og etableres passende tidsrum for en overlæge- og sekretær til indberetning af data til DAHANCA's cancerdatabase, deltagelse i en løbende kvalitetskontrol og sikre forskningen.

Hoved- og Halscancer

Introduktion

Sygdomsforekomst

Hoved-hals cancer har igennem de senere år været stigende fra omkring ca. 600 nye årlige tilfælde i 1965 til ca. 1000 årlige nye tilfælde hvert år i 1998. Traditionelt omhandler det cancer i mundhule, svælg, strube, næse-bihule, spytkirtel, øre samt i skjoldbruskkirtlen (svarende til Cancerregisterets ICD-7 numre 141-148, 160-161, 194). De hyppigste former ses i mundhule, svælg og strube. Det planocellulære carcinom udgør hovedparten af tilfældene. En fælles ætiologi for disse tilstande er tobaksrygning og i mindre omfang alkoholmisbrug. Ved eksposition for begge ses en synergistisk effekt. Thyroideacancer – ca. 125 nye tilfælde årligt - adskiller sig herfra.

Sygdommen er karakteriseret ved at være lokal regional med sen fjernmetastasering. Behandlingen er derfor rettet mod den primære svulst og de regionale lymfeknuder. Behandlingen er typisk kirurgi eller strålebehandling evt. i kombination. Ved cancer i mundhule og i gland. thyroidea, er primær behandling kirurgi og tilsvarende er stråleterapi primær behandling ved cancer i svælg og strube. Kemoterapi gives som tilbud ved inoperable tilstande, hvor der typisk ikke er mulighed for kurativ kirurgi eller strålebehandling.

Prognosen er som helhed forbedret igennem de seneste årtier, men varierer betydeligt afhængig af lokalisation, histologi og udbredning. Ex. er 5 års sygdomsfri overlevelse for stemmebåndscancer > 90% og tilsvarende for hypopharynxcancer stadium IV < 10%. Prognosen ved mundhulecancer har igennem de seneste årtier ændret sig i positiv retning fra en 5 års sygdomsfri overlevelse på under 50% til nu over 60%. Tendensen igennem de seneste årtier har været en betydelig mere aktiv kirurgisk behandling.

Organisation

The Danish Head and Neck Cancer Study Group (DAHANCA) er en arbejdsgruppe stiftet i 1976 under Dansk Selskab for Hoved- og Halsoncologi (DSHHO). Gruppen har som selskabet en tværfaglig sammensætning med repræsentanter fra de fem onkologiske centre i Danmark (Rigshospitalet, KAS Herlev/Gentofte, Odense, Århus og Ålborg) omfattende såvel øre-, næse- og halskirurger, onkologer, plastikkirurger, tandlæger, patologer, eksperimentelle forskere, epidemiologer og anden ekspertstøtte. Behandlingen inkl. follow-up af hoved-halscancer koordineres af DAHANCA. Denne multidisciplinære gruppe er ansvarlig for vedligeholdelse af en klinisk forskningsdatabase til registrering af al hoved-halskræft og gennemførelse af kliniske nationale protokollerede studier. I samarbejde med DSHHO initierer og vedligeholder DAHANCA de foreliggende kliniske retningslinier for behandlingen (www.dahanca.dk og www.dshho.suite.dk). Der findes referenceprogram for behandling af orale planocellulære karcinomer, behandling af thyroideacancer og lymfeknudemeta-

staser på halsen fra primær ukendt tumor. Dansk Hoved- og Halskirurgisk Selskab er et videnskabeligt forum for hoved-halskirurger (øre-, næse- og halskirurger), hvor den kirurgiske behandling, strategi og forskning indenfor hoved-halskirurgi fremlægges til diskussion.

Oral cancer udgår den største gruppe (med ca. 310 nye årlige tilfælde) indenfor hoved- og halscancer, hvor kirurgi er det primære valg. Retningslinier for behandling af oral cancer, der hidtil havde varieret, blev endelig fastlagt i juni 2003.

(http://www.dshho.suite.dk/OralRefProg_24juni2003.pdf).

Cancer i hoved- og halsregionen i Danmark er således samlet under en aktiv og veletableret struktur, der har givet et solidt fundament for behandling, og som har påberåbt sig international anerkendelse.

