

Nätverksträffen njurcancer

TILLSAMMANS VILL VI SKAPA MÖJLIGHETER FÖR EN KUNSKAPSDRIVEN CANCERVÅRD I VÄRLDSKLASS JAN 2017

För tionde gången har Pfizer samlat sjuksköterskor, med ansvar för njurcancerpatienter, till ett nätverksmöte i ämnet.

Förutom fortbildning inom sjukdomsområdet är syftet med mötet att sköterskorna också ska få tillfälle att knyta nya kontakter

och utbyta tankar och erfarenheter med varandra. Njurcancer är en ovanlig cancerform där prognosen ofta är dålig. Men det finns hopp. De senaste åren har flera nya behandlingar som förlänger överlevnaden och höjer livskvaliteten kommit. *

Rickard Sandin / Pfizer

Nya läkemedel förlänger överlevnaden

Målriktade terapier medger flera linjers behandling.

Njurcancer är en relativt ovanlig cancerform som utgör 2–3 procent av all cancer. När diagnosen ställs är sjukdomen ofta spridd. Även om det

fortfarande finns ett stort behov av bättre behandlingar så har överlevnaden förbättrats sedan de målriktade terapierna introducerades runt 2005.

– Innan dess fanns inte mycket att tillgå, sade Rickard Sandin, chef för Outcomes & Evidence, Global Health and Value på Pfizer. Efter de målriktade tyrosinkinashämmarnas intåg kan man se en ökad överlevnad år efter →



I Sverige har överlevnaden gått från 10 till 20 månader på sju år.

→ år. I Sverige har den till exempel gått från 10 månader före 2005 till 20 månader 2012. Det är en klar överlevnadsvinst. Det är också troligt att överlevnaden fortsatt att öka efter 2012.

Sitt utlåtande bygger Rickard Sandin på registerstudier där man tittat på hur det ser ut i Sverige, Norge och Danmark åren 2002–2012.

– Det är få länder som har samma gedigna register som vi har, där alla patienter med njurcancer ingår. I länder där det inte finns register måste man ofta basera resultaten på ett urval av kliniker, och då får man inte hela bilden, sade han.

Rickard Sandin berättade att registren i Sverige och Norge ser väldigt lika ut. Studien i Danmark baseras på de fyra kliniker som behandlar njurcancer, och där har man följt samtliga patienter.

– I Danmark har man också kunnat göra en mer detaljerad analys eftersom studien baserats på journaldata som även ger en mer detaljerad sjukdomsbild av patienterna.

Det som hänt efter att de nya målrikade terapierna kom är också att man kan använda flera läkemedel efter varandra när sjukdomen försämrats.

– Det finns exempel där patienter kunnat få mer än två linjer, förklarade Rickard Sandin. Det har bidragit till den ökade överlevnaden.

Det är svårt att uttala sig om skillnader i överlevnaden mellan de olika länderna. Däremot finns regionala skillnader inom länderna.

– En möjlig förklaring kan vara att alla inte erbjuds samma tillgång till läkemedel, beroende på var i landet man bor. Därför är de här studierna viktiga. De visar att flera linjers behandling förlänger överlevnaden, och då bör fler patienter ha möjlighet att få det, menade Rickard Sandin. *

”Livskvalitet måste mätas på rätt sätt”

Undersökningar av patienternas upplevda livskvalitet är ett viktigt komplement till kvantitativa mätmetoder.

Att människors livskvalitet påverkas av sjukdom och behandling vet vi. Många skulle säkert säga att livskvaliteten är lika viktig som själva sjukdomen.

Men vad menar egentligen människor med livskvalitet och hur mäter man den? Detta är fortfarande en stor utmaning för forskningen.

På årets nätverksmöte om njurcancer talade Birgitta Johansson – sjuksköterska, docent i vårdvetenskap och universitetslektor vid institutionen för immunologi, genetik och patologi på Uppsala universitet – om livskvalitet vid cancer och hur man mäter detta.

Idag finns en mängd olika frågeformulär som mäter hälso-relaterad livskvalitet. Dessa används av alltifrån kliniska forskare som undersöker effekt av behandling, till hälsoekonomer som tittar på kostnader för läkemedel och hur det skulle kunna påverka livskvaliteten.

