




Et kvalitetsstudie fra almen praksis

LUNGEKRÆFTUDREDNING

Af Marie Bräuner, Christian Mikkelsen
og Christina Hansen

Vejleder: Annemette Bondo Lind og Morten
Bondo Christensen



Indholdsfortegnelse

<i>Formål og forskningsspørgsmål</i>	4
Metode	4
Resultater	5
Diskussion	9
<i>Forskelle klinikkerne imellem:</i>	9
<i>Forskelle mellem klinikkerne og de officielle retningslinjer:</i>	10
<i>Tolkning af guidelines</i>	11
<i>Styrker og svagheder</i>	11
Styrker:	11
Svagheder:	12
<i>Kliniske implikationer</i>	12
Konklusion	13
Reference	14
Bilag 1	15

Introduktion

I 2022 blev der diagnosticeret 5.065 tilfælde af lungekræft i Danmark. Lungekræft er den kræftsygdom, der er årsag til flest dødsfald blandt mænd i Danmark og i flere andre lande også den hyppigste blandt kvinder (1). 5 års overlevelsen i 2010-2021 er steget fra 13% til 24%, hvilket kan forklares af en stigende incidens af lungekræft fundet i tidlige stadier (2). Både 1 og 5 års overlevelsen er proportional med stadiet af lungekræft ved diagnostidspunkt (3). I sekundærsektoren og jf. Sundhedsstyrelsens pakkeforløb for lungekræft (4) arbejdes der målrettet på at nedbringe tiden fra henvisning til færdig udredning. Dette mhp. at opdage kræften i så tidligt et stadium som muligt. Med sigte på at nedbringe doctors-delay mest muligt, er det essentielt, at vi også i primærsektoren, får henvist de rette patienter til den rette diagnostik så effektivt som muligt (2). Dog er symptomerne på lungecancer ofte også symptomer på mere benigne forhold i en almen-praksis-population. Det symptom der har højest PPV er hæmoptoyse, her findes PPV på 2,4%. I kombination med væggtab øges dette til 9,2% (5).

Rygning og alder er blandt de største risikofaktorer for at udvikle lungekræft. Det er vist, at det kumulerede tobaksforbrug i pakkeår øger risikoen betydeligt for lungekræft. Vedvarende rygere har ca. 20 gange højere risiko for lungekræft sammenlignet med aldrig rygere (1). Gennemsnitligt har patienterne på diagnostidspunktet 41,2 pakkeår bag sig. Stigende alder øger incidensen og incidensen fordobles hos patienter over 45 år sammenlignet med patienter under 45 år. Medianalderen på diagnostidspunktet er ca. 73 år (2).

Sensitiviteten af røntgen thorax ved symptomatisk lungecancer er kun 77-80%, man overser derfor en væsentlig andel på ca. 20%, når man vælger røntgen af thorax frem for CT med kontrast af thorax og øvre abdomen (CECT). Sensitiviteten af røntgen thorax falder imidlertid kraftigt ved mindre og centrale tumorer (2). Et normalt beskrevet røntgen af thorax kan dermed ikke udelukke lungecancer. CECT er derfor den anbefalede undersøgelse ved mistanke om lungekræft (2).

Følgende er Dansk Lunge Cancer Gruppens (DLCG) retningslinje ved mistanke om lungekræft (2). Disse kriterier danner baggrund og er forenelige med retningslinjerne i Sundhed.dk's pakkeforløb "Lungekræft", som betragtes som almen praksis' opslagsværk.

