
Lungekreft

KLINIKK OG FORSKNING

OLAF ALEXANDERSEN

Lungeseksjonen
Nordland sentralsykehus
8092 Bodø
Medisinsk avdeling

Artikkelen omhandler prospektiv undersøkelse og oppfølging av et materiale på 219 pasienter ved Nordland sentralsykehus, som fikk diagnosen lungekreft i tidsrommet 1987 – 92. Gjennomsnittsalderen var 65,5 år (39 – 85 år). 27 % var kvinner. 9 % var 49 år eller yngre, det var 13 menn og sju kvinner. 170 var røykere, 43 eksrøykere og det var kun seks pasienter (3 %) som aldri hadde røykt. 52 pasienter (24 %) hadde småcellet lungecancer (SCLC) og 167 (76 %) ikke-småcellet lungecancer (NSCLC). Av seks ikke-røykere hadde fire adenokarsinom og to bronkioalveolært karsinom. 63 % var i et avansert stadium på diagnosetidspunktet.

Kun 22 pasienter (10 %) var i live fem år etter at de fikk diagnosen: 19 pasienter med ikke-småcellet karsinom som hadde fått kirurgisk behandling. En pasient med ikke-småcellet karsinom (stadium 3B) som hadde fått strålebehandling og to med småcellet karsinom, begrenset sykdom, som hadde fått cytostatika + strålebehandling. Av de opererte (23 %) var femårsoverlevelsen 50 % (17/33) i stadium 1, 33 % (2/6) i stadium 2 og ingen (0/7) i stadium 3A.

Med disse dystre behandlingsutsikter og det forhold at ikke-røykere sjelden får sykdommen, må det først og fremst satses på forebyggende tiltak i kampen mot lungekreft.

Lungekreft er den nest hyppigste form for kreft hos menn og den tredje hyppigste hos kvinner her til lands (1). Insidensen har vært stigende siden Kreftregisteret startet registreringene i begynnelsen av 1950-årene. Fortsatt er det flest menn som får lungekreft, men de siste 25 år har økningen vært størst hos kvinner, med mer enn en tredobling (1, 2). Røyking ansees å være den viktigste årsaksfaktor (3, 4).

Lungekreft er en av våre alvorligste kreftformer med femårsoverlevelse på like under 10 %, og den har ikke endret seg nevneverdig de siste 40 årene (1). Operasjon av ikke-småcellet lungecancer er nesten eneste kurative behandlingmulighet.

Hovedhensikten med denne prospektive undersøkelsen av pasienter med lungecancer var å se på røykevaner og overlevelse.

Materiale og metode

I femårsperioden 1.5. 1987 – 30.4. 1992 fikk 219 pasienter fra midtre og sørlige del av Nordland stilt diagnosen lungecancer ved Nordland sentralsykehus. Pasienter henvist fra lokalsykehus som hadde lungespesialist (nordre del av Nordland) er ikke tatt med. Diagnosen ble verifisert histologisk eller cytologisk hos samtlige pasienter, henholdsvis 187 histologisk og 32 cytologisk. Bronkoskopi med bronkial biopsi/cytologi i 98 (94/4) tilfeller, transbronkial biopsi/cytologi i 36 (27/9), transtorakal biopsi/cytologi i 51 (39/12), pleurabiopsi/cytologi i seks (3/3), cytologisk undersøkelse av ekspektorat i tre, torakotomi i fem, mediastinoskopi i en, biopsi/cytologi fra ekstratorakal metastase i ti (9/1) og i ni tilfeller ble histologisk diagnose verifisert ved obduksjon. I den videre utredningen ble de fleste pasientene undersøkt med CT thorax, ultralyd abdomen eller CT-undersøkelse av øvre del av abdomen og skjelettscintigrafi. I tillegg ble det utført mediastinoskopi i 26 tilfeller og eksplorativ torakotomi hos åtte pasienter. Klassifisering i stadium ad modum Mountain lot seg gjøre hos nesten alle, hos sju var det ikke mulig (5).

