



Pakkeforløb for lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi

For fagfolk



Pakkeforløb for lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi

For fagfolk

© Sundhedsstyrelsen, 2023.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-487-2

Sprog: Dansk
Version: 4.0
Versionsdato: 01.05.2023
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Maj 2023

Link til andre publikationer om lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi:

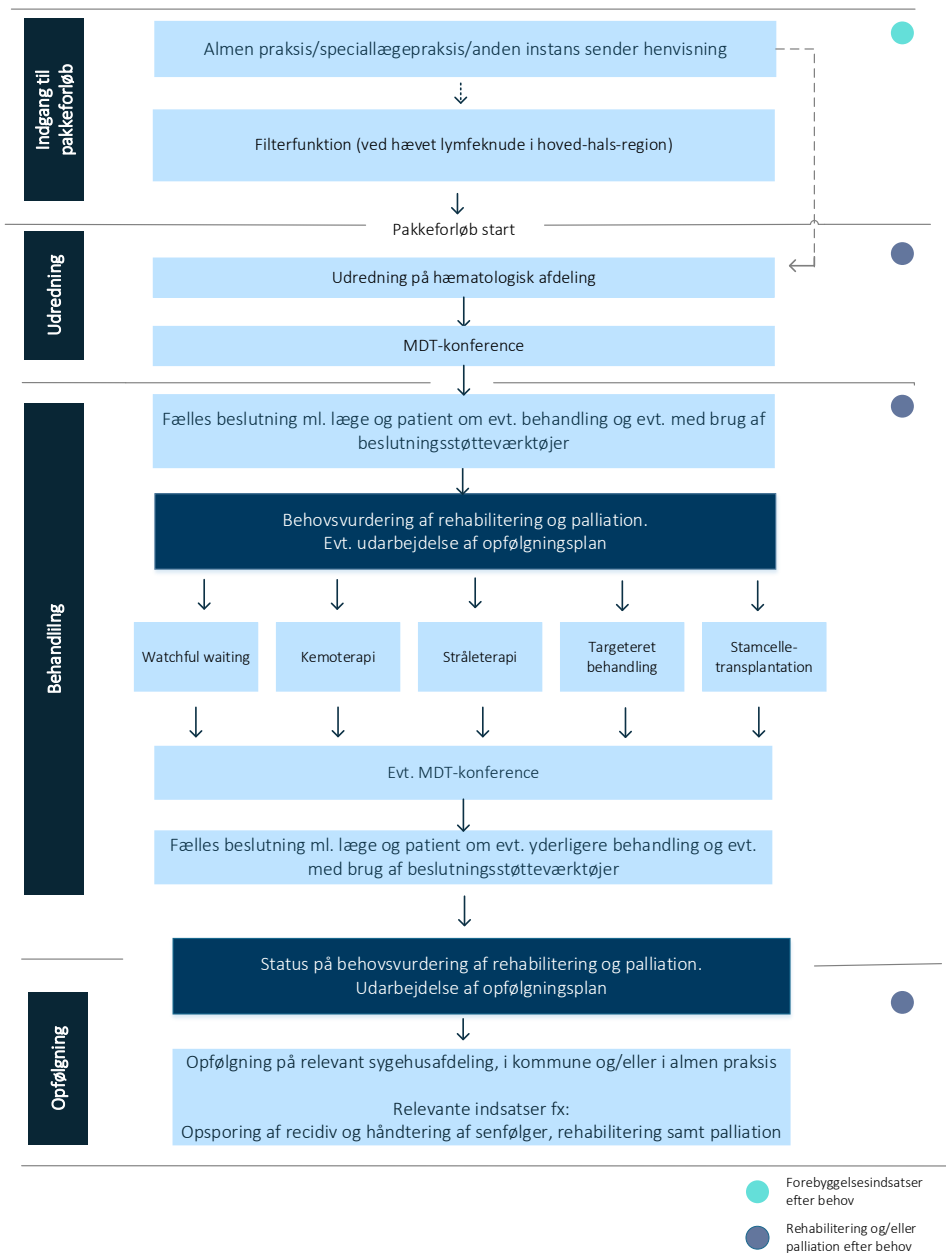
- [Indgang til Pakkeforløb for lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi . Til brug i almen praksis](#)
- [Patientpjece om Pakkeforløb for lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi](#)
- [Læsevejledning: Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer; begreber, forløbstider og monitorering](#)

Indholdsfortegnelse

1. Oversigt. Pakkeforløb for lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi.....	4
2. Forløbsbeskrivelse	5
2.1. Indgang til pakkeforløbet	6
2.2. Udredning.....	10
2.3. Vurdering af behov	12
2.4. Behandling	12
2.5. Opfølgning	14
3. Rehabilitering, senfølger og palliation.....	19
3.1. Rehabilitering ved lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi.....	20
3.2. Senfølger ved lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi.....	21
3.3. Palliation ved lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi.....	25
4. Forløbstider	27
Bilag 1. Registreringsvejledning	28
Bilag 2. Arbejdsgruppens sammensætning.....	34
Referenceliste	36

Se også Sundhedsstyrelsens læsevejledning om de generelle principper for pakkeforløb for kræft *Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer; begreber, forløbstiders og monitorering.* (1)

1. Oversigt. Pakkeforløb for lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi



2. Forløbsbeskrivelse

Kapitlet indeholder standardbeskrivelser for patientens forløb fra henvisning til udredning, behandling og opfølgning. I bilag 1 findes registreringsvejledningen for det samlede patientforløb.

Pakkeforløbet omhandler lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi.

Lymfeknudekræft (maligne lymfomer) er navnet på en gruppe af sygdomme, som udgår fra immunforsvarets celler, lymfecellerne (lymfocytterne). Lymfeknudekræft inddeles i undertyper efter WHO's klassifikation og er baseret på, hvilket lymfocyt-udviklingstrin tumorcellerne udgår fra. Symptomer, sygdomsforløb og behandling varierer meget undertyperne imellem. Der er ca. 1.500 nye tilfælde af lymfeknudekræft om året i Danmark, ca. 90% af dem er de såkaldte non-Hodgkin lymfom og ca. 10% er Hodgkin's lymfom. Der er over 70 undertyper af non-Hodgkin lymfomer.

Klinisk kan man inddele lymfeknudekræft i langsomtvoksende, lavmaligne lymfomer, som ofte ikke kræver behandling ved diagnose, og aggressive lymfomer, som karakteriseres ved hurtig vækst og relativt hurtigt behandlingsbehov. Årsagen til lymfeknudekræft er ukendt, men en række disponerende faktorer mistænkes. Der er en øget hyppighed af lymfeknudekræft blandt patienter med svækket og/eller aktiveret immunforsvar, fx som følge af organtransplantation, HIV eller inflammatoriske bindevævssygdomme (leddegigt og mb. Sjögren). En række infektioner kan desuden øge risikoen for non-Hodgkin lymfom. Det ses bl.a. ved kronisk infektion med *Helicobacter pylori*, som øger risikoen for MALT-lymfom i mavesækken eller ved kronisk hepatitis C infektion, hvor risikoen for at udvikle non-Hodgkin lymfom er øget.

Kronisk lymfatisk leukæmi (CLL) er en sygdom, som i lighed med lymfeknudekræft udgår fra lymfecellerne. Sygdommen er kronisk, men en del patienter har ingen symptomer på sygdom og vil i lange perioder kunne klare sig uden behandling. Andre har mere aktiv sygdom med bl.a. træthed, hævede lymfeknuder, øget infektionstilbøjelighed mv til følge. Der registreres ca. 450 nye tilfælde af kronisk lymfatisk leukæmi om året i Danmark. Kronisk lymfatisk leukæmi rammer primært ældre mennesker; medianalderen er ca. 74 år og sygdommen forekommer dobbelt så hyppigt blandt mænd som blandt kvinder. Årsagen til kronisk lymfatisk leukæmi er ikke kendt, men førstegradsslægninge til patienter med kronisk lymfatisk leukæmi har ca. 7 gange øget risiko for at udvikle kronisk lymfatisk leukæmi, en ca. dobbelt så stor risiko for at udvikle Hodgkin lymfom og ca. 1,5 gange øget risiko for non-Hodgkin lymfom.(2,3)

I Danmark får 10-15 børn årligt Hodgkin eller non-Hodgkin lymfom. Se nærmere i pakkeforløb for kræft hos børn(4). Nærværende dokument omhandler udelukkende lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi hos voksne.

2.1. Indgang til pakkeforløbet

Ved symptomer på lymfeknudekræft eller kronisk lymfatisk leukæmi skal henvisende læge følge beskrivelsen nedenfor (afsnit 2.1.1).

Symptomerne på lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi er ofte uspecifikke almensymptomer, som kan være tegn på en række andre sygdomme og tilstande. Derfor vil flere patienter forud for henvisning til dette pakkeforløb være blevet udredt via *Diagnostisk Pakkeforløb(5)* eller *Pakkeforløb for hoved- og halskræft(6)*, hvorfra der også kan ligge relevante prøvesvar, der skal tages med i eventuel videre udredning.

2.1.1. Håndtering af symptomer på lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi

Patienter med lymfeknudekræft eller kronisk lymfatisk leukæmi oplever ofte uspecifikke almensymptomer såsom væggtab, almen sygdomsfølelse, træthed, øget infektionstilbøjelighed mm.

Der kan være tale om blot ét symptom, men i mange tilfælde vil patienten opleve en kombination af symptomer, som bør give anledning til mistanke om lymfeknudekræft eller kronisk lymfatisk leukæmi og foranledige, at der iværksættes yderligere undersøgelser.