– När man mäter livskvalitetsaspek-

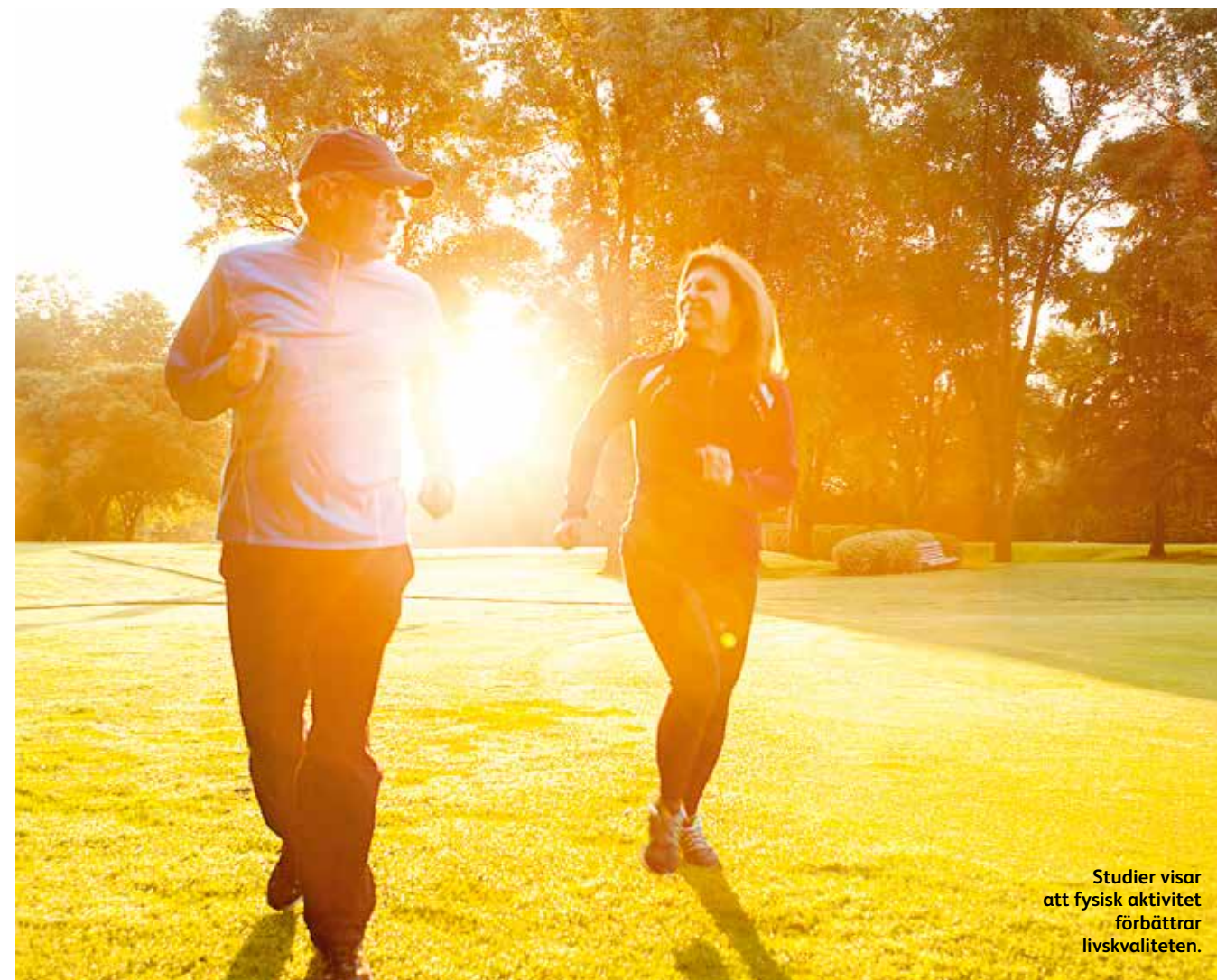
ter med frågeformulär får man ett numeriskt värde, förklarade hon. Det innebär att om man har två grupper så kan man få en statistiskt säkerställd skillnad om det finns tillräckligt många deltagare och variationen i svaren är liten. Men det betyder inte att svaren har någon betydelse för en patientgrupp. I litteraturen finns många sådana exempel där det inte går att veta

om svaren är betydelsefulla för patienter.