1. Ved ét eller flere af nedenstående symptomer hos person over 40 år med relevant tobaksanamnese kan der være mistanke om lungekræft, og lægen bør overveje at henvise til CT-skanning med kontrast af thorax og øvre abdomen (C):

- Uforklaret hoste af mere end 4 ugers varighed hos en tidligere lungerask person
- Uforklaret ændring i hostemønstret hos person med kronisk bronchitis
- Nytilkommet uforklaret åndenød
- Hæmoptyse (uanset alder og tobaksanamnese)
- Uforklaret stridor (bør føre til CT tillige med spirometri og laryngo-bronkoskopi)
- Uforklarede almensymptomer i form af træthed, manglende appetit, vægttab (> 5% af udgangsvægt)
- og/eller trombocytose (> 4 uger)
- Uforklaret opspyt, brystmerter, længerevarende eller recidiverende pneumoni, pleuraeffusion, Stokes krave
- neuropati, knoglesmerter og trommestikfingre, skuldersmerter

Hæshed af mere end 3-4 ugers varighed uden andre ledsagesymptomer kan være symptom på lungekræft, men bør dog primært undersøges af otolog på mistanke om larynxcancer.

2. Der skal henvises til udredning for lungekræft i pakkeforløb, hvis et eller flere af nedenstående kriterier er opfyldt (C):

- Når der ved en billeddiagnostisk undersøgelse ses malignitetssuspekt lungeinfiltrat eller tumor i mediastinum
- Når biopsi fra metastase tyder på primært udgangspunkt i lungen
- Når en patient har klare sygdomsrelaterede symptomer på mulig lungekræft, såsom hæmoptyse eller uforklaret åndenød af mere end 1 uges varighed, men vedkommende falder udenfor alderskriteriet for direkte henvisning til CT under punkt 1.

Det diskuteres i øjeblikket, om der skal indføres et screeningsprogram for patienter med rygeanamnese. Derfor er der aktuelt et pilotstudie på trapperne, der skal invitere personer med rygeanamnese til screening for lungekræft med CT-scanning af thorax. Disse vægtige overvejelser bør trække overvejelserne i retning af, at tidligere/nuværende rygere i højere grad bør henvises til CT scanning frem for RTG-thorax (6).

Formål og forskningsspørgsmål

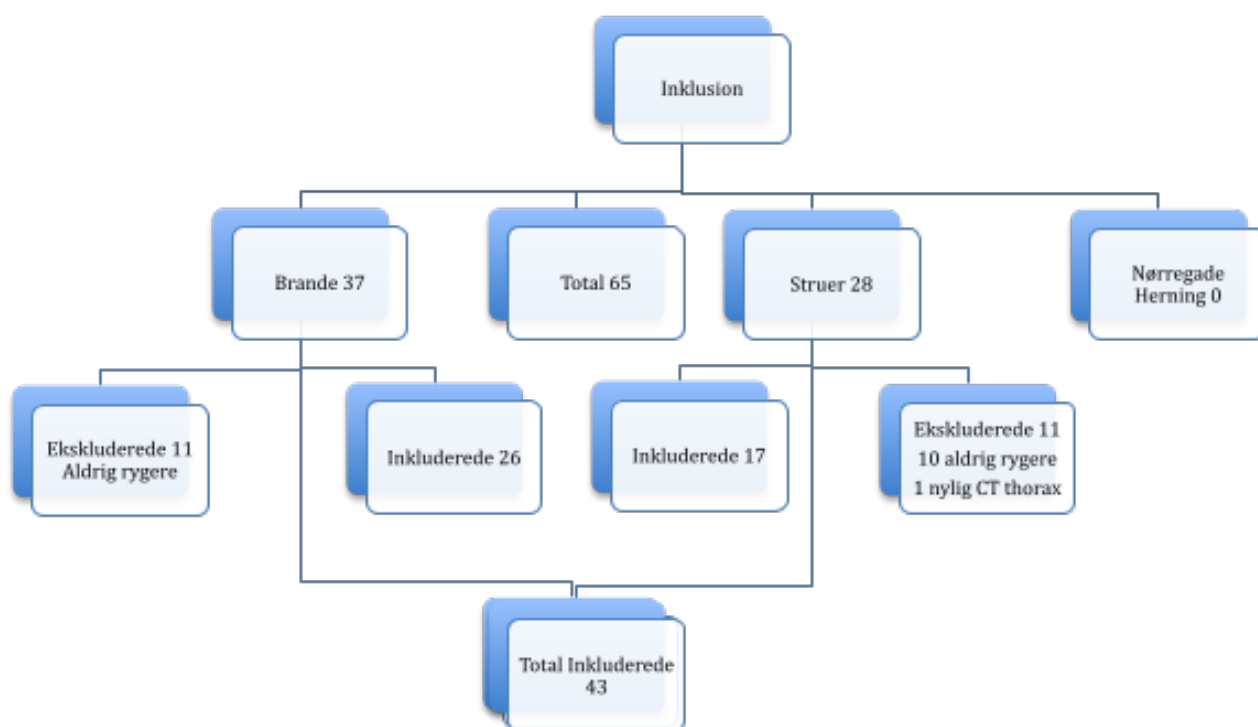
Vores hypotese er, at almen praksis ikke henviser nok patienter direkte til CECT, selvom patienterne opfylder DLCG's kriterier. I klinikken oplever vi, at der henvises til røntgen af thorax frem for CECT. Vores formål er at undersøge om rygere over 40 år med luftvejs symptomer, i vores klinikker, bliver henvist til rette diagnostik efter gældende retningslinjer.

