

## Referat af Kræftdag 2023 tirsdag den 12. december i Life Science Huset – Atrium. Kræftdag 2023 arrangeret af Dagens Medicin

v/Birthe Lemley

Om formiddagen blev sidste nyt inden for behandling af diverse kræftsygdomme gennemgået. Ordstyrer var Michael Borre, formand for DMCG (Danske Multidisciplinære Cancer Grupper).

Kræftsygdommene var modermærkekræft, blærekræft, prostatakræft, lungekræft, brystkræft, tarmkræft, nyrekræft samt diffuse large B cell (DLCL).

Der blev talt meget om behandling med immunterapi. Nedenstående nye behandlingsformer blev også nævnt:

T-celleterapi (TIL) inden for modermærkekræft. Lægen udtager T-celler fra en patient, hvorefter der laves flere af dem (en såkaldt opformering). I laboratoriet aktiveres immuncellerne, og i nogle tilfælde manipuleres de genetisk, inden de igen sprøjtes ind i patientens blodbane. *Kilde: Kræftens Bekæmpelse.*

Anvendes også til andre kræftformer. Har været anvendt til æggestokkræft, men indtil videre kun på forsøgsstadiet.

Ny behandling med ADC'er. Denne nye gruppe af lægemidler kaldes for antistoflægemiddel-konjugater, forkortet som ADC (fra det engelske udtryk antibody-drug conjugates). Et ADC består af et antistof, der skal genkende kræftcellen, samt et stof, der skal dræbe kræftcellen. De to stoffer bliver holdt sammen af et kemisk molekyle, kaldet en linker. I dag findes der kun ca. et dusin ADC'er i verden. *Kilde: Danmarks Tekniske Universitet.*

I det hele taget var det positivt at lytte til de mange nye eller kommende behandlingsmuligheder.

### Pause

Det hed sig, at vi skulle sørge for at netværke med kollegaer. Det er jo også fint. Men det lægefaglige personale og pharma skulle opholde sig på et område, og vi andre patienterne og deslige på et andet område. Sådan har det ikke været før, og det var uhensigtsmæssigt. Vi holder jo alligevel møder med medicinalfirmaerne og samarbejder med lægerne. Repræsentanter fra KIU har netop været til møde hos AstraZeneca.

Nå, men i pausen var der et KIU-medlem Lone Ingvorsen, Helle Nørup, Gillian Godette og undertegnede. Desuden snakkede vi en del med Pernille Koll fra Ovacure. Ovacure forsker i æggestokkræft. Vi samarbejder med Ovacure om Ladywalk, som finder sted den 27. maj 2024.

**Den næste oplægsholder var Ulrik Lassen, professor i klinisk onkologi og personlig medicin, Rigshospitalet**  
**Titlen var: Danmark skal være det førende land inden for klinisk forskning og afprøvning af kræftlægemidler**

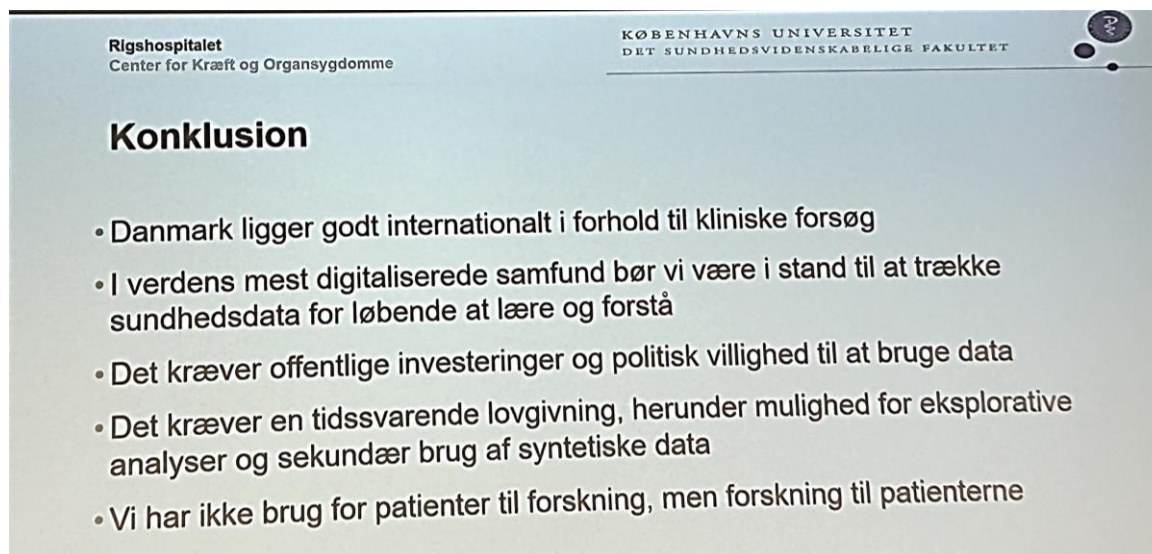
Ulrik nævnte, at vi i Danmark er førende inden for klinisk forskning i life science (**videnskaben og teknologien om alt levende omkring os, og livet i sig selv**). Han nævnte også, at industrien investerer rigtig mange penge i lægemidler – sommetider 2-3 milliarder US \$ for et enkelt lægemiddel, og så er det måske kun 1 ud af 20, der kommer på markedet.