Birgitta Johansson påpekade att när forskare vill jämföra grupper så måste de använda kvantitativa mätmetoder. Men för att få fram tillförlitliga svar behöver man även tänka på vilken skala man använder. Man kan till exempel intervjua deltagare som fått ett visst värde på den skala man använt för att få en förståelse för vad värdet på skalan betyder för deltagaren.

– Det är omöjligt att veta betydelsen av en studie om man inte också undersöker det närmare i systematiska undersökningar, antingen via intervjuer eller genom att jämföra grupper med kända skillnader i livs-

» När man pratar allmänt om livskvalitet är det mycket viktigt att samla in patientrapporterad data. Tidigare tittade forskare endast på mortalitet och till exempel trycksår. «



Studier visar att fysisk aktivitet förbättrar livskvaliteten.

kvalitet, till exempel botade och icke botade deltagare.

– När man pratar allmänt om livskvalitet är det mycket viktigt att samla in patientrapporterad data. Tidigare tittade forskare endast på mortalitet och till exempel trycksår. Idag har klinisk erfarenhet lärt oss att det är nödvändigt att även få patienternas upplevelser om vi ska förstå vad som är hälsorelaterad livskvalitet. Man behöver helt enkelt veta hur patienterna själva bedömer sin hälsa och livskvalitet.

– För att på bästa sätt se till att resultaten är tillförlitliga i tester måste det självklart finnas vissa krav på de mätinstrument som tas fram. Framför allt ska validitetsmått ingå, det vill säga förmågan att mäta det som avses att mäta. Vidare måste formulären vara känsliga för förändringar, det som kallas sensitivitet, lätta att använda,

beräkna och tolka. Dessutom måste det gå att fastställa kliniskt meningsfulla skillnader för att resultaten ska vara relevanta.

Birgitta Johansson underströk att patientrapporterad livskvalitet är ett mycket värdefullt komplement till andra mått på vårdens kvalitet. Patientrapporterade resultat innebär att svaren kommer direkt från patienterna själva utan att läkare eller annan sjukvårdspersonal tolkat dessa i förhållande till hälsostatus eller behandling.

När det gäller livskvalitet vid njurcancer finns det idag inte så många undersökningar.

– Det beror på att det är en liten diagnosgrupp. Små diagnosgrupper undersöks inte lika ofta som de större där till exempel bröst-, prostata- samt änd- och tjocktarmscancer ingår, sade Birgitta Johansson.

Det finns dock vissa livskvalitetsstudier vid njurcancer. I studien “Health-related quality of life in long-term survivors after renal cancer treatment” av Beisland och medarbetare (2014) kan man se att patienter som behandlats för njurcancer kan ha en nedsatt livskvalitet många år efter avslutad behandling. Andra studier har visat att psykiska besvär som till exempel posttraumatisk stress och depression har en starkt negativ inverkan på livskvaliteten. Studier har även visat att fysisk aktivitet kan vara ett sätt att förbättra livskvaliteten.

– Att göra den här typen av mätningar i klinisk verksamhet kan förbättra kommunikationen mellan vårdgivare och patient och medverka till en ökad livskvalitet, sade Birgitta Johansson och påpekade att livskvalitetsstudier måste göras lika noggrant som läkemedelsstudier. *

”Patientkraften en viktig resurs i svenska vården”

En väl fungerande patientförening är avgörande för att nå ut med information om sjukdomen och är samtidigt ett viktigt stöd för de drabbade.

När Jörgen Jehander för drygt ett år sedan fick frågan om att starta en patientförening för njurcancerdrabbade och anhöriga tvekade han inte.

Behovet var skriande. Det fanns inget ställe dit patienter kunde vända sig för att träffa andra i liknande situation eller för att få information om sjukdomen. Ingen kunde heller föra patienternas talan.

Jörgen Jehander vet precis vad man går igenom efter ett cancerbesked.

Efter att plötsligt ha känt smärta på höger sida som ökade i styrka och till slut blev outhärdlig hamnade han 46 år gammal på akuten på Danderyds sjukhus med misstänkt njursten. Under rondens påföljande dag berättade läkaren att den läkare som gjort datortomografin dagen innan sett att det inte var njursten. Istället hade man upptäckt något på njuren som inte skulle vara där. Men när Jörgen frågade vad det kunde vara fick han inget svar.

– Jag fick bara veta att de ville göra en kontraströntgen för att få bättre bilder. Jörgen berättade att hjärnan gick igång direkt. Kunde det vara en cysta eller var det en tumör?