Den initiale behandling som ble gitt fremgår av tabell 1. Thoraxkirurgiske operasjoner ble foretatt ved vårt sykehus bortsett fra i ett tilfelle. Operasjon av en pasient med hjernemetastase og en med metastase til columna (laminektomi) ble foretatt ved Regionsykehuset i Tromsø. Også strålebehandlingen ble gitt ved dette sykehuset. Laserbehandling av en pasient med okkluderende tumor ble foretatt ved Aker sykehus. Cytostatikabehandlingen ble i hovedsak startet i vår avdeling. Cytostatika som på dette tidspunkt ble benyttet ved småcellet lungekarsinom, var adriamycin eller epirubicin + onkovin + cyklofosamid. Tre pasienter fikk etopocid alene. I tillegg fikk de fleste med småcellet lungekarsinom, begrenset sykdom også strålebehandling mot primærtumor og mediastinum. En pasient i komplett remisjon fikk profylaktisk hjernebestråling. Cytostatika som ble forsøkt hos noen pasienter med inoperabel ikke-småcellet karsinom, var cisplatin + etopocid. Gruppen som har fått ”Ingen behandling” dreier seg om pasienter som ikke har fått forannevnte behandling, men kan ha fått en eller annen form for palliativ behandling.

Tabell 1

Den behandling 219 pasienter med lungekreft fikk initialt

	Karsinom	
	Ikke-småcellet	Småcellet
Operasjon	49	1
Strålebehandling	34	–
Cytostatika + strålebehandling	1	10
Cytostatika	24	28
Strålebehandling mot metastaser	14	–

Laser + strålebehandling	1	-
Operasjon av metastaser	2	-
"Ingen behandling"	42	13
Sum	167	52

Det lyktes å kartlegge røykevaner hos samtlige, men hos 18 har man ikke opplysning om tobakksmengden og hvor lenge vedkommende hadde røykt.

Pasientene ble fulgt opp frem til dødstidspunkt eller til minst fem år etter diagnosetidspunktet. Opplysningene er tatt fra innleggelser og polikliniske kontroller ved vårt sykehus for de pasientene som ble fulgt opp her, og dødstidspunktet for flere av pasientene fra vårt journalarkiv. For andre er opplysninger gitt av pårørende eller pasienten selv og i noen få tilfeller innhentet fra vedkommendes lokalsykehus.

Resultater

219 pasienter, 160 menn (73 %) og 59 kvinner (27 %). Gjennomsnittsalderen var 65,5 år (39 – 85 år). 20 pasienter (9 %), 13 menn og sju kvinner, var 49 år eller yngre.

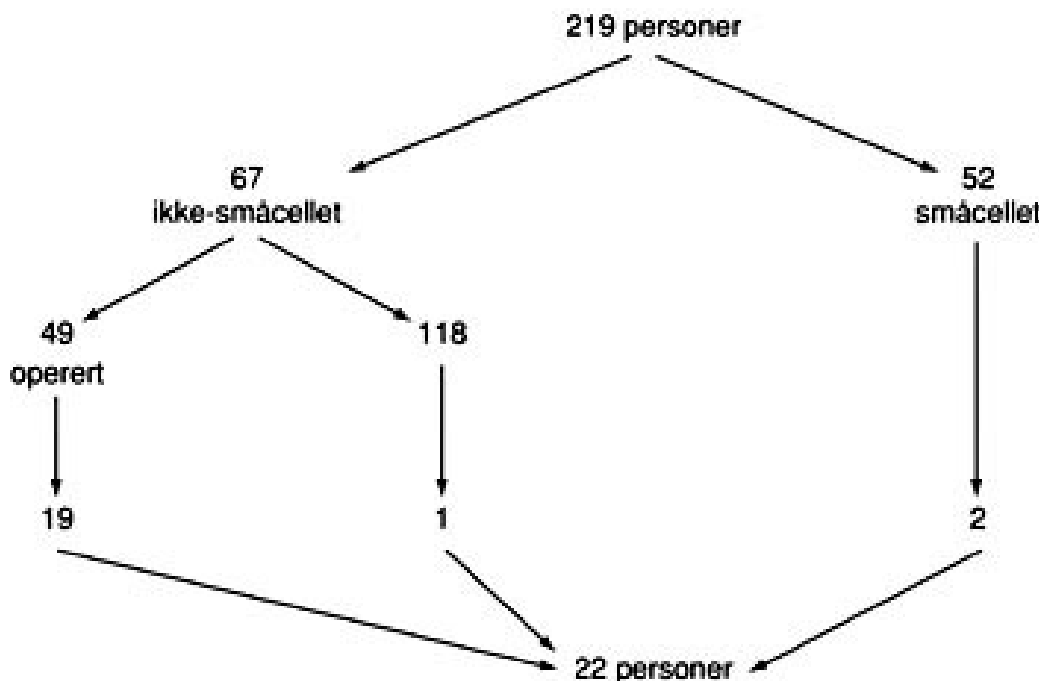
Småcellet karsinom ble funnet hos 52 pasienter (24 %). Av de øvrige 167 pasienter med ikke-småcellet lungekarsinom hadde 76 (35 %) plateepitelkarsinom, 42 (19 %) adenokarsinom, 15 storcellet karsinom, 14 hadde "karsinom, ikke-småcellet", ni adenoskvamøst karsinom, åtte bronkioalveolært karsinom og i tre tilfeller "maligne celler".