Patientforløb

Forebyggelse

Ingen screening forefindes. Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse oplyser om at undgå rygning og større alkoholforbrug.

Udredning

Diagnostik og behandling er opbygget med en primærsektor (almen praksis/praktiserende øre-, næse- og halslæger), der fungerer som visitatorer. Landets funktionsbærende øre-, næse- og halsenheder foretager tillige primær diagnostik inkl. lokalisation og udbredelse af tumor. De fem hoved-halskirurgiske afdelinger allokerede til de onkologiske afdelinger modtager ligeledes patienter fra egne optageområder til udredning. Forsinkelser i forbindelse med billeddiagnostisk udredning (CT, MR, PET/CT og ultralyd) overstiger ofte de politisk udmeldte grænser ligesom ventetid på udredning i forbindelse med ambulante og indlagte forløb gør. Biopsiverificeret hoved- og halscancer henvises direkte til et af de onkologiske centre.

Her foretages der ved ugentlige fælleskonferencer mellem hoved- og halskirurg og onkolog en vurdering af patienten og en behandlingsstrategi fastlægges. Diagnostiske forløbspakker foreligger for de patienter der skal modtage primær strålebehandling, men ikke for patienter henvist til kirurgi, idet ventetid til yderligere udredning kan desværre være betydelig ligesom behovet kan variere fra tilfælde til tilfælde.

Operationskapaciteten på flere af de kirurgiske centre er for lille, hvorfor der eks. på Rigshospitalet i op til 25% af tilfældene ses ventetid på over 2 uger fra onkologkonference til operation (intern opgørelse).

I følgende afsnit fokuseres der alene på cancer i mundhulen (kindslimhinde, gingiva, hårde gane, forreste 2/3 af tunge og mundbund).

Behandling

Patienter med cancer i mundhule er ofte dårligt ernærede grundet livsstil ligesom smerter fra canceren kan gøre det vanskeligt for patienten at være i almen god tilstand inden operation. Ved onkologfælleskonferencen påbegyndes en monitorering af bl.a. vægten (se skemaer på: www.dahanca.dk). I udvalgte tilfælde opfordres patienten til at indtage supplerende proteindrikke o. lign. eller sondeer-næring påbegyndes. Patienten informeres her første gang om sygdommens natur (opfordres til ryge/alkoholstop), valg af behandling, behandlingsmorbidityen samt forventet prognose.

Retningslinjerne (http://www.dshho.suite.dk/OralRefProg_24juni2003.pdf) beskriver, at såfremt tumor og evt lymfeknudemetastaser bedømmes operable behandles kirurgisk på et af de fem øre-, næse- og kirurgiske centre eller for Region Syds vedkommende plastikkirurgisk afd., Odense Universitetshospital. Der foretages tillige operation på N0 hals i form af en profylaktisk halsdissektion. Hvis indiceret grundet uradikalitet eller inoperabilitet foretages der efterfølgende stråleterapi. Ved større primærtumorresektioner foretages der lapplastik (herunder brug af mikrolapper) ofte i et teamwork med plastikkirurger (Rigshospitalet, Odense og Århus). Dette samarbejde kan i perioder lide af manglende kapacitet medførende forsinkelser for patientbehandlingen.

Patienten udskrives med efterfølgende ambulant kontrol inklusive information om vævsprøvesvaret. Flere patologi-afdelinger på de fem centre har aktuelt problemer med at overholde ønskede 7 dages ventetid på histologisvar. Følgende kontrol (ca. 1-3 uger senere) foregår som en onkologisk fælleskonference, hvor der i henhold til retningslinjerne tages endelig stillingtagen til evt. supplerende stråleterapi. Den videre kontrol planlægges til at foregå på de onkologiske centre i Århus, Odense, KAS Gentofte/Herlev og Ålborg) i fem år. På Rigshospitalet har man på grund af ressourceknaphed valgt at følge de kirurgisk behandlede på øre-, næse- og halskirurgisk klinik i 2 år. De henvisende amter ønsker i stigende grad at overtage de ambulante kontroller. Der synes at være en stor risiko for fald i kvaliteten i opfølgningen inkl. registreringen i DAHANCA-skemaerne. Et andet eksempel på manglende overordnet styring, kan som eksempel nævnes, at Øre-, næse- og halskirurgisk klinik på Rigshospitalet ikke har fået yderligere ressourcer (kirurger inkl. videreuddannelse, operationstider/lejer, pleje/senge/ambulatoriedage) tilført til at varetage den øgede mængde kirurgi samt opfølgning af denne.