Symptomer og fund:

- Én eller flere forstørrede lymfeknude(r) (>1,5-2 cm i største diameter), som ikke kan tilskrives anden oplagt forklaring (fx infektion)
- Udtalt, uforklaret træthed
- Vedvarende feber af ukendt årsag.
- Nattesved
- Større, utilsigtet væggtab (5 % af personens normale vægt gennem en periode på 6 mdr. eller 10% gennem en periode på mindre end et år)
- Uforklaret lav blodprocent (anæmi)
- Vedvarende forhøjet lymfocytal ($\geq 5 \times 10^9/L$ i mere end 3 mdr.) (lymfocytose)
- Forstørret milt (splenomegali)

Den hyppigste debutmanifestation ved lymfeknudekræft er én eller flere forstørrede lymfeknuder.

Indledende udredning i almen praksis:

Ved et eller flere af ovenstående symptomer og fund, som giver mistanke om lymfeknudekræft eller kronisk lymfatisk leukæmi, foretager almen praksis følgende parakliniske undersøgelser. Undersøgelserne bør foretages samlet.

<u>Hæmatologi</u>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Hæmoglobin</u> • <u>Leukocyt differentialtælling</u> • <u>Trombocytal</u>
<u>Væske- og elektrolytbalance</u>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Kreatinin (eGFR)</u> • <u>Natrium</u> • <u>Kalium</u> • <u>Calcium, total</u>
<u>Organmarkører</u>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>ALAT (Alanin-aminotransferase)</u> • <u>LDH (Lactatdehydrogenase)</u> • <u>Basisk phosphatase</u> • <u>Bilirubin</u>
<u>Hæmostase</u>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>INR* (koagulationsfaktor II, VII, X)</u>
<u>Immunologi og inflammation</u>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>CRP (C-reaktivt protein)</u>
<u>Metabolisme</u>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Urat (urinsyre)</u>

*i tilfælde af senere kirurgisk indgreb, hvis detteskønnes relevant

Ved mistanke om alvorlig sygdom, der kan være kræft, uden at der er mistanke om organspecifik kræfttype, kan patienten henvises til Diagnostisk pakkeforløb(5).

Særligt vedr. lymfocytose uden ledsagende symptomer eller fund

Patienter med påvist lymfocytose ($\geq 5 \times 10^9/L$), uden ledsagende symptomer eller fund, giver ikke anledning til akut behandlingsbehov, men bør rejse mistanke om kronisk lymfatisk leukæmi. Disse patienter bør konfereres med, eller henvises til hæmatologisk afdeling, men opfylder ikke kriterierne for henvisning i regi af Pakkeforløb for lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi. I samråd med visiterende læge på specialafdeling for hæmatologi træffes beslutning om, hvorvidt disse patienter skal henvises til vurdering og undersøgelse på hæmatologisk afdeling, eller om de kan følges hos praktiserende læge med nye blodprøver og vurdering efter 3-6 måneder med henvisning til hæmatologisk afdeling ved tegn på progression af tilstanden.

Filterfunktion

Ved mistanke om lymfeknudekræft eller kronisk lymfatisk leukæmi og fund af én eller flere forstørrede lymfeknude(r) i hoved-halsregionen uden anden oplagt forklaring, henvises til filterfunktion¹ ved øre-næse-hals-læge, enten i speciallægepraksis eller på sygehusafdeling.

Hvis den praktiserende øre-næse-hals-læge ikke har mulighed for at modtage patienten samme dag, som henvisningen modtages, eller den efterfølgende hverdag, skal der henvises direkte til øre-næse-halskirurgisk afdeling - helst suppleret med telefonisk opringning.

Øre-næse-hals-lægen vil, på baggrund af den samlede kliniske vurdering, henvise til Pakkeforløb for lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi, et andet pakkeforløb eller eventuel videre udredning i andet regi.

Der gøres opmærksom på, at finnålsaspirat ikke kan bruges til at diagnosticere lymfeknudekræft. Ved mistanke om lymfeknudekræft eller kronisk lymfatisk leukæmi bør hele lymfeknuden derfor fjernes, for at undgå unødigt, ekstra ventetid.

Dem der har taget biopsien/fjernet lymfeknuden, er ansvarlig for at informere patienten om prøvesvar, med mindre andet er aftalt lokalt.

2.1.2. Kriterier for henvisning til pakkeforløb for lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi

Patienten henvises i pakkeforløb til en hæmatologisk afdeling med regionsfunktion, jf. specialevejledningen(7), hvis:

- Filterfunktion (øre-næse-hals-læge), på baggrund af den samlede kliniske vurdering, finder, at der er tale om lymfeknudekræft eller kronisk lymfatisk leukæmi.

eller

- Almen praksis eller anden instans, på baggrund af indledende udredning samt parakliniske undersøgelser, får mistanke om lymfeknudekræft eller kronisk lymfatisk leukæmi.

Fund af én eller flere forstørrede lymfeknude(r) kan også give anledning til henvisning til

¹ 'Filterfunktion' kan være ambulant undersøgelse på sygehus eller i speciallægepraksis, som skal sandsynliggøre kræftmistanken før egentlig opstart af et kræftpakkeforløb.

forskellige andre pakkeforløb, afhængig af placering, anamnese og klinisk mistanke. Nedenfor ses oversigt over relevante pakkeforløb.

Placering af lymfeknude	Filterfunktion	Pakkeforløb
Hoved-halsregion	Ja (øre-næse-hals-læge)	Pakkeforløb for hoved-halskræft Pakkeforløb for lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi
Armhule, hos kvinder	Nej	Pakkeforløb for brystkræft
Armhule, hos mænd	Nej	Diagnostisk Pakkeforløb (afhængig af lokal organisering)
Alle andre lokalisationer	Nej	Diagnostisk pakkeforløb Pakkeforløb for lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi

Information og patientinddragelse

Henvissende læge skal informere patienten om, at denne henvises til filterfunktion eller pakkeforløb på baggrund af symptomer på lymfeknudekræft eller kronisk lymfatisk leukæmi, og at der vil ske en hurtig indkaldelse til videre udredning.

Hvis diagnosen lymfeknudekræft eller kronisk lymfatisk leukæmi afkræftes, er det vigtigt, at henvissende læge får information herom, hvorpå denne er ansvarlig for koordinering af det videre forløb, herunder eventuel udredning for anden sygdom. En god relation mellem patient og sundhedspersonalet, inddragende dialog, planlægning af et sammenhængende forløb og hensyntagen til den enkeltes ressourcer og livsomstændigheder, har betydning for udbyttet af ydelser og behandling i sundhedsvæsenet.(8)

2.2. Udredning

Udredning og stadietinddeling forløber i henhold til Dansk Lymfom Gruppens (DLG) kliniske retningslinjer(9).

Lymfeknudekræft

Den hæmatologiske afdeling med regionsfunktion vil som hovedregel først modtage patienten, når denne har fået verificeret lymfeknudekræft efter biopsitagning. De hæmatologiske afdelinger med regionsfunktion vil, afhængig af lokale forhold, i nogle tilfælde modtage patienten før diagnosen er verificeret og selv have initieret udredningen inklusiv biopsi. Dette fx ved akutte, livstruende tilstande eller i tilfælde af recidiv i opfølgningsperioden.

På grund af lymfomernes udtalte kliniske heterogenitet, vil en del patienter blive primært udredt på andre sygehusafdelinger end afdelinger med hæmatologisk funktion, enten på grund af akutte medicinske tilstande førende til akut indlæggelse, eller fordi man oprindeligt havde mistænkt anden sygdom.

Ved akutte eller livstruende tilstande, som fx ileus (tarmslyng), kompression af vena cava, hypercalcæmi eller CNS-symptomer (fx lammelse, synsforstyrrelser, kramper, medullært tværsnitssyndrom) pga. tryk fra tumormasse, indlægges patienten og udredning foregår under indlæggelse. Hurtigt voksende lymfeknuder, stærkt forhøjet LDH og/eller tegn til spontan tumorlyse, rejser mistanke om meget aggressive lymfom-typer som fx Burkitt lymfom og skal ligeledes udredes akut og under indlæggelse.

Nogle patienter vil præsentere sig med ekstranodal sygdom uden for det lymfatiske væv, med flere differentialdiagnostiske muligheder.

Den diagnostiske indfaldsvinkel afhænger således i høj grad af, hvilken type lymfeknudekræft, der er tale om, og hvilke primære manifestationer sygdommen har. Undersøgelserne tilpasses den kliniske situation og den type af lymfeknudekræft, der er mistanke om, og består som udgangspunkt af:

- Grundig anamnese og objektiv undersøgelse
- Blodprøver
- Diagnostisk biopsi fra involveret område, oftest en lymfeknude, hvis ikke en sådan er udtaget allerede
- Morfologisk og immunhistokemisk undersøgelse af biopsimateriale og evt. supplerende flowcytometrisk og cytogenetisk undersøgelse
- Billeddiagnostik (oftest helkrops FDG PET-CT-skanning)
- I nogle tilfælde knoglemarvsbiopsi

Kronisk lymfatisk leukæmi

Diagnosen kronisk lymfatisk leukæmi kan stilles på baggrund af blodprøver med flowcytometri, evt. i kombination med udstrygning til morfologisk vurdering. Øvrige undersøgelser tilpasses den enkelte patient og den kliniske situation jf. DLG's kliniske retningslinjer.(9)

2.2.1. Fastlæggelse af diagnose og stadienddeling (MDT-konference)

Fastlæggelse af diagnose, stadienddeling og beslutning om behandlingstilbud skal som udgangspunkt foregå på MDT-konference ved afslutningen af den diagnostiske udredning og foregår i henhold til DLG's kliniske retningslinjer.(9)

Speciallæger fra følgende specialer bør være tilstede på MDT-konferencen:

- Hæmatologi
- Onkologi
- Radiologi
- Nuklearmedicin
- Patologi (hæmatopatologi)

Stadienddeling foretages for at undersøge sygdommens udbredelse og vil, sammen med prognostisk index og symptomer, patientens performance status og komorbiditet etc., danne grundlag for, hvilken behandling patienten tilbydes. Valget af behandling er baseret på en samlet vurdering foretaget af behandlingsteamet, og afgøres med udgangspunkt i anbefalingerne i DLG's kliniske retningslinjer.(9)

2.2.2. Tilbud om behandling

På baggrund af MDT-konferencen fastlægges behandlingsmulighederne. Der kan være flere forskellige muligheder, og det er vigtigt at inddrage patientens præferencer i forhold til forventede virkninger og bivirkninger ved det endelige behandlingsvalg. Behandling iværksættes efter information af patienten, eventuelt med deltagelse af pårørende, og dennes informerede samtykke.