– Jag började läsa om njurtumörer och njurcancer och förstod att det kunde röra sig om något allvarligt. Och när det återigen var dags för rond sade

läkaren att vi skulle ha ett allvarligt samtal. Efter det försvann läkaren i en timme. Det är den längsta timmen jag upplevt i mitt liv, sade Jörgen Jehander när han berättade om sin cancerresa inför den församlade publiken på nätverksmötet.

JÖRGEN JEHANDER
Själv drabbad av cancer. Engagerad i Njurcancerföreningen som har drygt 40 medlemmar.



– Jag passade på att ringa min fru och sade att hon måste komma in, för det var inte bara en njursten utan sannolikt något mycket mer allvarligt. Min fru hann precis komma när läkaren sade att vi skulle gå in på hans rum. Han berättade direkt att jag hade njurcancer, en sju centimeter stor tumör.

Jörgen minns att ridån gick ned.

– Jag kommer inte ihåg så mycket av samtalet, men min fru hörde allt. På tio minuter hade livet tagit en tvär vändning. Jag hade nu en farlig cancersjukdom.

Tyvärr upplevde Jörgen Jehander bemötandet från vården som oengagerat.

– Läkaren var ofokuserad. Jag kände att jag inte ville vara kvar på detta sjukhus. Istället började jag kontakta

olika sjukhus, bland annat ett i USA som ville se röntgenplåtarna. Men på Danderyds sjukhus ville man inte lämna ut dessa. Efter många turer och sjukhuskontakter fick jag till slut tid hos en läkare på S:t Görans sjukhus som var specialist på njurcancer. Nu kände jag mig trygg. Hon visade mig på sin dator hur tumören såg ut och var i njuren den satt.

Initiativet till Njurcancerföreningen kommer från läkare, kontaktsjuksköterskor och patienter som tillsammans vet hur avgörande det är med en väl fungerande patientförening. Föreningen skapades 2015 och bygger sakta men säkert upp en bred verksamhet där det är medlemmarna som sätter agendan.

– Vi arbetar nära professionen och forskningen för att sprida så mycket information som möjligt om sjukdomen, aktuella behandlingar och nya rön. Idag är vi över 40 medlemmar och har gått från att etablera oss till att nu ha lokalföreningar. Under den korta tid vi funnits har vi också hunnit med före-

läsningar om njurcancer ur både ett kirurgi- och onkologiperspektiv, samt cancerrehabilitering. Informationsmöten har också lett till nätverkande som syftat till att få fler medlemmar

Njurcancerföreningen är också medlemmar i Nätverket mot cancer.

Målet med föreningen är, förutom att sprida information om sjukdomen och behandlingar och vara ett stöd för patienter och anhöriga, även att verka för att korta alla genomloppstider i vården och göra den mer jämlik.

– Det finns skillnader mellan sjukhusen i landet, både när det gäller vården och omhändertagandet. Det

märkte jag själv av, sade Jörgen Jehander och underströk att ute i landet skiljer det också i väntetider från grundad misstanke till operation. Det finns heller inte specialistvård i hela landet. Vissa sjukhus har inte ens en egen urolog. Istället är det en allmänläkare på en vårdcentral som lämnar beskedet.

Genom att det nu kommit standardiserat vårdförlopp för njurcancer hoppas Jörgen Jehander på att vården ska förbättras och ojämlikheterna utjämnas.

– Ett standardiserat vårdförlopp innebär att vi nu kan göra kvalitativa mätningar och rapporter. Det kan bli en murbräcka, sade Jörgen Jehander. *

Nybildade Njurcancerföreningen hjälper andra i samma situation.



»Vi arbetar nära professionen och forskningen för att sprida så mycket information som möjligt om sjukdomen, aktuella behandlingar och nya rön.«

För lite stöd till unga vuxna

Föreningen Ung Cancer ser människorna bortom sjukdomen och stödjer unga så att de inte ska behöva känna sig ensamma i samband med behandlingen.

Unga vuxna som drabbas av cancer får alldeles för lite stöd. Det menade Ante Nordqvist, medlemskoordinator på föreningen Ung Cancer, när han pratade på nätverksmötet.

– Sjukvården tillgodoser inte den här gruppens psykosociala behov. Man missar de själsliga frågorna.