På de bedste internationale centre foregår efterkontrollen af det samme team, der planlægger og behandler patienterne. Det er en fordel, at det er de kirurger, der er vant til at undersøge hoved- og halsregionen, der varetager denne kontrol (dvs. øre-, næse- og halskirurger).

Det anbefales, at det multidisciplinære samarbejde fastholdes og effektiviseres. Der mangler at blive udarbejdet egentlige forløbspakker. Grundet det relativt begrænsede antal hoved- og halscancer vil det være en fordel at have 3-4 onkologiske landsdækkende centre karakteriseret ved et multidisciplinært kirurgisk team med mulighed for at foretage det nødvendige antal operationer til at sikre optimal behandlingskvalitet og kirurgisk videreuddannelse. Effektive udenlandske onkologiske centre servicere typisk befolkningsunderlag på ikke under 1,5 millioner. Det er nødvendigt at opprioritere og formalisere en videreuddannelse af hoved- og halskirurger.

Hvert center skal have et multidisciplinært samarbejde involverende følgende specialer:

- Hoved- og halskirurgi (øre-, næse og halskirurgi)
- Onkologi
- Anæstesiologi
- Plastikkirurgi
- Specialtandlæger (tand-, mund- og kæbekirurgi)
- Patologisk anatomi (gerne med biobank).
- Billedagnostik samt klinisk nuklearfysiologi.

Kliniske retningslinier

Alle karcinomer i læbe/mund, svælg, strube, næsebihuler klassificeres i henhold til TNM-klassifikationen fra AJCC/UICC (www.uicc.org). Der findes hidtil ingen accepteret klassifikation for de sjældne cancere i øregang og mellemøre.

Dansk Selskab for Hoved- og Halskologi har udarbejdet retningslinjer for behandling af orale planocellulære karcinomer, thyreoideacancer (DATHYRCA – forventes vedtaget sommer 2005) og lymfeknudemetastaser på halsen fra primær ukendt tumor (www.dshho.suite.dk). Herudover vil der snarest blive nedsat en arbejdsgruppe til udarbejdelse af retningslinjer for behandling af næse- og bihulecancer. Arbejdet med udarbejdelse af retningslinjer udføres frivilligt udenfor normal arbejdstid, hvilket afspejler en noget lang tidshorisont. Det er nødvendigt at tilføre ressourcer såfremt der ønskes en acceleration i udarbejdelse af flere retningslinjer, forløbspakker m.m.. Endvidere er det nødvendigt med ensartet histopatologisk bedømmelse til afgørelse af videre behandling.

Præoperativ strålebehandling af mundhulecancer anvendes generelt ikke. Kirurgi kan anvendes efter stråleterapi såfremt der skønnes mulighed for radikalitet eller palliation. Ved uradikalitet eller ved avanceret stadium 3-4 gives stråleterapi som planlagt behandling ca 2-4 uger efter operation (efter sårheling). Denne efterbehandling forsinkes desværre typisk med yderligere 2-3 uger (manglende kapacitet hos onkologerne). Dette anses for onkologisk utilfredsstillende, idet tumorproliferationen ofte accelereres efter hvert behandlingsforsøg. Det omvendte forhold dvs. kirurgi/stråleterapi gør sig i øvrigt på samme vis gældende.

Retningslinjerne (http://www.dshho.suite.dk/OralRefProg_24juni2003.pdf) omhandler følgende:

- Undersøgelingsprogram
- Patoanatomisk vurdering og stadieinddeling
- Billeddiagnostik
- Kirurgisk behandling af mundhulecancer
- Kirurgisk behandling af metastaser
- Organisation af behandlingen inkl. evt. strålebehandling
- Klinisk database
- Postoperativ kontrol og registrering
- Behandling af evt. recidiv