Hvis der foreligger relevante validerede beslutningsværktøjer, bør disse anvendes til at understøtte patientens behandlingsvalg. Læs mere i Sundhedsstyrelsens læsevejledning om de generelle principper for pakkeforløb for kræft s. 8 og 10(10)

Hvis patienten har akut behandlingsbehov, opstartes behandlingen før MDT-konferencen.

Hvorvidt patientens tilstand tillader kemoterapi eller anden behandling, er baseret på en samlet vurdering foretaget af behandlingsteamet og afgøres med udgangspunkt i anbefalingerne i DLG's kliniske retningslinjer.(9)

2.3. Vurdering af behov

Der foretages systematisk vurdering af patientens behov for forebyggelse, genoptræning, rehabilitering og palliation i forbindelse med opstart og ved afslutning af behandlingsforløbet. Vurderingen bør desuden gentages ved ændringer i patientens tilstand og på andre relevante tidspunkter. Der skal ved vurderingen være fokus på såvel sygdomsspecifikke som generelle behov. Se kapitel 3 for en nærmere beskrivelse af rehabilitering, senfølger og palliation. Patientens behov for indsatser inden for rehabilitering og palliation beskrives i patientens individuelle plan for opfølgning (Se afsnit 2.5)

Hvis patienten har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning på basis af et funktionstab, kan der henvises til almen genoptræning i kommunalt regi (via en elektronisk genoptræningsplan) eller til specialiseret genoptræning i hospitalsregi. Har patienten behov for forebyggende og rehabiliterende tilbud, kan der henvises til en afklarende samtale i kommunalt regi⁽¹⁾ med henblik på forebyggende og sundhedsfremmende tilbud (læs mere i kapitel 3).⁽¹¹⁾ Både behandlende afdeling og praktiserende læge kan henvises til kommunale forebyggelsestilbud via en elektronisk kommunehenvisning.

Har patienten palliative behov, kan såvel behandlende afdeling som praktiserende læge anmode om kommunal sygepleje via en elektronisk henvisning.

2.4. Behandling

Dette afsnit beskriver overordnet behandlingsmulighederne for lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi. Behandlingen forløber i forhold til DLG's kliniske retningslinjer.⁽⁹⁾

Lymfeknudekræft

Pakkeforløbet dækker, jf. kapitel 2, over mere end 70 undertyper af lymfeknudekræft, som behandles forskelligt. Behandling af lymfeknudekræft er kurativ, symptomlindrende eller livsforlængende, bl.a. afhængig af typen af lymfeknudekræft og den anatomiske udbredelse. Behandlingsmuligheder fastlægges i henhold til DLG's kliniske retningslinjer og på baggrund af en helhedsvurdering af patientens diagnose, prognose, performance status, evt. komorbiditet, samt patientens præferencer.

Behandlingen består af en eller flere af følgende behandlingsmuligheder, evt. i kombination:

- Kemoterapi
- Stråleterapi
- Antistofbehandling (immunterapi)
- Targeteret behandling
- Stamcelletransplantation
- I sjældne tilfælde kirurgi

Nogle patienter med langsomtvoksende (lavmaligne) typer af lymfeknudekræft kan observeres uden behandling (watchful waiting), hvor sygdomsudvikling og symptomer afgør behovet for, hvornår behandling iværksættes. Næsten alle patienter med lavmalign lymfeknudekræft vil dog opleve progression med behov for behandling før eller siden (se kapitel 2.5.2).

Patienter med aggressiv lymfeknudekræft (Burkitt lymfom, lymfoblastært lymfom) eller med livstruende tilstande skal indlægges og behandling iværksættes hurtigst praktisk muligt efter at diagnosen er stillet.

Kronisk lymfatisk leukæmi

Behandlingen af kronisk lymfatisk leukæmi er, for langt de fleste, ikke kurativ. Det overordnede mål med behandlingen er at sikre den enkelte færrest mulige symptomer, bedst mulig livskvalitet samt længst mulig overlevelse. Der er således tale om en kronisk tilstand, hvor en patient observeres uden behandling (watchful waiting) og behandling kun iværksættes, når der er tegn på aktiv sygdom. Behandlingen er da som udgangspunkt:

- Targeteret behandling
- Antistofbehandling (immunterapi)
- Kemoterapi

2.4.1. Forud for behandling

Nedenfor beskrives de hyppigst forekommende komplikationer til sygdom og behandling af lymfeknudekræft eller kronisk lymfatisk leukæmi, som man bør være opmærksom på forud for, og i forbindelse med behandlingen.

Øget infektionstilbøjelighed

Et svækket immunforsvar og en øget infektionstilbøjelighed er den hyppigste enkeltrisiko for patienter med lymfeknudekræft eller kronisk lymfatisk leukæmi og skyldes dels sygdommen, dels behandling med immunsvækkende kemoterapi.

Det bør sikres, at patient og pårørende er informeret om, og udviser forståelse for, forholdsreglerne i forbindelse med svækket immunforsvar, således at de kan handle/ reagere adækvat på symptomer. Patienten bør tilbydes vaccination efter gældende vaccinationsprogram, ligesom der anbefales pneumokokvaccination og årlig influenzavaccination. Patienten anbefales endvidere at følge gældende retningslinjer for vaccination mod covid-19. Vedr. timing af vaccination i relation til kemoterapi henvises til Dansk Hæmatologisk Selskabs retningslinjer.⁽¹²⁾ Det kan desuden være relevant, at husstandskontakter til patienten med lymfeknudekræft eller kronisk lymfatisk leukæmi bliver vaccineret for at beskytte patienten.

Ernæring

Patienter med lymfeknudekræft, kronisk lymfatisk leukæmi eller anden malign blodsygdom er i øget risiko for underernæring med vægttab og tab af muskelmasse til følge. Der

bør derfor være fokus på opsporing, behandling og opfølgning af dette og, hvis relevant, iværksættes ernæringsbehandling og fysisk træning. Patienten vejledes i vigtigheden af at undgå yderligere væggtab og at holde sig fysisk aktiv. Patienten kan vejledes i energi- og proteinrig kost og kan henvises til anden relevant hjælp, fx klinisk diætist på behandlende afdeling eller tilsvarende kommunalt ernæringstilbud. Patienten kan vejledes af en fysioterapeut i forhold til fysisk træning. Ernæringsordination (tidligere grøn recept) udleveres ved behov. Læs mere i Sundhedsstyrelsens *Underernæring Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko - Vejledning til kommune, sygehus og almen praksis*.(13)

Fertilitet

Både hos mænd og kvinder ses infertilitet som en mulig komplikation til behandling med visse typer kemoterapi og strålebehandling. Personer i den fertile alder bør derfor vejledes om muligheden for fertilitetsrådgivning, herunder evt. nedfrysning af sæd eller ovarie-væv, jf. Dansk Hæmatologisk Selskabs retningslinjer.(12)

Tandstatus

Patienter, der skal strålebehandles i hoved-halsregionen, vurderes af onkolog forud for behandling med henblik på at vurdere, om der er behov for at patienten ses af tandlæge. Dette med henblik på at sanere evt. infektionsfoci, planlægning af tidlig tandforebyggelsesindsats i sygehusregi og som dokumentation i forbindelse med evt. senere erstatningsberettiget tilskud til udbedring af tandskader opstået på baggrund af behandlingen. For mere uddybende beskrivelse, se Pakkeforløb for hoved- og halskræft(6) samt DA-HANCA's retningslinjer for Odontologisk Fokussanering(14).

Hjerte-lungesygdom

Forud for opstart af behandling bør patienterne risikovurderes i forhold til eventuel hjertekar- eller lungesygdomme, da der er øget risiko for udvikling/forværring af disse i forbindelse med kemoterapi, ved nogle typer targeterede lægemidler samt ved strålebehandling mod brysthulen.

Sekundær cancersygdom

Visse typer af kemoterapi og strålebehandling kan, særligt hos yngre patienter, på sigt give en øget risiko for en ny kræftsygdom. Patienten rådgives om vigtigheden af totalt rygeophør og sund livsstil for at nedsætte risikoen.

2.5. Opfølgning

I opfølgningsperioden tilrettelægges forløbet individuelt. Med udgangspunkt i DLG's anbefalinger for den konkrete sygdom, udarbejdes en individuel plan for opfølgning til patienten. Patienten skal til alle tider kunne tilgå sin opfølgningsplan. En mundtlig opfølgningsplan er ikke tilstrækkelig.