Medlemsföreningen Ung Cancer bildades 2010 av den då 23-åriga Julia Mjörnstedt och hennes väninna Hanna Wekell. 2007 drabbades Julia av tarmcancer, och under behandlingen kände hon sig helt ensam i sin situation. När hon låg inlagd på sjukhuset fanns bara äldre patienter på avdelningen. Hade hon varit barn skulle hon ha hamnat på en barnavdelning med ett helt annat stöd och tillsammans med andra som befann sig i en liknande situation som hon själv. Nu kunde hon inte identifiera sig med sina medpatienter. Hon upplevde också att vårdpersonalen kände sig osäkra i mötet med henne.

– När det handlar om livskvalitetsfrågor är inte sjukdomsdiagnosen det viktigaste. Istället är det var man befinner sig i livet och vilken situation man har, förklarade Ante Nordqvist. Det är inte så att unga vuxna har större behov än äldre patienter, men deras behov ser annorlunda ut. När man är 20–25 år och på väg ut i livet ska man vara på topp.

– Vissa cancerdiagnoser som gyn- och testikelcancer är också vanligare hos unga vuxna. Sjukdomarna kan förstöra sexlivet. Att ha ett fungerande sexliv är ju norm hos unga människor. När det inte gör det påverkas självbilden.

Ante Nordqvist påpekade också att de flesta unga vuxna inte har någon tidigare erfarenhet av sjukvården, något som äldre många gånger har.

– Plötsligt befinner man sig i en situation där större delen av vardagen tillbringas på ett sjukhus och där livet springer ifrån en. Många gånger ser sjukvårdspersonalen sjukdomen som



Unga vuxna har ofta svårt att identifiera sig med äldre medpatienter.

en paus i livet. Men det är patientens vardagsliv som utspelar sig på sjukhuset, underströk han.

– Här har sjukvården mycket att lära kring palliativ vård, så att de kan skapa en så bra vardag som möjligt under behandlingstiden. Det är naturligtvis en resursfråga. Räcker inte pengarna ser man i första hand till att den medicinska vården fungerar. Men man måste också se till att patienterna mår psykiskt bra när de lämnar sjukvården, sade Ante Nordqvist bestämt. Även de närståendes hälsa är viktig. Stötts inte de närstående får man extra kostnader i form av sjukskrivningar.

Idag har Ung Cancer 3 300 medlemmar, och 12 personer är anställda på heltid.

– Dessutom har vi 100 volontärer ute i landet som bland annat hjälper till med event och pärl dagar. Vi är helt beroende av att allmänheten hjälper till, förklarade Anton Nordqvist.

Finansieringen kommer bland annat från försäljningen av *Fuck cancers* armband.

Målet med föreningen är att ingen ung vuxen ska behöva känna sig ensam i sin sjukdom. Även de anhöriga ska ha möjlighet att mötas av stöd och förståelse och träffa andra med liknande erfarenheter.

– Vi hjälper till med rehabilitering, stöd, event, mötesplatser, information och debatter. Vi vill helt enkelt förändra villkoren för de drabbade. En viktig fråga är att vården ska se patienten som en människa – inte bara en sjukdom. Tyvärr behandlas många som en diagnos. Det vill vi ändra på. Vi vill också att man ser de olika åldersgrupperna som individer. I andra länder finns särskilda avdelningar för unga vuxna cancerdrabbade. Det vill vi belysa, avslutade Ante Nordqvist. *

»När det handlar om livskvalitetsfrågor är inte sjukdomsdiagnosen det viktigaste. Istället är det var man befinner sig i livet och vilken situation man har.«

Nya angreppssätt ger bättre behandling

Innovativa hämmare (TKI) och immunterapi tar utvecklingen framåt

Från att ha varit en näst intill icke-behandlingsbar sjukdom har vi under de senaste tio åren fått flera nya läkemedel som hjälper patienter med spridd njurcancer att få ett längre och bättre liv. Det berättade Sandra Asanin, medicinsk rådgivare inom onkologi på Pfizer, och pekade särskilt på innovativa tyrosinkinashämmare (TKI) och nya immunterapi som viktiga framgångsfaktorer.

– Två nya terapier har kunnat visa överlevnadsvinst hos en stor grupp patienter med den vanligaste typen av njurcancer. En av dessa är cabozantinib – ett nytt TKI-läkemedel med en bred verkningsmekanism.