Efteruddannelse

Den kirurgiske behandling af hoved- og halscancer varetages langt overvejende af speciallæger i øre-, næse-, og halssygdomme. Som en undtagelse er plastikkirurgerne på Odense Sygehus ansvarlig for den kirurgiske behandling af mundhulecancer i deres region. Der er ingen formelle krav om kompetencer eller efteruddannelse blandt de kirurger som udfører hoved- og halskirurgien. Kirurgerne oplæres ved gammeldags mesterlære suppleret med kurser i udlandet. Oplæringen sker oftest først når kirurgen er ansat i en overlægestilling. I speciallægeuddannelsen indgår der ikke specifikke teoretiske eller hands on kurser rettet mod malign hoved- og halskirurgi. Den videreuddannelsessøgende yngre læge har typisk kun 1-3 operationsdage pr. måned. Afdelingslæger har oftest 3-5 operationsdage pr. måned. Der er ikke tradition for at tidlig udvælgelse af mulige kandidater til hoved- og halscancerkirurgi. Begrundelsen er, at det så vil medføre at kollegaer får endnu færre operationsdage, hvilket gør det nærmest umuligt at opnå og vedligeholde de nødvendige kirurgiske kompetencer (det vil ligeledes gøre det svært at rekruttere yngre læger til faget klinikken).

Fremtiden bør og skal indeholde en egentlig national videreuddannelse af hoved- og halscancerkirurgerne - gerne som veldefineret nyt fagområde eller efter amerikansk eller engelsk mønster (fellowships). En planlagt superspecialisering vil give mulighed for tidlig rekruttering og oplæring af potentielle kirurger (i modsætning til i dag). Der skal etableres en mulighed for at tumorkirurgkandidaten kan have minimum 3 operationsdage om ugen, hvilket formentlig kun kan opnås ved en opnormering af en ny stilling. Der skal udarbejdes en plan over antallet og indhold af nye uddannelsesforløb. Umiddelbart vil minimum være 1 uddannelsesstilling pr. center. Ved at have 3-4 kirurgiske hoved- og halsonkologiske centre vil det være muligt med den rigtige normering at udføre flere ugentlige hoved- og halscanceroperationer. Herved kan der sikres en høj standard samt en videreudvikling af behandlingen. Der skal være minimum 6 udlærte kirurger i hvert center, hvilket muliggør tilkaldelse døgnet rundt. I flere hoved- og halskirurgiske centre arbejdes der på at få etableret en endoskopisk kirurgisk behandling af mindre larynxcancere. Endoskopisk larynxkirurgi er flere steder i udlandet et velfungerende og godt alternativ til strålebehandling. Ved at placere de kirurgiske hoved- og halscentre på forskningsaktive universitetsafdelinger opnås der mulighed for et nødvendigt samspil mellem klinikken og forskningen. Herved sikres en fremtidig udvikling indenfor specialet til gavn for patienterne.

Monitorering

Et væsentligt led i DAHANCA-strukturen er registreringen af hoved- og halscancer. Dette foregår i DAHANCA's database, der på nuværende tidspunkt omfatter ca. 18.000 patienter (http://www.dshho.suite.dk/dahanca/DAHANCA_database.pdf). Registrering foregår ved hjælp af papirbilag på et kontor oprettet på Afd. for Eksperimentel Klinisk Onkologi, Århus Universitetshospital.

I 1971 påbegyndtes der med en landsdækkende registrering af larynxcancer. Fra 1991 er af svælg og mundhulecancer registreret på landsplan. I 1995 blev der etableret en særlig database for registrering af thyreoideacancer. Senest er der etableret en database for patienter med ukendt primær tumor på halsen samt for spytkirteltumorer. Desuden findes der adskillige ad hoc databaser, f.eks. til registrering af laryngektomier. Databaserne har fungeret som forskningsdatabaser.

Principperne i DAHANCA databasen har gennem alle årene været en ensartet struktur af databeskrivelsen samt en lokal registrering. Der findes fem regionale databaser (samt en i Oslo), hvortil alle data bliver indkodet. Disse er så med regelmæssige mellemrum fusioneret i den fælles database, der i princippet udgør den egentlige DAHANCA kliniske database.

Databasens struktur omfatter ca. 300 variable. Dertil kommer muligheden for specielt registrerede parametre i forbindelse med særlige projekter. Det tilstræbes at én en gang etablerede variable forbliver i databasen. Der anvendes i den forbindelse internationale standardiserede klassifikationer i det omfang de findes. Da ikke alle variable er i brug på nuværende tidspunkt, omhandler den daglige registrering formodentlig 100-150 forskellige parametre.