I Danmark har vi Trial Nation. Du kan læse mere om Trial Nation her: <https://trialnation.dk/public/clinical-trials/>. Patienterne i Danmark vil gerne deltage i kliniske forsøg. Det er en fordel, når vi vil tiltrække nye forsøg til Danmark.

Ulrik talte om personlig medicin. Den rette behandling til den rette patient – personlig medicin på mutationsstadiet. Der skal indsamles data fra vugge til grav. Vi skal indsamle data for at se, om dyr medicin virker. Det gør vi ikke. Visionen for personlig medicin er, at vi anerkender fase 1 forsøg som relevant behandling. Vi skal også anvende Real World Data.

De traditionelle forsøg duer ikke mere. Den danske Sundhedslov er fra 1998, så den er forældet.

Hans konklusion kommer her:



**Rigshospitalet**  
Center for Kræft og Organsygdomme

KØBENHAVNS UNIVERSITET  
DET SUNDHEDSVIDENSKABELIGE FAKULTET

## Konklusion

- Danmark ligger godt internationalt i forhold til kliniske forsøg
- I verdens mest digitaliserede samfund bør vi være i stand til at trække sundhedsdata for løbende at lære og forstå
- Det kræver offentlige investeringer og politisk villighed til at bruge data
- Det kræver en tidssvarende lovgivning, herunder mulighed for eksplorative analyser og sekundær brug af syntetiske data
- Vi har ikke brug for patienter til forskning, men forskning til patienterne

### Offentligt og privat samarbejde for at bedre kræftoverlevelsen i Danmark

*Jesper Fisker, adm. Direktør i Kræftens Bekæmpelse*

Jesper Fisker er formand for Sundhedsstrukturkommissionen. Jesper Fisker går ind for offentligt og privat samarbejde for at bedre kræftoverlevelsen i Danmark. De seneste år er overlevelsen efter kræft stagneret. Det er noget, vi skal blive klogere på. I Danmark har vi nu 400.000 personer, der lever efter en overstået kræftsygdom. Danmark har det højeste antal industri-sponsorerede kliniske forsøg per capita i OECD. Vi skal anvende AI på alle niveauer langt inde i behandlingen – både med hensyn til billeddiagnostik og screening. Vi skal styrke rekruttering til kliniske forsøg, da vi har behov for forskning

### Sådan prioriterer vi rigtigt blandt de nye lægemidler til kræft

*Medicinrådet: Steen Werner Hansen og Jørgen Schøler Christensen, begge formænd for Medicinrådet*

*Onkologer: Niels Frstrup, Afdelingslæge, Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital, medlem af DaRenCA*

Onkolog Niels Frstrup kaldte de to formænd for Medicinrådet 'et 2-hovedet monster'. Det blev taget som en spøg. Formændene fortalte, at der var 65 ansatte i Medicinrådet, 21 medlemmer af Rådet og 500 fagudvalgsmedlemmer. Der blev talt om behandlingsvejledninger. Der udarbejdes behandlingsvejledninger i fagudvalgene under Medicinrådet, men der udarbejdes også

behandlingsvejledninger under de forskellige DMCG'er. Spørgsmål fra onkolog Niels Fristrup: Hvad skal man så rette sig efter?

De to formænd er glade for de 7 principper for prioritering af dyr sygehusmedicin og nævnte Alvorlighedsprincippet samt Forsigtighedsprincippet.

*Folketinget vedtog i marts 2016 forud for Medicinrådet oprettelse syv principper for prioritering af dyr sygehusmedicin. Det 7. princip siger, at skal være muligt ud fra en konkret lægefaglig vurdering at behandle med lægemidler, som er afvist til standardbehandling. Det 7. princip bliver sjældent fulgt. Kommentar Birthe Lemley.*

Der blev også talt om QALY – kvalitetsjusterede leveår. Forskellige spørgsmål kom op. Hvor mange patienter skal vi behandle for at redde én? Er der den overlevelsesgevinst? Hvad har man krav på som borger i Danmark? Det er vanskeligt at beregne OS (Overall Survival).

Onkolog Niels Fristrup havde listet en lang række spørgsmål på sine slides. De var meget relevante, men blev aldrig stillet direkte. Som tilhører sad man og ventede på at komme med et svar på nogen af dem, men det blev der ikke lejlighed til. Pludselig var tiden overskredet. Det var meget utilfredsstillende.