Efter endt behandling eller ved langvarig behandling kan patienten tilbydes henvisning til en opfølgende samtale hos patientens praktiserende læge med henblik på almenmedicinsk kræftopfølgning og støtte i forløbet. Læs yderligere i Dansk Selskab for Almen Medicins vejledning om kræftopfølgning og støtte i forløbet.(15)

2.5.1. Den individuelle plan for opfølgning

Med udgangspunkt i DLG's anbefalinger for den konkrete sygdom og ud fra en individuel vurdering af patientens behov (se afsnit 2.3), skal der udformes en individuel plan for opfølgning baseret på patientens helbredstilstand, kompetencer, ressourcer, motivation samt evne til egenomsorg.

Opfølgning beskriver den systematiske opfølgning, som en patient tilbydes i en årrække efter endt behandling for sin kræftsygdom. I forhold til lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi foreligger der beskedne evidens for, hvor hyppigt man bør udføre klinisk, paraklinisk og billeddiagnostisk kontrol. Der er ikke evidens for, at hyppigere kontroller eller regelmæssig billeddiagnostik forbedrer overlevelsen.

Den individuelle opfølgingsplan tager udgangspunkt i standardopfølgningsprogrammet for den enkelte sygdom, som beskrevet i DLG's kliniske retningslinjer. Den individuelle tilpasning kan fx bestå i valg af kontrolmodalitet i form af ambulant fremmøde, virtuel kontakt, spørgeskema/PRO-data², telefonisk opfølgning eller lignende, afhængig af mulighederne på den afdeling, der har ansvaret for opfølgningen. Dette gælder uanset om der er tale om opfølgning efter primær behandling eller om der er tale om recidiv eller progression. Ved planlægningen bør der desuden tages hensyn til eventuelle andre kontakter, patienten har til sundhedsvæsenet, fx i forbindelse med komorbiditet eller håndtering af senfølger. Endvidere skal der tages hensyn til, at patienter med dårlig egenomsorg kan have behov for fast klinisk kontrol med fremmøde.

Patienten skal, i forbindelse med udarbejdelsen af den individuelle plan for opfølgning, informeres om sygdommen samt om tegn på recidiv og senfølger. Patienten skal også informeres om, hvor vedkommende skal henvende sig, hvis der opstår symptomer på recidiv eller senfølger.

Opfølgingsplanen kan med fordel påbegyndes tidligt i forløbet, særligt ved langvarig behandling, og skal udarbejdes af den behandlende afdeling.

Opfølgingsplanen udarbejdes ved:

- Afsluttet behandling og efter afklaring af remissionsstatus/behandlingsrespons

² PRO står for Patient Rapporterede Oplysninger. Det er data, der omhandler patientens helbredstilstand, symptomer, livskvalitet, funktionsniveau mv. Det karakteristiske ved patientrapporterede data er, at oplysningerne opsamles systematisk og at patienten selv rapporterer dem. Svarene kan bl.a. anvendes til at kvalificere dialogen i mødet mellem patient og sundhedsfaglig og på tværs af sektorer.

- Påbegyndelse af vedligeholdelsesbehandling
- Påbegyndelse af kontinuerlig behandling, der forventes givet til sygdomsprogression
- Påbegyndelse af observation (watchful waiting) ved lavmalign sygdom uden aktuelt behandlingsbehov

Planen skal beskrive patientens opfølgingsforløb, herunder behov for indsatser og status på eventuelt igangværende indsatser i form af:

- Håndtering af komplikationer (fx infektion hos patienter, der vurderes immunsvækkede)
- Fortsat behandling
- Opsporing af recidiv eller progression (afsnit 2.5.2)
- Rehabilitering og palliation (afsnit 3)
- Håndtering af senfølger (afsnit 3.2)

2.5.2. Opsporing af recidiv og progression

Dette afsnit beskriver overordnet opsporing af recidiv og progression for lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi. Forløbet tilrettelægges i henhold til DLG's kliniske retningslinjer.(9)

Recidiv beskriver tilbagefald af en sygdom, der er behandlet med helbredende sigte (kurativt). Progression beskriver nytilkommen aktivitet (fx voksende lymfeknuder eller uspecifikke almensymptomer (B-symptomer) som fx træthed, vægttab, feber og nattesved) i en kronisk/lavmalign sygdom. Progression kan være behandlingskrævende eller ikke-behandlingskrævende.

Recidiv og sygdomsprogression opspores ofte ved at patienten henvender sig pga. symptomer. Det er derfor særligt vigtigt, at informere patienterne om de symptomer på evt. recidiv eller progression, som skal få dem til at henvende sig. Symptomerne på recidiv og sygdomsprogression er de samme som ved sygdomsdebut, beskrevet i afsnit 2.1.1

Ved opfølgning foretages der som udgangspunkt nedenstående undersøgelser, som kan tilpasses efter individuel vurdering. Opfølgning afhænger i øvrigt af, hvilken type lymfeknudekræft eller kronisk lymfatisk leukæmi, der er tale om (læs mere under de enkelte kliniske retningslinjer).

- **Klinisk kontrol:** Optagelse af anamnese, særligt mhp. om der er uspecifikke almensymptomer, og klinisk undersøgelse med palpation af perifere lymfeknude-regioner med henblik på tilstedeværelse af forstørrede lymfeknuder samt undersøgelse for evt. forstørret milt. Ved kendt sygdomsmanifestation uden for lymfeknuderne, undersøges disse områder specifikt for, om der er sygdomsaktivitet.

- **Blodprøvekontrol:** Blodprøvekontrol er traditionelt en del af opfølgningen. En række parametre kan afsløre recidiv, og i de leukæmiske varianter af lymfeknudekræft er de et direkte mål for sygdomsaktiviteten. Behandlingskrævende sygdom vil dog ikke nødvendigvis afsløres af blodprøver, og værdien er ikke lige stor for alle diagnoser.
- **Billeddiagnostik:** CT-skanning er den foretrukne skanningstype anvendt i opfølgningsfasen, hvis der skønnes behov (dvs. mhp. at opspore evt. progression eller recidiv). PET-CT skanninger anvendes diagnostisk til responsevaluering under og lige efter afsluttet behandling. Der er ikke dokumentation for at anvende PET-CT til opfølgning hos patienter uden mistanke om recidiv.

Aggressive lymfomer

Patienter, som har gennemgået kurativt intenderet behandling for lymfeknudekræft, og som er i god almen tilstand, skal følges på den behandlende afdeling i den periode, hvor recidivfrekvensen er højest. Hyppighed af kontrollerne og hvilke undersøgelser, der skal foretages (klinisk, biokemisk, billeddiagnostisk) afhænger af typen af lymfom og foregår som beskrevet i DLG's kliniske retningslinjer (9).

Som oftest tilbydes kontrol hvert kvartal det første år, herefter afhænger det videre kontrolprogram af såvel typen af lymfeknudekræft som af individuelle faktorer. De fleste patienter følges i en periode på 3-5 år. For yderligere specifikation af standardkontrol efter specifikke lymfeknudekræfttyper, se DLG's kliniske retningslinjer.

Risikoen for recidiv afhænger af lymfeknudekræfttypen og den primære anatomiske udbredelse. Næsten alle patienter, der udvikler recidiv, vil kunne tilbydes ny enten kurativ eller livsforlængende behandling. Der henvises til retningslinjer for de specifikke lymfeknudekræft-typer vedr. behandling.

Kronisk lymfatisk leukæmi og lavmaligne lymfomer

Kronisk lymfatisk leukæmi og visse lavmaligne typer af lymfeknudekræft er kroniske tilstande med intermitterende sygdomsaktivitet, strækkende sig fra patienter, som aldrig får behandlingskrævende sygdom, til patienter med hastig sygdomsprogression og kort tid mellem behandlingsbehov. Nyere behandlingsformer giver dog, hos mange patienter, langvarige sygdomsfri perioder. Endvidere findes der mulighed for at give strålebehandling med kurativt sigte til lokaliserede lavmaligne lymfomer.

Patienter, der ikke udvikler behandlingsbehov eller som opnår langvarig remission, kan afslutte deres kontrolforløb jf. DLG's kliniske retningslinjer. Patienter med hyppige behandlingskrævende progressioner vil ofte have behov for livslang opfølgning på hæmatologisk afdeling. Kontrol af evt. progression af sygdommen foregår da som beskrevet i DLG's kliniske retningslinjer og opfølgningsplanen vil tilpasses den enkeltes sygdomsforløb og behov.

Mistanke, hos praktiserende læge, om recidiv eller progression*I opfølgningsperioden på sygehuset*

De fleste patienter følges i et kontrolforløb i 3-5 år på sygehuset, men det varierer i forhold til de forskellige undertyper af sygdommene.

Ved mistanke om recidiv eller progression ved kontakt med praktiserende læge, er denne ansvarlig for at tilbyde patienten henvisning til den afdeling, der har patienten i opfølgningsforløb. Henvisningen skal være kort og indeholde beskrivelse af de fund, der giver anledning til bekymringen. Herefter påhviler det afdelingen at vurdere situationen og sikre patientens videre forløb. Så længe patienten er i et opfølgningsforløb, er det ikke praktiserende læges opgave at forestå udredningen ved mistanke om recidiv eller progression.

Efter opfølgningsperioden på sygehuset

Opstår mistanken efter endt opfølgningsperiode, skal patientens praktiserende læge tilbyde patienten henvisning direkte til nyt pakkeforløb for lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi på mistanke om recidiv eller progression.