Metode

Vi har tilgået journaldata fra klinikkerne hhv. Lægerne i Brande samt Struer Lægecenter. Vi ville også have undersøgt Lægerne Nørregade i Herning, men al deres post i perioden var slettet, hvorfor det ikke var tilgængeligt. I Struer Lægecenter er der 4 ydernumre og tilknyttet 4 kompagnoner, 1 speciallæge i almen medicin, 3 hoveduddannelseslæger og 1 læge i klinisk basisuddannelse. Hos Lægerne i Brande er der 5 ydernumre og tilknyttet 5 kompagnoner, 1 fast ansat speciallæge i almen medicin og 2 hoveduddannelseslæger. Vi har tilgået EPJ-systemets (XMO) kommunikationsfunktion, F11. Under mappen "sendte" fandt vi "henvisninger", hvor alle ikke slettede henvisninger ligger. Her startede vi 1. februar 2024 og kiggede alle henvisninger sendt til "billeddiagnostik/røntgen" igennem indtil 10. april 2024. Her identificerede vi alle henvisninger i perioden til RTG-thorax og CT-scanning af thorax og evt. øvre abdomen. Vi kiggede så på henvisningsteksten og identificerede alle patienter henvist til ovenstående billeddiagnostiske undersøgelser i perioden hhv. 37 og 28. Vi frasorterede alle patienter, som ikke imødekom kriterierne for CT-scanning jvf. gældende retningslinjer for udredning af nyttilkomne luftvejsgener af relevant varighed hos rygere/ex-rygere over 40 år. Her fandt vi hhv. 26 og 17 cases fra de to klinikker. Det er vores overbevisning, at der ikke kan være sendt henvisninger afsted fra

klinikkerne uden, at de ville kunne findes her. Dermed forventer vi, at informationsbias er minimeret i de to praksisser, hvor henvisningerne ikke var slettede.

Vi analyserer vores data ved at finde prævalensen af henvisning til RTG-thorax og CT-scanning. Vi sammenlignede prævalenserne mellem de to klinikker og sammenholdt det med det overordnede mål i guidelines, der gerne skulle nærme sig 100 % for prævalensen af CT-scanninger.



Figur 1 Flow chart over dataindsamling.

Resultater

Via dataindsamlingen af henvisninger til billeddiagnostisk undersøgelse af thorax på patienter med rygeanamnese, alder over 40 år og med luftvejssymptomer sendt mellem 1. februar 2024 og 10 april 2024 fandt vi 43 egnede cases, der blev inkluderet i vores dataindsamling.