Registreringen omfatter følgende parametre:

- Symptomer og symptomvarighed.
- Etiologiske faktorer.
- Udredning og diagnostik, herunder TNM-klassifikation og stadieinddeling, billeddiagnostik, histopatologi og laboratorieundersøgelser.

- Primær behandling (strålebehandling, kirurgi, medicinsk behandling).
- Follow-up med registrering af tumorstatus samt akutte og sene bivirkninger.
- Eventuel registrering af recidiv og behandling heraf
- Registrering af død og dødsårsag.

Der foregår ingen rutinemæssig rapportering med udvalgte indikatorer til de onkologiske centre. Dog sker der en regelmæssig opdatering af data for de patienter, som indgår i prospektive DAHANCA-protokoller.

For løbende at kunne overvåge kvaliteten af diagnostik og behandling er følgende indikatorer og mål nødvendige:

1. *Ventetid fra modtagelse af henvisning fra egen læge eller anden afdeling til forundersøgelse*
Standard: højst 2 uger
2. *Ventetid på operation når operationstilbud er afgivet*
Standard: højst 2 uger
3. *Ventetid til postoperativ stråleterapi.*
Standard: max. 3 uger
4. *Ventetid på histologisvar*
Standard: højst 8 dage
5. *Andel af patienter, der kan stadieinddeles på klinisk patoanatomisk basis*
Standard: mindst 95%
6. *Antal fjernede lymfeknuder på hals*
Standard: fedt og lymfeknuder repræsenterende relevante halsregioner (levels I-V)
7. *Dødelighed indenfor 30 dage efter elektiv kurativ kirurgi*
Standard: højst 5%
8. *Andel af patienter, der er henvist og opereret med henblik på radikalitet og som ved histologisk revision er radikalt opereret*
Standard: mindst 90%
9. *5-års overlevelse efter kurativ kirurgi*
Standard: på linie med de bedste centre i den vestlige verden.

I alle de onkologiske centre bør der afsættes overlæge- og sekretærtid til varetagelse af indberetning af data til DAHANCA og andre forsknings- og kvalitetssikringsdatabaser og til supervision af enhedens løbende kvalitetskontrol.

Databasen skal omdannes til en central web-baseret database, der tillader registrering direkte i en central server med umiddelbar mulighed for kvalitetstjek af indtastede data og deraf følgende fejlkorrektioner. Dette vil øge kvalitetssikkerheden og give direkte muligheder for informationer over aktuelle status (monitorering af ovennævnte indikatorer og standarder).

Afslutningsvis skal det bemærkes at der arbejdes på at lade DAHANCA databasen overgå fra en privat forskningsdatabase til en klinisk forskningsdatabase i mere offentligt regi, der samtidig tillader fortsat anvendelse til forskningsformål. Disse tanker er i overensstemmelse med forslagene i Den Nationale Kræfthandlingsplan I og den senere KOF rapport, der netop anbefaler, at DAHANCA databasen etableres som klinisk database og i den forbindelse også har foreslået, at der allokeres specifikke midler til opstart og drift af denne.

Forskning

På flere af de hoved- og halsonkologiske kirurgiske centre er der og har der igennem mange år været en tradition for klinisk forskningsprojekter ofte som led i PhD eller disputatser. Som eksempler kan nævnes, at der på Rigshospitalet i øjeblikket pågår et Ph.d. - studium indenfor oral cancer med undersøgelse af betydningen af mikrometastaser påvist ved Sentinel Node Biopsy-teknikken. Sidstnævnte belyses tillige som led i et Ph.d. - studie i Odense. De onkologiske centre i København, Århus og Odense har i tæt samarbejde med de histopatologiske afdelinger etableret biobanker, som vil muliggøre et fortsat godt og stort forskningsmiljø. Der arbejdes på at få etableret en landsdækkende biobank.

Referencer

Alle relevante referencer kan findes under de i teksten angivne web sites.

Der foreligger ikke inden for hoved- og halscancerkirurgien publicerede studier, der belyser learning curve, optimal kirurgisk volumenstørrelse, antal operationer pr. kirurg m.v..