Mistanke, hos patienten selv, om recidiv eller progression*I opfølgningsperioden på sygehuset*

De fleste patienter følges i 3-5 år, men det varierer i forhold til de forskellige undertyper af sygdommene.

Patienten kan selv kontakte den afdeling, der varetager opfølgningen, ved mistanke om recidiv eller progredierende sygdom. Afdelingen er ansvarlig for, at patienten får udleveret relevante kontaktoplysninger i forbindelse med udlevering af patientens plan for opfølgning.

Efter opfølgningsperioden på sygehuset

Efter endt opfølgning på afdelingen, skal patienten kontakte sin praktiserende læge ved tegn på recidiv.

3. Rehabilitering, senfølger og palliation

I dette kapitel beskrives de specifikke indsatser for rehabilitering, senfølger og palliation i forbindelse med lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi. De generelle indsatser for forebyggelse beskrives i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom*(11) eller i relevante forebyggelsespakker(16). De generelle rammer for vurdering af patientens behov for indsatser i forhold til rehabilitering og palliation for kræftpatienter beskrives i Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft* (17)samt i Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for den palliative indsats* (18).

Når der opstår behov for forebyggende eller rehabiliterende indsatser, skal patienten tilbydes henvisning til en afklarende samtale i kommunen (1) med henblik på at få sammensat et tilbud på baggrund af patientens individuelle behov (1). Dette kan ske på ethvert tidspunkt i kræftpakkeforløbet, når dette er hensigtsmæssigt. Både behandlende afdeling og praktiserende læge kan henvise til kommunale forebyggelsestilbud via en elektronisk kommunehenvisning. Henvisning til en afklarende samtale kan også foretages, inden der er stillet en endelig diagnose.

Ved lægefagligt begrundet behov for genoptræning på basis af et funktionstab, skal der udarbejdes en genoptræningsplan til enten 'almen genoptræning', 'genoptræning på specialiseret niveau' eller 'rehabilitering på specialiseret niveau'(19). Henvisning til almen genoptræning i kommunalt regi sker via en elektronisk genoptræningsplan.

Ved behov for palliation kan der henvises til en specialiseret palliativ indsats, hvis en patient har symptomer, som er svære at lindre, eller medfører komplekse palliative problemstillinger. Har patienten behov for basale palliative indsatser kan det oftest foregå på basalt niveau på hospitalet eller ved patientens praktiserende læge og/eller den kommunale sygepleje samt indsats fra fx ergo- og fysioterapi. Den behandlende afdeling såvel som den praktiserende læge kan anmode om kommunal sygepleje via en elektronisk henvisning.

Patientens behov for indsatser inden for rehabilitering og palliation beskrives i patientens individuelle plan for opfølgning (se afsnit 2.5.1).

Aktiv behandling af lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi er ikke en hindring for at iværksætte relevante rehabiliterings- og/eller palliative indsatser. Patienter, der ikke ønsker eller har mulighed for at modtage behandling, skal også have foretaget en vurdering af deres behov. Læs mere i Sundhedsstyrelsens *Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft*(17) for hhv. regionens, kommunens og almen praksis roller og opgaver i forbindelse med rehabilitering og palliation.

3.1. Rehabilitering ved lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi

Rehabilitering har til sigte at muliggøre et meningsfuldt liv med bedst mulig aktivitet og deltagelse, mestring og livskvalitet. Rehabilitering målrettes derfor personer, der som følge af kræftsygdom og/eller kræftbehandling oplever eller er i risiko for at opleve begrænsninger i deres funktionsevne, både fysisk, psykisk, kognitiv og/eller socialt. De rehabiliterende indsatser skal være målrettede, sammenhængende og vidensbaserede med udgangspunkt i den enkeltes behov, håb, ressourcer og hele livssituation.

Støtteforanstaltninger for både fysiske og psyko-sociale følger af lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi bør udgøre en del af opfølgningen, afhængig af behovet.

Den rehabiliterende indsats bør rette sig mod såvel kortsigtede som langsigtede følger af sygdom og behandling.

Specifik rehabilitering

Patienter med lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi kan have behov for rehabilitering som følge af grundsygdommen eller skadevirkning (toksicitet) fra behandlingen.

Nogle eksempler, der ledsages af behov for rehabilitering er:

- Organ- og vævsskader som følge af grundsygdommen (medullært tværnitssyndrom, CNS tumor, perforation af eller blødning fra hulorganer, etc.)
- Organ- og vævsskader som følge af toksicitet til behandling (perifer neuropati, kardiomyopati, lungevævsskade, osteoporose, etc.)
- Dårlig almentilstand som følge af grundsygdommen eller toksicitet til behandling
- Fysisk inaktivitet med funktionstab til følge
- Underernæring og vægttab
- Alvorlige infektioner som følge af svækket immunforsvar

Den rehabiliterende indsats planlægges tværfagligt på basis af en individuel behovsvurdering og indebærer, at patienten fra diagnostidspunkt løbende vurderes i forhold til rehabiliteringsbehov, og at der udarbejdes en individuel plan for rehabiliteringen. Det bør her vurderes, om det eventuelle genoptræningsbehov er på alment, avanceret eller specialiseret niveau. Planen afstemmes med patient og pårørende.

I sjældne tilfælde, hvor der opleves særligt omfattende, komplicerede og alvorlige funktionsevnedssættelser, eksempelvis hos patienter med CNS-lymfomer, kan der være behov for et specialiseret genoptrænings- eller rehabiliteringsforløb. Vurderingen af dette foregår i tæt tværfagligt samarbejde, og indsatsen varetages af sundhedspersonale med specialiserede kompetencer inden for det relevante fagområde, herunder bør ergoterapeuter og fysioterapeuter, der varetager genoptræningen, have specialiserede kompetencer inden for neurorehabilitering. Ved behov for specialiseret neurorehabilitering kan der endvidere være indikation for neurologisk/neuropsykologisk vurdering, jf. DLG's retningslinje for CNS-lymfomer.(9)

3.2. Senfølger ved lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi

I dette afsnit skitseres de hyppigste senfølger, der kan opstå hos patienter med lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi, og som der bør være opmærksomhed på, undersøges for og evt. viderehenvises til behandling for. Øvrige senfølger til kemoterapi, behandling med biologiske stoffer og/eller stråleterapi, som ikke optræder særligt hyppigt blandt patienter med lymfeknudekræft eller kronisk lymfatisk leukæmi, er beskrevet i Sundhedsstyrelsens *Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos vok sne*.(20)

Senfølger er helbredsproblemer, der opstår under primær behandling og bliver kroniske, eller som opstår og manifesterer sig måneder eller år efter behandlingen er afsluttet. Senfølgerne omfatter ny primær kræftsygdom og fysiske, psykiske eller sociale forandringer, der er en følge af kræftsygdommen og/eller behandlingen af denne. Læs mere i *Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos vok sne*(20) Håndtering af senfølger planlægges individuelt. Det skønnes, at mindst 50% af kræftoverlevende oplever en eller flere senfølger af behandlingen. De mest almindelige senfølger hos kræftoverlevende er depression, smerter og fatigue.

Der er betydelige overlap mellem bivirkninger, senfølger og komplikationer til det at have eller have haft lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi. Ligeledes vil der være overlap mellem de relevante indsatser i forhold til senfølger og/eller komplikationer. Der vil ofte være tale om kombinationer af forskellige rehabiliterings- og/eller palliative indsatser i kombination med behandling af specifikke senfølger.

Ved konstatering af senfølger, er det den afdeling, som på det givne tidspunkt har patienten i behandling eller i et opfølgingsforløb, som er ansvarlig for, at senfølgerne vurderes af de rette fagpersoner fra relevante specialer. Patienter, der efter opfølgingsforløbet på hospitalet er afsluttet, oplever senfølger, skal henvende sig til egen læge.

Forefindes der senfølgeklinikker eller lignende etablerede tilbud i regionen, kan der også overvejes henvisning til disse.

Det kan være relevant med henvisning til en afklarende samtale i kommunen og ved et lægefagligt vurderet behov, fremsendelse af en genoptræningsplan (se kapitel 3). Forefindes der senfølgeklinikker eller lignende etablerede tilbud i regionen, bør der også overvejes henvisning til disse.

For information om bivirkninger til medicinsk behandling, henvises der til produktresuméer for de enkelte lægemidler.

Fysiske senfølger og komplikationer

Lymfeknudekræft behandles med såvel systemisk behandling (kemoterapi og biologiske stoffer), der virker i hele kroppen, som med strålebehandling, der kun har effekt i

det bestrålede område. For strålebehandlingens vedkommende er bivirkninger og senfølger derfor helt afhængige af, præcis hvor i kroppen behandlingen er givet, mens kemoterapi og biologiske stoffer kan påvirke hele kroppen. Ofte vil mistanke om senfølger afsløres i anamnesen efterfulgt af specifik undersøgelse af det relevante organsystem. Nogle af de mulige senfølger kan afsløres i blodprøver. Ofte erkendes det ikke ved blot én abnorm værdi, men en tolkning af udviklingen af flere parametre, som sammenholdt med tidsfaktoren kan rejse mistanken om disse senfølger.

Senfølger relateret til kemoterapi:

Øget infektionstilbøjelighed. Et svækket immunforsvar og en øget infektionstilbøjelighed er den hyppigste enkeltrisiko for patienter med lymfeknudekræft eller kronisk lymfatisk leukæmi, som beskrevet i afsnit 2.3.

Hypogammaglobulinæmi med recidiverende infektioner kan ses som senfølge til nogle typer kemoterapi og der kan være behov for regelmæssige gammaglobulin-infusioner.