I en fas 3-studie där 658 patienter valdes ut slumpmässigt har man kunnat se en progressionsfri medianöverlevnad (PFS) på 7,4 månader hos de som behandlades med cabozantinib jämfört med 3,8 månader hos dem som fick behandling med everolimus. Patienterna i cabozantinibgruppen behandlades dagligen med en dos på 60 mg, medan de i jämförelsegruppen fick 10 mg everolimus dagligen. Det primära effektmåttet i studien var total överlevnad, som visat sig vara signifikant längre i cabozantinibgruppen jämfört med everolimusgruppen – 25 månader mot 19,6 månader.

För att en tumör ska kunna växa och sprida sig behövs nya blodkärl som växer in i tumören och förser den med syre och näring, så kallad angiogenes.

Tyrosinkinashämmare kan hindra nya blodkärl från att bildas och därigenom strypa näringstillförseln till tumören. Men till skillnad från tidigare läkemedel med samma funktion så är verkningsmekanismen hos cabozantinib lite annorlunda. Medan andra preparat oftast hindrar en dominant typ av signalvägar som är viktiga för angiogenesen så bekämpar det nya läkemedlet flera signalvägar parallellt.

– Genom att läkemedlet potentiellt hämmar flera signalvägar kan detta leda till omfattande biverkningar, bland annat mag-tarmproblem och hudbesvär. Därför passar behandlingen inte alla patienter, förklarade Sandra Asanin.

I studier fick 60 procent av patienterna gå ner i dos på grund av biverkningar. Man måste därför vara tillräckligt frisk för att klara behandlingen. Den signifikanta överlevnadsvinsten gjorde dock att cabozantinib godkänns för andra linjens behandling och rekommenderas som förstahandsval i andra linjen.

»Två nya terapier har kunnat visa överlevnadsvinst hos en stor grupp patienter med den vanligaste typen av njurcancer. En av dessa är cabozantinib – ett nytt TKI-läkemedel med en bred verkningsmekanism.«

Under mötet talade Sandra Asanin också om en ny immunterapi, nivolumab, som behandlingsmetod. Även om dessa läkemedel har kommit att revolutionera cancerbehandlingen så är också de förenade med biverkningar och hjälper inte alla.

– Immunterapi har visat sig vara mycket effektiv i de fall det fungerar. Vid melanom och några andra typer av cancer kan effekten vara långsiktig. Patienter med cancer i ett sent stadium kan leva länge och några även botas. Det har man aldrig tidigare sett. När det gäller njurcancer är nackdelen att endast upp till cirka 25 procent av de cancerpatienter som behandlas har nytta av det. Eftersom det också kan ta längre tid innan behandlingen ger resultat så vet läkaren inte säkert om patienten kommer att få effekt eller

– Immunterapi gör så att kroppens T-celler vaknar till liv, letar upp tumörcellerna och går till attack ungefär som vid en infektion, säger Sandra Asanin.

inte. Det går inte att förutse vilka patienter som kommer att få nytta av den nya immunterapin innan behandlingen inleds, förklarade Sandra Asanin.

Immunterapi fungerar genom att stimulera kroppens eget immunförsvar till att attackera tumörcellerna. Mycket förenklat gör behandlingen att kroppens T-celler vaknar till liv, letar upp tumörcellerna och går till attack ungefär som vid en infektion. T-celler är en typ av vita blodkroppar som utgör en central del av vårt immunförsvar.

– Men förutom att attackera tumörceller kan de aktiverade T-cellerna även anfalla kroppens egna friska organ, vilket kan ge inflammationer. Vårdgivare är ännu inte vana vid den här typen av biverkningar hos cancerpatienter. Ett annat

bekymmer är också att man ännu inte vet under hur lång tid behandlingen ska pågå.

Idag används denna typ av immunterapi främst vid malignt melanom, lung- och njurcancer men testas även vid många andra cancerformer.

Sandra Asanin påpekade att även om dessa nya behandlingsformer inte kan hjälpa alla cancerpatienter så har vi tagit ett stort kliv framåt i utvecklingen av cancerläkemedel. Och för njurcancerpatienter ger det hopp.