Hos 212 lot sykdommen seg bedømme stadiemessig. Av disse hadde 163 ikke-småcellet lungekarsinom, hvorav 40 var i stadium 1, seks i stadium 2, 15 i stadium 3A, 51 i stadium 3B og 51 pasienter i stadium 4. Av 49 pasienter med småcellet lungekarsinom der sykdommen lot seg bedømme stadiemessig, hadde 14 begrenset sykdom og 35 pasienter utbredt sykdom. Ser man begge gruppene under ett var 137 av pasientene (63 %) i et avansert stadium av sykdommen på diagnosetidspunktet.

Av 50 som ble operert var 34 i stadium 1, seks i stadium 2 og sju i stadium 3A. De viktigste grunner til at 15 pasienter som befant seg i stadium 1, 2 eller 3A ikke ble operert, var for dårlig lungefunksjon (seks pasienter), N2- eller T3-tumor (seks pasienter) eller at de ikke ønsket operasjon (to pasienter). Tre som preoperativt var i operabelt stadium viste seg i den postoperative fasen å være i stadium 4 (en med hjernemetastase og to med skjelettmetastaser). En pasient som preoperativt ble funnet å ha ikke-småcellet karsinom hadde småcellet karsinom, ved histologisk bedømmelse av operasjonspreparatet.

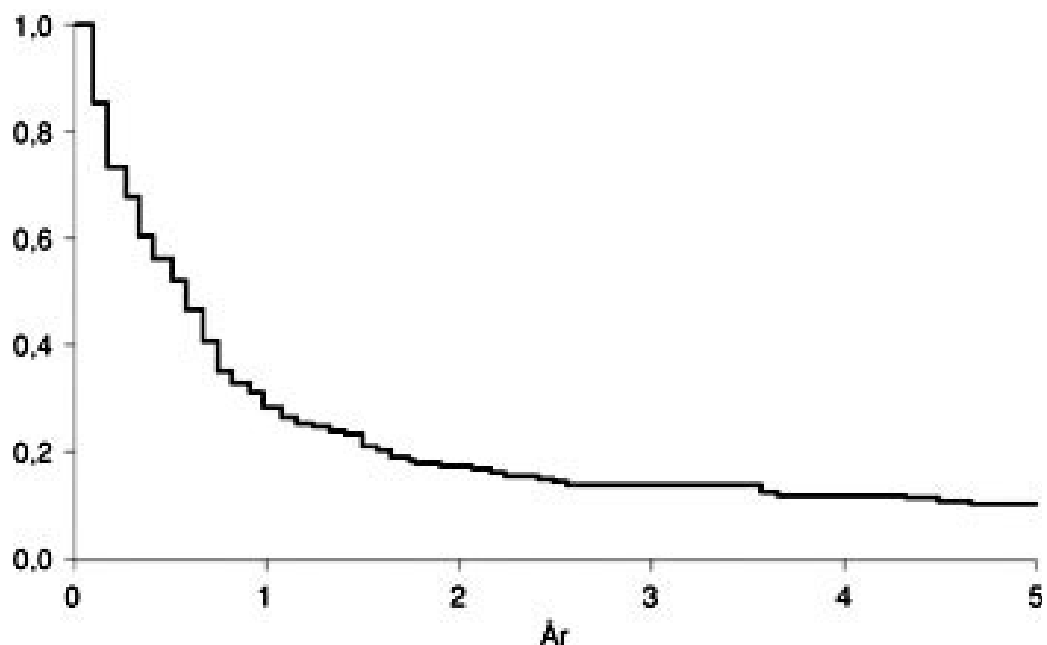
Av 30 pasienter som fikk utført lobektomi, døde en postoperativt av akutt hjerteinfarkt. I gruppen pulmektomerte (20 pasienter) døde to i den tidlige postoperative fasen, en av akutt hjerteinfarkt og en pasient av akutt lungesviktsyndrom (ARDS). I tillegg døde to pulmektomerte pasienter etter henholdsvis tre og sju måneder etter langtrukket postoperativt forløp med komplikasjoner.