Neuropati. Nervekader/polyneuropati er en hyppig bivirkning under behandling med visse typer kemoterapi. Symptomerne bedres oftest efter endt behandling, men ikke sjældent persisterer der en grad af perifer neuropati, som bliver til en senfølge for patienten. Udredning af polyneuropati vil ofte nødvendiggøre neurologisk/neurofysiologisk vurdering. Opfølgning og behandling af en patient med polyneuropati vil foregå i samarbejde mellem neurologisk og hæmatologisk afdeling og vil inddrage fysio- og ergoterapeutisk ekspertise ved planlægning af genoptræning og rehabilitering i enten kommunalt regi eller som led i specialiseret genoptræning på hospitalet.

Hjerte-kar-sygdom. Hjertesvigt kan forekomme som komplikation og senfølge til visse af de kemoterapeutika, der anvendes til behandling af lymfeknudekræft. Nedsættelse af hjertets pumpeevne eller hjerterytmeforstyrrelser (arytmi) ses især ved antracyclinbehandling i højere doser, men kan også ses efter andre former for kemoterapi samt efter behandling med nogle targeterede lægemidler. Forandringerne er ofte blivende. En øget risiko for at udvikle forhøjet blodtryk (hypertension) og åreforkalkning (arteriosklerose) er velkendte følger til kemoterapi og patienter med en øget risiko for disse tilstande bør altid risikovurderes forud for behandling. Udredning og behandling af hjertepåvirkninger sker i tæt samarbejde mellem hæmatologisk afdeling og kardiologisk afdeling/egen læge. Ofte vil der gennemføres en hjerteundersøgelse forud for - eller i starten af behandlingen.

Lungesygdom. Visse former for kemoterapi kan give varige og alvorlige senfølger i lungerne med blivende lungefibrose til følge. Desuden ses lungebetændelse (pneumonitis) og nedsat lungefunktion som senfølge. Risikovurdering skal hvis muligt ske forud for behandling og ved mistanke om lungesygdom, skal der laves røntgen af brystkassen samt lungefunktionsundersøgelse. Lungesympptomer bør vurderes løbende under behandlingen og relevante undersøgelser bestilles ved mistanke. Behandling sker i samarbejde mellem hæmatologisk afdeling og lungemedicinsk afdeling.

Ny primær kræftsygdom. Der er risiko for udvikling af ny kræftsygdom år til årtier efter behandling med kemoterapi. For yngre patienter er der, grundet den forventede øgede

restlevetid, øget risiko. Den nye kræftsygdom kan være både solide tumorer og hæmatologisk kræftsygdom. Patientens livsstil før og efter behandlingen er af betydning for, om patienten udvikler en ny kræftsygdom. Patienten bør rådgives om livsstilsfaktorer, der øger risikoen for at udvikle kræft, herunder tilrådes begrænset alkoholindtag samt rygestop. Der kan henvises til et kommunalt rygestoptilbud eller en forebyggende samtale om alkohol.

Knoglesygdom. Knogleskørhed og en øget risiko for knoglebrud ses som senfølge til nogle typer kemoterapi og er desuden observeret blandt overlevende efter Hodgkin og non-Hodgkin lymfom, der er behandlet med stamcelletransplantation. Der anbefales opmærksomhed på dette for relevante risikogrupper, herunder bør der iværksættes forebyggende medicinsk behandling ved behov, jf. Dansk Endokrinologisk Selskabs retningslinjer(21), samt fysisk træning.

Infertilitet. Både hos mænd og kvinder ses infertilitet som komplikation og senfølge til behandling med nogle typer af kemoterapi, fortrinsvist stoffer brugt til behandling af aggressiv lymfeknudekræft med kurativt sigte. Disse typer kemoterapi kan også medføre tidlig overgangsalder hos kvinder. Se endvidere afsnit 2.4.1.

Seksuelle problemer. Seksuel dysfunktion er almindeligt forekommende hos kræftoverlevende og kan skyldes såvel sygdommen og kræftbehandlingen (fx nedsat testosteron hos mænd og behandlingsinduceret overgangsalder hos kvinder) som de psykosociale konsekvenser af kræftsygdommen. Det er vigtigt, at spørge ind til bivirkninger og seksuel dysfunktion, da emnet kan være tabubelagt og ofte ikke bringes på banen af patienten selv. Patienten bør rådgives om mulig medicinsk behandling og i nogle tilfælde kan det være relevant med henvisning til en sexolog.

Kognitiv dysfunktion. Koncentrationsbesvær og reduceret korttidshukommelse ses især efter kemoterapi i høje doser, hvor generne kan være langvarige. Imidlertid er det i de senere år blevet klart, at en del patienter har disse problemer selv efter kemoterapi i almindelige doser. For de flestes vedkommende bedres symptomerne efter nogle måneder til et år, men enkelte oplever permanente problemer. Selv lettere kognitive forringelser kan medføre sociale, akademiske og arbejdsmæssige vanskeligheder og forringet livskvalitet. Det kan overvejes, om patienten kan have gavn af kognitiv træning og støtte til kompenserende strategier i dagligdagen.

Senfølger relateret til strålebehandling:

Stoftskiftesygdom. Sekundær hypothyreose (nedsat stofskifte) kan ses som senfølge til stråling i halsområdet. Patienter bør få målt TSH (thyroidea stimulerende hormon) ved blodprøver ifm. opfølgende kontroller. Behandling sker i samarbejde med- eller kan konfereres med en endokrinolog.

Sygdom i tænder og mund. Patienter, som får stråleterapi i hoved-hals området kan efterfølgende få nedsat spyttsekretion, som kan medføre skader på emalje og tandrødder samt karies. Hvor det er relevant, anbefales patienterne omhyggelig tand- og mundhygiejne samt tandlægebesøg hver 3. måned i en periode og evt. brug af tandpasta med højt

flourindhold. Det kan være relevant med en tandlægefaglig vurdering før stråleterapi jf. afsnit 2.4.1.

Synkebesvær (dysfagi). Efter strålebehandling mod svælg, hals eller spiserør, kan der opstå symptomer, der varierer fra mildt synkebesvær til behov for sondeernæring. Det kan være relevant med en ergoterapeutisk vurdering mhp. eventuelle behandlingsmuligheder.

Hjertesygdom. Strålebehandling, hvor hjertet er med i strålefeltet, kan medføre forsnævring af kranspulsårene med risiko for blodprop i hjertet. Desuden kan ses skade på hjerterklapperne og hjerterytmeforstyrrelser. Behandling foregår i samarbejde med kardiologisk afdeling.

Lungesygdom. Strålebehandling, hvor dele af lungerne er med i feltet, kan give blivende lungefibrose og nedsat lungefunktion. Behandling foregår i samarbejde med lungemedicinsk afdeling.

Ny primær kræftsygdom. Anden kræftsygdom kan ses som senfølge til strålebehandling og der ses særligt en øget risiko for solide tumorer i det bestrålede område. Strålerelateret ny kræftsygdom diagnosticeres ofte 10-15 år efter stråleterapi for lymfeknudekræften og associeres til både stråledosis og til strålefeltet. Ved kvinder, der før 30-års alderen har modtaget en betydende stråledosis mod brystkirtelvævet, bør der, efter individuel vurdering, overvejes tilbud om klinisk mammografi startende 10 år efter strålebehandlingen.

Mave-tarm-gener. Patienter, som har fået stråling mod mave- og bækken-regionen kan opleve en række forskelligartede gener fra mave-tarm-kanalen som senfølger, så som ændret afføringsmønster og malabsorption.

Lymfødem. Lymfødem (hævelse af arm eller ben pga. ophobet lymfevæske) kan ses som følge af aflukning af lymfekar pga. tryk fra tumor eller som senfølge til strålebehandling. Personer med lymfødem kan henvises til fysioterapi mhp. behandling, herunder kompressionsbehandling.

Kognitiv dysfunktion. Efter bestråling mod hjernen kan ses permanente kognitive forstyrrelser afhængig af den givne stråledosis.

Psyko-sociale senfølger

Psyko-sociale senfølger er mangeartede og kan omfatte angst og depression, søvnforstyrrelser, mental træthed og kognitive problemer som fx nedsat hukommelse/koncentrationsbesvær og sociale følger af diagnose og behandling, fx nedsat arbejdsevne og arbejdsløshed.

Den psyko-sociale støtte kan bestå i at give anbefalinger til samtaler, rådgivning og vejledning rettet mod patienter og pårørende, herunder at orientere om mulighed for at deltage i relevante patientforeninger. Det kan også være relevant med henvisning til afklarende samtale i kommunen og vejledning om muligheden for at opsøge en socialrådgiver.

Patientens praktiserende læge kan give støtte ved en opfølgende samtale og evt. et samtaleforløb ved behov.