### **Ny teknologi skal inddrages hurtigt i kræftbehandlingen for at sikre, at patienterne får den rette diagnostik og den optimale behandling**

*Bettina Lundgren, direktør i Nationalt Genom Center*

Nationalt Genom Center (NGC) er en styrelse under Sundhedsministeriet og har til opgave at udvikle og drive Danmarks nationale infrastruktur for personlig medicin. Aftalegrundlaget er fra 2016 til 2024. Der kommer en ny national strategi for personlig medicin og life science, da den eksisterende udløber i år. Der er supercomputere, og det drejer sig om innovation og forskning. Der skal være en model for implementering af ny teknologi i Sundhedsvæsenet.

Genetikerne har mange forskellige specialer, og der er en central styrelse, som understøtter arbejdet. Der er 22.500 genomer i databasen. Danmark er et af de få lande i verden, som har så mange. Frankrig har 20.000. 40 % af genomerne stammer fra kræftpatienterne. Der tilføjes 1500 genomer pr. måned. Der foretages helgenomsekventering. Desværre er der for få patologer. Sundhedsvæsenet er presset, og patologerne anvendes der.

Der blev talt om adgang til genomdatabasen. Man tager fat på børnekræft på Rigshospitalet i løber af foråret 2024. Man skal have etiske godkendelser og får inspiration fra Sverige, England og Frankrig.

### **Offentligt-privat samarbejde har banet vej for HRD mutationstest ved ovariecancer for hele Norden.**

*Maria Rossing, klinisk forskningslektor i genomisk medicin, overlæge, afd. For Genomisk Medicin, Diagnostisk Center, Rigshospitalet*

*Mansoor Raza Mirza, Medical Director, NSGO-CTU, overlæge, Rigshospitalet*

Mansoor: Det drejer sig om high-grade serøs æggestokkræft, hvor ¼ har en BRCA-mutation og halvdelen er HRD negative. Det vil sige, hvor dobbelt strand-break ikke kan repareres. Der søges efter Real World Evidence. Nordiske patienter indgår i et studie kaldet NSGO-CTU-HERO. Patienter med æggestokkræft i stadie II skal også indgå i forsøget.

Maria Rossing: for 2 ½ år siden kendte Mansoor og jeg ikke hinanden.

Det drejer sig om genomisk medicin. Myriad (partneren) laboratorium i Skandinavien, og man samarbejder med Myriad Genetics i Utah i USA om dette, da Myriad er en valideret test. Nu oprettes der et Myriad Partner laboratorium i Skandinavien. Det gik lidt trægt i starten, men så hjalp AstraZeneca. Det har taget 2 år, men lykkedes i 2023 med 2000 prøver til Myriad. Sverige, Finland, Norge, Estland og Island er med. Der valideres nye tal i centrene i de nordiske lande med hjælp fra industrien. Der kommer en årlig rapport med Real World Data. De europæiske lande vil også gerne tilslutte sig. Nu arbejder regionerne sammen om det næststørste testcenter i Europa. Der skal kigges på patientforløbene.

### **Paneldiskussion**

#### **"Offentlig-privat samarbejde for at bedre kræftoverlevelsen i Danmark**

- Hvad har vi?
- Hvad mangler vi?
- Hvad skal der til?

Der var en hel gruppe paneldeltagere. Diskussionen drejede sig meget om kontrollerne. De skulle afskaffes. En enkelt deltager nævnte, at det i dag hedder opfølgning og ikke kontrol, men det havde ingen indvirkning på deltagerne. De blev ved med at tale om kontrollerne, som var spild af tid og skulle afskaffes. I stedet skulle patienten udfylde et PRO – Patient Reported Outcome. Det vil sige, patienten skulle selv registrere, om han/hun mente, der var noget galt. Diskussionen var ivrig. Ingen spurgte de mange patienter, der var til stede i salen. Til sidst stoppede diskussionen, og dagen var slut.

Helle og jeg skyndte os straks ned for at diskutere med de mange læger, der mente, at kontrollerne for kræftpatienterne skulle afskaffes. Jeg kom til at tale med en onkolog fra AUS, der beskæftigede sig med tarmkræft. Jeg forsøgte at overbevise ham om, at det ikke var alle patienter, der kunne mærke tilbagefaldet, og når det så blev konstateret, kunne det være for sent. Alle kræftsygdomme er jo ikke ens. Der var absolut slet ikke nogen forståelse for synspunktet. Det bliver vi nødt til at være obs på som patienter.

Gillian fik udvekslet kommentarer med det 2-hovedede monster og spurgte, hvorfor PARP-hæmmeren niraparib kun var anbefalet til halvdelen af æggestokkræftpatienterne med high-grade serøs æggestokkræft. Det fik hun ikke noget klart svar på.

Alt i alt en begivenhedsrig dag. Vi har fået et evalueringsskema. Vi var alle enige om at nævne, at man ikke kan have rigtig mange patienter som tilhørere uden at spørge, hvad de mener. Det må vel være patienten, de er i centrum i alle de ovennævnte oplæg.