– Nästa steg blir att vi lär oss mer om hur vi ska kombinera olika behandlingar och hur vi ska använda dem i olika linjer. Om några år kommer vi att använda olika kombinationer, och behandlingen blir ännu mer individualiserad. Man kommer också att testa olika sekvenser, det vill säga i vilken ordning behandlingarna ska ges.

– Den här kunskapen hoppas vi kommer att signifikant förlänga överlevnaden. De närmaste tio åren kommer att bli oerhört spännande, avslutade Sandra Asanin. *

SANDRA ASANIN
Medicinsk rådgivare inom onkologi på Pfizer.



»Mycket värdefullt med info om nya behandlingar och även att få patientföreningars synpunkter på bemötande.«

»Bra mötesplats!«

»Överlag otroligt bra nivå, struktur och information på rätt nivå. Nyttig, ny och bra info, även om jag hade koll på båda föreningarna.«

Anser du att programmet uppfyllde dina förväntningar?

»Över förväntan faktiskt. Trodde vi skulle prata mycket om biverkningshanteringar och behandlingar av dessa. För mig passade detta perfekt.«

»Stärkte min känsla av att kontakt-sjuksköterskeuppgiften är viktig. Känns bra att patienterna också tycker så och att jag kan underlätta deras resa.«

»Bra upplägg med paus, föreläsningars längd och innehåll. Ev. bjuda in patienter som berättar om t.ex. bemötandet och sin historia. Hade varit intressant med en patientrepresentant från Ung Cancer, också.«

För dig som träffar njurcancerpatienter rekommenderar vi att läsa mer på Pfizers patientsidor, www.sutentpatient.se och www.inlytapatient.se. Här hittar du också filmer.

Anders Carlsson / Danderyds sjukhus

Cancer ökar risken för venös trombos

Viktigt med individuell bedömning av patientens totala trombosrisk.

Cancer är en viktig riskfaktor för att också drabbas av venös trombos. Omkring 15–20 procent av all venös tromboembolism (VTE) är relaterad till cancersjukdom.

– Diagnosen venös trombos kan vara en markör på en cancersjukdom. Det är då inte blodproppen som orsakat cancer. Däremot kan en dold tumorsjukdom ligga bakom att det bildats en blodpropp. När en patient drabbas av en venös trombos är det därför av stor vikt att man funderar över att göra en cancerutredning och gå igenom anamnes, övriga symptom och eventuellt ta labbprover, förklara Anders Carlsson, överläkare på Hemostascentrum vid Danderyds sjukhus.

Det är inte bara cancersjukdomen som kan orsaka venösa trombos. Själva behandlingen innehåller också flera moment som utgör risk för att patienten ska drabbas av venös trombos.

– En operation är alltid en riskfaktor. Och är operationstiden lång ökar risken ytterligare för att det ska bildas proppar. Därför är man noga med att ge trombosprofylax vid kirurgiska ingrepp. Här är dalteparin (Fragmin) *the drug of choice*, med bäst vetenskaplig dokumentation. Det pågår också kliniska prövningar med nya anti-

koagulantia som trombosprofylax vid kirurgi.

– Utöver själva det kirurgiska ingreppet kan övrig behandling, som hormonell terapi, strålterapi och imobilisering, öka risken för venös trombos.

Anders Carlsson påpekade också att många patienter är inaktiva på grund av trötthet, smärta, inflammation eller infektioner under sjukdomsperioden, vilket också kan medverka till ökad risk för venös tromboembolism.

– Trombosjukdomar är ett svårt

och farligt problem för patienterna. Ofta sitter proppen i underben, lår eller höft. Och för att det inte ska bildas en defekt venös cirkulation, med bensvullnad som följd och i förlängningen venösa bensår, är det viktigt att behandla. Ett annat viktigt skäl att ta detta tillstånd på allvar är risken för lungemboli, som innebär att hela eller delar av en blodpropp vandrar upp till lungan. Detta är många gånger livshotande.

Hur länge en cancerpatient med venös trombos ska behandlas med antikoagulantia är svårbedömt. Det är därför viktigt att bedöma patientens "totala" trombosrisk, och undvika alltför schablonmässig bestämning av behandlingstiden. Återfallsrisken i venös trombos är betydligt högre hos patienter med cancer jämfört med dem utan. *

ANDERS CARLSSON
Överläkare på
Hemostas-
centrum vid Dan-
deryds sjukhus.



Omkring 15–20
procent av all VTE är
relaterad till cancer.