Fatigue. Kronisk træthed eller fatigue er en persisterende subjektiv følelse af emotionel og kognitiv træthed eller udmattelse, som ikke forsvinder ved hvile eller søvn. Fatigue er meget hyppig for patienter i behandling for lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi, men ses også meget hyppigt som senfølge. Fatigue kan medføre nedsat fysisk og social funktion, kan have indflydelse på arbejdsevnen samt have store omkostninger for patientens livskvalitet og familieliv. Ætiologien er kompleks og tilstanden multifaktoriel, hvilket gør håndteringen af den svær. Fysisk aktivitet og motion kan have en gavnlig effekt på fatigue.(22)

Angst og depression. Angst og depression er hyppige senfølger efter lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi og alle patienter bør informeres om, at symptomer på depression og angst er almindelige. Hvis der findes behandlingskrævende symptomer, bør patienten henvises til relevant instans, fx psykolog eller psykiater. Dette sker typisk via patientens praktiserende læge, men behandlende afdeling skal foretage en vurdering af de psyko-sociale behov i forbindelse med patientens forløb på sygehuset før og efter behandling.(23)

3.3. Palliation ved lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi

Palliative indsatser har til formål at lindre de lidelser af fysisk, psykisk, social og eksistentiel art, der for patienter og pårørende er forbundet med livstruende sygdom, med henblik på at fremme livskvaliteten gennem hele patientforløbet. Palliation foregår, efter en lægefaglig vurdering, på basalt eller specialiseret niveau. Den tidlige pallierende indsats forløber integreret med rehabiliteringsindsatsen. Den palliative behandling kan oftest foregå på basalt niveau på hospitalet eller ved patientens praktiserende læge og/eller den kommunale sygepleje samt indsats fra fx ergo- og fysioterapi. Det er også muligt for den behandlingsansvarlige afdeling eller den praktiserende læge at rådføre sig med palliativ afdeling. Ved komplekse problemstillinger, der ikke kan varetages på basalt niveau, kan der på hvilket som helst tidspunkt i sygdomsforløbet henvises til specialiseret palliation.

Patienter med lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi har ofte behov for palliation som følge af grundsygdommen eller toksicitet til behandlingen. Der kan eksempelvis være behov for palliative tiltag til at lindre: kvalme, diarré/obstipation, tørre slimhinder, forandringer i mundslimhinden (mucositis), synkebesvær, smerter, lymfødeme, åndenød

samt det kontinuum, der forekommer fra normale reaktioner som tristhed over tilpasnings- og belastningsreaktioner til depression, varierende grader af panikangst og terminalt delir.

Blandt ikke-farmakologiske pallierende indsatser spiller sygepleje, fysioterapi og ergoterapi en vigtig rolle. Disse kan eksempelvis bestå af behandling og lindring af dyspnø, smerte og træthed. Herudover kan der være fokus på fysisk træning og mobilisering til lindring af symptomer samt opretholdelse/bedring af fysiske funktioner. Ydermere bør der være fokus på udførelsen af aktiviteter, som er meningsfulde for patienten, samt på mestring af hverdagslivet. Patienten kan have behov for vejledning til at håndtere fysiske, psykiske og socialt belastende symptomer, eksempelvis energiforvaltning og kompenserende strategier, så dagen både indeholder hvile og aktivitet.

Hos patienter med lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi kan der opstå knoglemarvssuppression. Det er væsentligt at få talt med patienten om ønsker og forventninger i forhold til lægelige handlinger i tilfælde af infektioner, blødninger, transfusioner og andre følger af denne tilstand.

Hvis der er involvering af CNS (fx ved CNS-lymfom) målrettes den specifikke palliative indsats mod evt. kognitiv dysfunktion, personlighedsforstyrrelser og træthed.

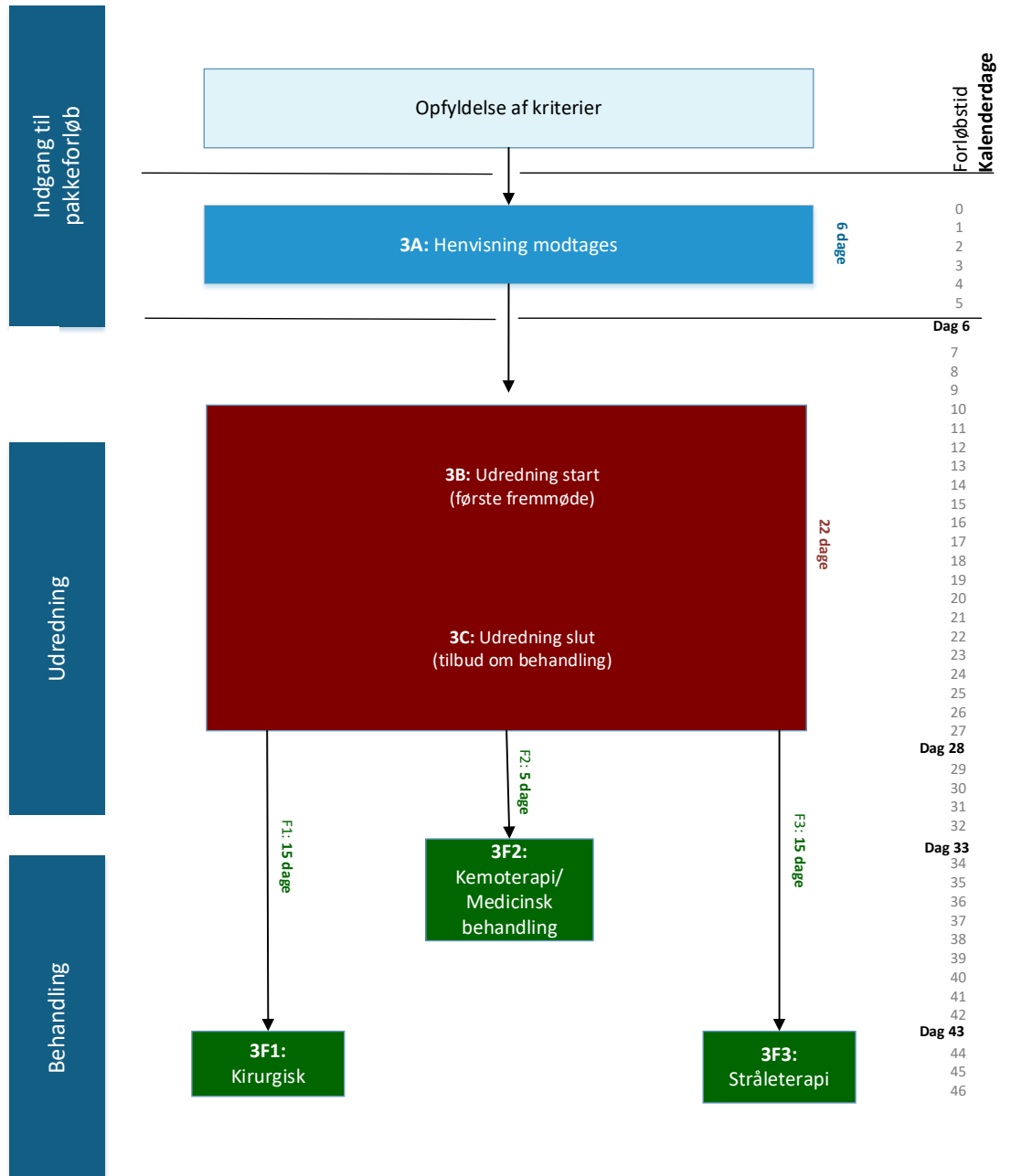
4. Forløbstider

I dette afsnit fremgår standardforløbstider for pakkeforløb for lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi. Det er vigtigt at understrege, at forløbstiderne ikke er udtryk for en patientrettighed, men en faglig rettesnor med anbefalede forløbstider. Der vil for en række patienter være grunde til at forløbet bør være længere eller kortere end den her beskrevne tid, grundet faglige hensyn eller ønske fra patienten om fx yderligere betænkningstid.

Tabel 1 viser de samlede forløbstider til pakkeforløbet.

Henvisning		
Fra henvisning modtaget til første fremmøde på udredende afdeling		6 kalenderdage
Udredning		
Fra første fremmøde på udredende afdeling til afslutning af udredning		22 kalenderdage
Initial behandling		
Fra afslutning af udredning til start på initial behandling	Strålebehandling	15 kalenderdage
	Medicinsk behandling	5 kalenderdage
Samlet forløbstid		
Fra henvisning modtaget til start på initial behandling	Strålebehandling	43 kalenderdage
	Medicinsk behandling	33 kalenderdage

Bilag 1. Registreringsvejledning



Registrering: Henvisning til pakkeforløb modtaget (A)

Koden for henvisning til start af pakkeforløb for lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi skal registreres, når:

- Henvisning til pakkeforløb for lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi er modtaget i afdeling/central visitationsenhed og opfylder kriterier for indgang i pakkeforløb
- Det klinisk vurderes, at beskrivelsen på henvisningen svarer til kriterier for indgang i pakkeforløb for lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi uanset henvisningsmåde.

Koden skal registreres uanset type af henvisning: fra eksternt part, eget sygehus eller fra egen afdeling med eller uden fysisk henvisningsblanket.

Der registreres følgende kode:

[AFB03A] Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi: Henvisning til pakkeforløb start

Forløbstiden er 6 kalenderdage

Der må gå 6 kalenderdage fra afdelingen/central visitationsenhed modtager henvisningen, til at udredning starter. Patienten skal påbegynde udredning i pakkeforløb senest på 7. kalenderdag. Denne dag for første fremmøde indregnes ikke i henvisningsperioden, men er den første dag i udredningsperioden.

Tiden består af:

- At håndtere henvisningen
- At booke relevante undersøgelser og samtaler

Registrering: Udredning start (B)

Koden for udredning start, første fremmøde skal registreres ved:

- Patientens første fremmøde til udredning i pakkeforløb for lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi.

Der registreres følgende kode:

[AFB03B] Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi: Udredning start, første fremmøde

Registrering: Udredning slut (C)

Koden for udredning slut skal registreres når udredningen er afsluttet, og der ved MDT-konference eller på tilsvarende vis tages klinisk beslutning vedrørende tilbud om initial behandling. (Dette er ikke svarende til fælles beslutning med patienten, men registreres ved MDT-konference eller i forbindelse med at den kliniske beslutning er truffet om tilbud om initial behandling).