Som det fremgår av figur 1 var kun 22 pasienter (10 %) i live fem år etter diagnosetidspunktet og seks av disse med sykdom. 19 hadde fått operativ behandling: 17 av 34 i stadium 1 og to av seks i stadium 2, mens ingen av sju i stadium 3A var i live. Foruten de opererte var en pasient med ikke-småcellet lungecancer, stadium 3B, som hadde fått strålebehandling i live. Bare to av 52 pasienter med småcellet lungecancer levde etter fem år. Begge hadde begrenset sykdom og begge hadde fått cytostatika og strålebehandling, en også profylaktisk hjernebestråling. De seks med sykdom fem år etter diagnosetidspunktet var alle opererte, fire i stadium 1 og to i stadium 2. Av disse er fem senere døde 62 – 75 md. etter diagnosetidspunktet. Tre pasienter som var radikalopererte uten tegn til residiv, døde av annen sykdom før det var gått fem år. Av seks ikke-røykere hadde fire adenokarsinom og to bronkioalveolært karsinom. Tre av dem ble operert og lever fortsatt, en med sykdom. En av ikke-røykerne hadde vært betydelig eksponert for passiv røyking i jobbsammenheng, og vedkommendes lungekreft er meldt som yrkessykdom.



Figur 1 Femårsoverlevelse for 219 lungekreftpasienter. 22 pasienter (10 %) i live fem år etter diagnosetidspunktet, hvorav 19 etter operativ behandling, en fra gruppen på 118 pasienter med ikke-operabel, ikke-småcellet lungekarsinom og to med småcellet lungekarsinom, begrenset sykdom

Overlevelse for materialet som helhet fremgår av figur 2. For stadium 1 var median overlevelse 44 md., mens den for stadium 4 bare var fire md. Den samme lave mediane overlevelse hadde også pasienter med småcellet lungecancer, utbredt sykdom.



Figur 2 Kaplan-Meiers overlevelseskurve for samtlige 219 pasienter med lungekreft

Tabell 2 viser antall røykere, eksrøykere (sluttet mer enn ett år før sykdomsdebut) og ikke-røykere (aldri røykt), samt tobakksmengde og tid siden røykestopp. I hovedsak var rulletobakk benyttet.

Tabell 2

Antall røykere, eksrøykere og ikke-røykere blant 219 pasienter med lungekreft, og røykevaner hos 195 av de 213 røykerne og eksrøykerne

Røykere	Eksrøykere	Ikke-røykere
170 (77 %)	43 (20 %)	6 (3 %)
79 g/uke	83 g/uke	
(10 - 280 g)	(20 - 225 g)	-
i 45 år	i 38 år	
(16 - 68 år)	(14 - 57 år)	
	Røykestopp	
-	i 11,4 år	-
	(1 - 34 år)	

Diskusjon

Fra å være en sjelden kreftform først på 1900-tallet er lungekreft den vanligste form for kreft i verden i dag (2). I Norge blir det diagnostisert ca. 1 800 nye tilfeller per år, og insidensen er fortsatt økende.

Asbest og radon kan forårsake lungekreft, men viktigst er tobakksrøyking. Den ansees å være årsak til den sterke økningen av lungekreft (3, 4). Også passiv røyking har betydning (14). Grimsrud og medarbeidere slår fast at tobakk, røyking, er viktigste årsak til lungekreft, og Kjuus og medarbeidere hevder at mer enn 90 % av alle lungekrefttilfeller teoretisk kunne vært unngått om tobakken var blitt helt fjernet (15, 16). I vårt materiale var det en sterk korrelasjon mellom røyking og lungekreft med 97 % røykere eller eksrøykere og kun 3 % ikke-røykere. Både Capewell og Foucher og medarbeidere fant samme lave antall ikke-røykere blant personer som får lungekreft (8, 12).

For å bedre prognosen kunne effektiv screening med henblikk på tidlig diagnostikk være en vei å gå. Kartlegging av risikogrupper ville også kunne gi resultater. Men bortsett fra en undersøkelse fra 1999 (17) har screening med henblikk på tidlig påvisning av lungecancer vist divergerende resultater (18, 19). Undersøkelser av genetiske forandringer som disponerer for lungekreft er ikke kommet så langt at det rutinemessig brukes i diagnostikken i dag, men kan på lengre sikt få betydning.

Hovedbudskapet må bli at skal man få redusert antall lungekreftdødsfall, bør man først og fremst satse på forebyggende tiltak. Trolig ville ni av ti lungekrefttilfeller, eller minst 1 600 av de 1 800 nye tilfellene per år her til lands, vært unngått om man ikke hadde hatt tobakken.