Der registreres en af følgende koder:

[AFB03C1] Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi: Beslutning, tilbud om initial behandling

[AFB03C1A] Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi: Beslutning, tilbud om initial behandling i udlandet

[AFB03C2] Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi: Beslutning, initial behandling ikke relevant

[AFB03C2A] Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi: Beslutning, initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling

Forløbstiden er 22 kalenderdage

Der må gå 22 kalenderdage fra patientens første fremmøde, til udredningen afsluttes.

Tiden består af en række af nedenstående undersøgelser. Disse er tilrettelagt efter den specifikke sygdomssituation samt resultatet af den forudgående undersøgelse.

Udredningstiden på hæmatologisk afdeling består for lymfeknudekræft af:

- Anamnese, objektiv undersøgelse
- Blodprøver samt vurdering og stabilisering af eventuel komorbiditet.
- Evt. pause med blodfortyndende medicin inden knoglemarvsprøve/fjernelse af lymfeknude
- Diagnostisk biopsi fra involveret område, oftest en lymfeknude, hvis ikke en sådan er udtaget allerede.
- Evt. lymfeknudebiopsi som assistanceydelse fra anden afdeling, herunder svarafgivelse
- MDT-konference

- Billeddiagnostik
- Evt. analyse af knoglemarvsbiopsi
- Morfologisk og immunhistokemisk undersøgelse og eventuelt supplerende flowcytometrisk og cytogenetisk undersøgelse af biopsimateriale

Udredningstiden på hæmatologisk afdeling består for kronisk lymfatisk leukæmi af:

- Anamnese, objektiv undersøgelse
- Flowcytometri
- Evt. udstrygning til morfologisk vurdering

Ved beslutning om at patienten skal tilbydes watchful waiting, skal afdelingen indberette med koden '[AFB03C2A] Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi: Beslutning, initial behandling ikke relevant, overvågning uden behandling.

Registrering: Afslutning af pakkeforløb (X)

Hvis det klinisk vurderes, at diagnosen kan afkræftes, registreres:

[AFB03X1] Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi: Pakkeforløb slut, diagnose afkræftet

Hvis patienten ønsker at ophøre udredning eller behandling registreres:

[AFB03X2] Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi: Slut, pakkeforløb patientens ønske

Disse registreringer kan anvendes på et hvilket som helst tidspunkt i patientforløbet, når dette er relevant.

[AFB03X9] Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi: Slut, pakkeforløb anden årsag

Kode for "Pakkeforløb slut, diagnose afkræftet" kan anvendes efter udredning er startet med indberetning af 'udredning start, første fremmøde' med koden AFB03B. For de to øvrige gælder det, at disse registreringer kan anvendes på et hvilket som helst tidspunkt i patientforløbet, når dette er relevant.

Registrering: Initial behandling (F)

Koden for initial behandling start skal registreres:

- Ved først forekommende behandlingstiltag rettet mod kræftsygdommen.

Neoadjuverende og anden forberedende behandling regnes ligeledes for start på initial behandling. Ved fx indledende strålebehandling forud for operation er start af initial behandling ved strålebehandlingens start.

Ved start af initial behandling registreres en af følgende koder, alt efter behandlingsform:

[AFB03F1] Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi: Initial behandling start, kirurgisk

[AFB03F2] Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi: Initial behandling start, medicinsk

[AFB03F3] Lymfeknudekræft og kronisk lymfatisk leukæmi: Initial behandling start, strålebehandling

Der må gå 15 kalenderdage fra udredningen er afsluttet, til patienten skal modtage kirurgisk behandling³.

Tiden består af:

- Samtale med patienten, hvor diagnose og tilbud om behandling gives
- Indhentning af samtykke
- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler og undersøgelser
- Forundersøgelse
- Forberedelse af patienten til kirurgisk behandling

Desuden afsættes tid til:

- Præoperativ optimering herunder vurdering og eventuel stabilisering af komorbiditet

Forløbstiden til stråleterapi er 15 kalenderdage

³ Den angivne forløbstid anvendes ikke i monitoreringsmodellen.

Der må gå 15 kalenderdage fra udredningen er afsluttet, til patienten skal modtage strålebehandling.

Tiden består af:

- Samtale med patienten, hvor diagnose og tilbud om behandling gives
- Indhentning af samtykke
- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler og undersøgelser
- Teknisk forberedelse
- Forberedelse af patienten til stråleterapi

Forløbstiden til kemoterapi er 5 kalenderdage

Der må gå 5 kalenderdage fra udredningen er afsluttet til patienten skal modtage kemoterapeutisk/medicinsk behandling.

Tiden består af:

- Samtale med patienten, hvor diagnose og tilbud om behandling gives
- Indhentning af samtykke
- Håndtering af henvisningspapirer, booking af samtaler og undersøgelser
- Forberedelse af patienten til kemoterapi
- Evt. anlæggelse af centralt venekateter

Bilag 2. Arbejdsgruppens sammensætning

Repræsentant	Udpeget af
Jakob Jensen	Sundhedsministeriet
Morten Kamp Thomsen	Danske Regioner
Ejler Ejlersen	Danske Regioner
Ledende overlæge, Medicinsk Afdeling Vejle, Sygehus Lillebælt	
Mikkel Helleberg Dorff, Ledende overlæge	Danske Regioner
Christian Worm, Centerdirektør, Center for Kræft og Organsygdomme, Rigshospitalet	Danske Regioner
Jakob Madsen, Ledende overlæge Region Nordjylland	Dansk Lymfomgruppe Danske Regioner
Niels Frost Andersen, Ledende overlæge Region Midtjylland	Danske Regioner
Nina Svendsen, Konsulent	KL
Karen Trier, Specialkonsulent Center for Kræft og Sundhed, Københavns Kommune	KL
Morten Ohrt, Praktiserende Læge	Dansk Selskab for Almen Medicin
Mette Munk, Sygeplejerske og patientforløbsvejleder	Dansk Sygepleje Selskab
Magnus Nygaard Bech, Fysioterapeut	Dansk Selskab for Fysioterapi
Louise Rosholm	Ergoterapeutforeningen
Therese Lassen	Nationalt Center for Senfølger hos kræftoverlevende
Peter Kamper, Overlæge	Dansk Lymfomgruppe
Judit Mészáros Jørgensen, Overlæge Formand for Dansk Lymfomgruppe	Dansk Lymfomgruppe
Jon Asmussen, Overlæge	Dansk Radiologisk Selskab
Lise Mette Rahbek Gjerdm, Overlæge	Dansk Lymfomgruppe

Mogens Bernsdorf, Overlæge

Dansk Selskab for Klinisk Onkologi

Søren Worsøe Laursen, Specialkonsulent

Kræftens Bekæmpelse

Jens Rikardt Andersen, Lektor

Dansk Selskab for Klinisk Ernæring

Rasmus Bech
Patientrepræsentant

Kræftens Bekæmpelse

Thomas Kjærgaard, Overlæge

Dansk Selskab for Otorhinolaryngologi, hoved-
halskirurgi

Sundhedsstyrelsen har sekretariatsbetjent arbejdsgruppen

Kamilla Grønborg Laut, Læge

Naja Vyberg, Specialkonsulent

Tina Birch, Sekretær

Referenceliste

1. Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb og opfølgingsprogrammer Begreber, forløbstider og monitorering. 2018.
2. Goldin LR, Pfeiffer RM, Li X, Hemminki K. Familial risk of lymphoproliferative tumors in families of patients with chronic lymphocytic leukemia: results from the Swedish Family-Cancer Database. *Blood*. 2004 Sep 15;104(6):1850–4.
3. Dansk lymfom Database, Dansk Kronisk Lymfatisk Leukæmi Database. Malignt Lymfom og CLL National årsrapport 2020.
4. Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for kræft hos børn. 2016;
5. Sundhedsstyrelsen. Diagnostisk Pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer, der kunne være kræft. 2022.
6. Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for hoved- og halskræft. 2020.
7. Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning for Intern medicin: Hæmatologi. 2022.
8. Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet. 2022;
9. Lymphoma.dk. Retningslinjer. <http://www.lymphoma.dk/retningslinjer/>
10. Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for modermærkekræft i huden. 2020;
11. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. 2016.
12. Dansk Hæmatologisk Selskab. Dansk Hæmatologisk Selskab. <https://www.hematology.dk/index.php/vejledninger/kliniske/diverse-vejledninger>.
13. Sundhedsstyrelsen. Underernæring: Opsporing, behandling og opfølgning af borgere og patienter i ernæringsrisiko. Vejledning til kommune, sygehus og almen praksis. 2022;
14. Kliniske Retningslinjer Kræft. Odontologisk fokusanering. Retningslinje for eliminering af dentale infektiøse foci med henblik på forebyggelse af osteoradionekrose. <https://www.dahanca.dk/>
15. Dansk Selskab for Almen Medicin. Vejledninger og faktaark. <https://vejledninger.dsam.dk/cancer/>

16. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse. <https://www.sst.dk/da/planlaegning/kommuner/forebyggelsespakker>
17. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. 2018;
18. Sundhedsstyrelsen. anbefalinger for den palliative indsats. 2011.
19. Retsinformation. Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner. 2018.
20. Sundhedsstyrelsen. Vidensopsamling på senfølger efter kræft hos voksne. 2017
21. Dansk Endokrinologisk Selskab. Calcium og knoglemetabolisme. <https://endocrinology.dk/nbv/calcium-og-knoglemetabolisme/>
22. Cramp F, Byron-Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012 Nov 14;2021(9).
23. CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER - CLEARINGHOUSE. Klinisk retningslinje for behandling af klinisk depression hos kræftpatienter ≥18 år. 2017.