De siste 30 – 40 års fremskritt innen diagnostikk og terapi har ikke ført til vesentlig endring i langtidsprognosen for lungekreft. Riktignok har kombinasjonsterapi og bestråling ved småcellet karsinom gitt livsforlengelse med flere måneder, men femårsoverlevelsen ved denne celletypen er fremdeles svært lav, mindre enn 5 % (6). Det er fortsatt slik at det stort sett bare er kirurgisk behandling som kan gi håp om helbredelse av lungekreft. De fleste pasienter befinner seg imidlertid på diagnosetidspunktet i et avansert stadium og kan ikke opereres. I vårt materiale var 28 % i et operabelt stadium. 23 % ble operert. Andelen pasienter med lungekreft som lar seg operere, angis til 15 – 33 % (7 – 9). Femårsoverlevelse ved kirurgisk behandlet lungekreft avhenger av hvilket stadium pasienten befinner seg i og er 42 – 65 % i stadium 1, 23 – 43 % i stadium 2 og 6 – 22 % i stadium 3A (10 – 12). Femårsoverlevelsen i stadium 1 i vårt materiale var 50 %. I stadium 2 og 3A var det få pasienter og derfor vanskelig å vektlegge resultatene. Av samtlige pasienter var bare 10 % i live fem år etter at diagnosen ble stilt. Dette er i samsvar med landsgjennomsnittet hvor femårsoverlevelsen for tidsperioden 1989 – 93 var 8,6 % for menn og 10,7 % for kvinner (opplysning fra Kreftregisteret). Andre finner femårsoverlevelse på 7 % og 14 % (8, 13), mens Steffensen og medarbeidere i en oversiktsartikkel mener at den ikke er høyere enn ca. 5 % for lungekreftpopulasjonen som helhet (7).

LITTERATUR

1. De hyppigste kreftformer 1991 – 95. Oslo: Kreftregisteret 1995.
2. Langmark F, Titlestad G, Andersen A, Thoresen S, Tretli S. Lungekreft øker mest hos kvinner. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 1759.

3. Biesalski HK, de Mesquita BB, Chesson A, Chytil F, Grinble R, Hermus RI et al. Consensus statement on lung cancer. *Eur J Cancer Prev* 1997; 6: 316 – 22.
4. Murin S, Hilberg J, Reilly SJ. Cigaret smoking and the lung. *Clin Rev Allergy Immunol* 1997; 15: 307 – 61.
5. Mountain CF. A new international staging system for lung cancer. *Chest* 1986; 89 (suppl 4): 225 – 33.
6. Hansen HH. Management of small-cell cancer of the lung. *Lancet* 1992; 339: 846 – 9.
7. Steffensen IE, Faurschau P, Viskum K. Lungecancer 1993. *Ugeskr Læger* 1994; 156: 3013 – 7.
8. Capewell S. Patients presenting with lung cancer in South East Scotland. *Thorax* 1987; 42: 853 – 7.
9. Ringbæk TJ, Borgenskov S, Lange P, Viskum K. Det terapeutiske og prognostiske forløp hos pasienter mistænkt for lungekræft. *Ugeskr Læger* 1998; 160: 170 – 5.
10. Zochbauer S, Krajnik G, Huber H. Bronchuskarzinom-Entstehung, Diagnose, Therapie, Prognose. *Wien Klin Wochenschr* 1994; 106: 431 – 47.
11. Lacquet LK. The status presens of surgery for lung cancer. *Acta Chir Belg* 1996; 96: 245 – 51.
12. Foucher P, Coudert B, Arveux P, Boutron MC, Kisterman JP, Bernard A et al. Age and prognosis of non-small cell lung cancer. Usefulness of a relative survival model. *Eur J Cancer* 1993; 29A: 1809 – 13.
13. Landis SH, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics. *CA Cancer J Clin* 1998; 48: 6 – 29.
14. Engeland A, Bjørge T. Passiv røyking og kreftrisiko. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 2183 – 6.
15. Grimsrud TK, Langseth H, Engeland A, Andersen A. Lung and bladder cancer in a Norwegian municipality with iron and steel producing industry: population based case-controll studies. *Occup Environ Med* 1998; 55: 387 – 92.
16. Kjuus H, Langård S, Skjærven R. A case-referent study of lung cancer, occupational exposures and smoking. *Scand J Work Environ Health* 1986; 12: 210 – 5.
17. Henschke 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.
18. Salomaa ER, Liippo K, Taylor P, Palmgren J, Haapakoski J, Virtamo J et al. Prognosis of patient with lung cancer found in a single chest radiograph screening. *Chest* 1998; 114: 1514 – 8.
19. David ME. Screening for lung cancer. *Ann Intern Med* 1989; 111: 232 – 7.

Publisert: 10. februar 2001. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.