Ud af de 43 patienter, der opfyldte kriterierne til en henvisning til CECT, var der kun 6 (14%) der blev direkte henvist til dette. I det totale dataset blev 37 (86%) henvist til røntgen af thorax som første valg af billede diagnostik, heraf blev 6 (14%) efterfølgende konverteret til CECT. Hos Lægerne i Brande blev 4 røntgenbilleder konverteret til CECT af røntgenafdelingen pga. patologisk fund på røntgenbilledet. I Struer lægecenter blev 2 røntgenbilleder efterfølgende konverteret til CECT af

klinikken. På den efterfølgende CECT-skanning er der fundet 1 tilfælde af lungekræft hos Lægerne i Brande. Da de 31 (72%) der kun har fået foretaget røntgenbillede ikke har fået foretaget tilstrækkelig billede diagnostik, kan vi ikke med rimelig sikkerhed udelukke lungekræft hos disse.

Tabel 1	Lægerne i Brande	Struer Lægecenter	Total
Antal henvisninger	37 (57 %)	28 (43 %)	65
Antal inkluderede	26 (60 %)	17 (40 %)	43
Antal RTG	25 (96 %)	12 (71 %)	37
Antal direkte CT	1 (4 %)	5 (29 %)	6
Antal sekundær CT	4 (15 %)	2 (8%)	6
Antal ikke CT	21 (81 %)	10 (59 %)	31

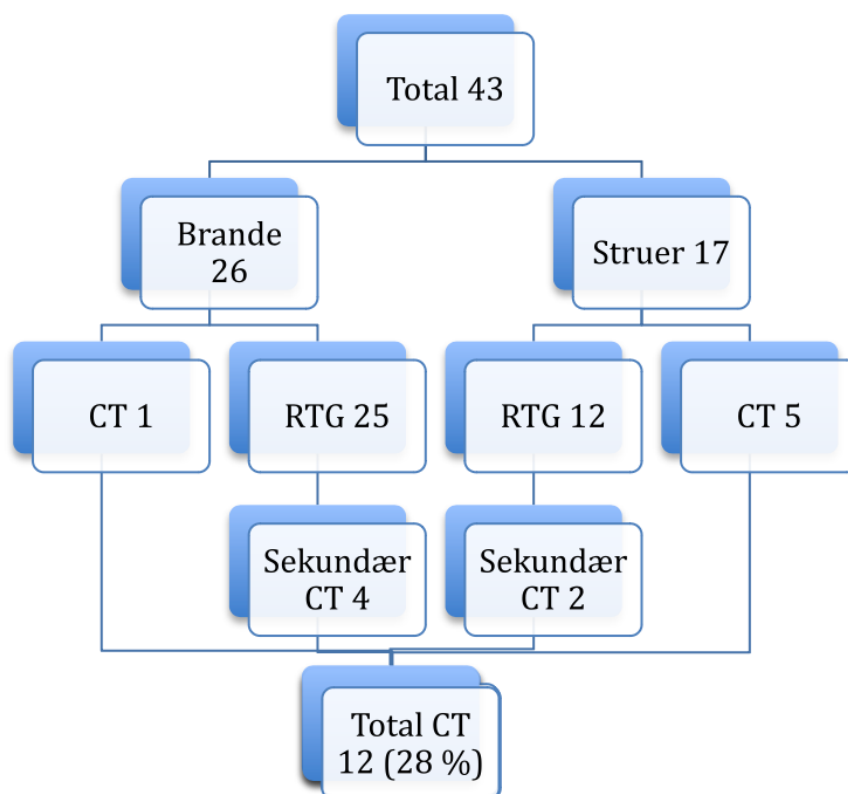
Tabel 1 Antal henvisninger til røntgen og CECT i de to lægehuse og totalt.

De hyppigste symptomer der leder til henvisning er hoste > 4 uger (N = 17), ændret hostemønster (N = 25) og nytilkommen åndenød (N = 23). Ingen patienter blev henvist til billeddiagnostik af thorax på baggrund af uforklarlige brystmerter.

Tabel 2	Lægerne i Brande	Struer Lægecenter	Total
Hoste over 4 uger	8	9	17
Hæmoptyse	0	1	1
Ændret hoste	15	10	25
Nytilkommet åndenød	10	13	23
Uforklarede brystmerter	0	0	0
B-symptomer	0	3	3
Cancerfund	1	0	1

Tabel 2 Overblik over hvilke symptomer, der har udløst henvisning til billeddiagnostik.

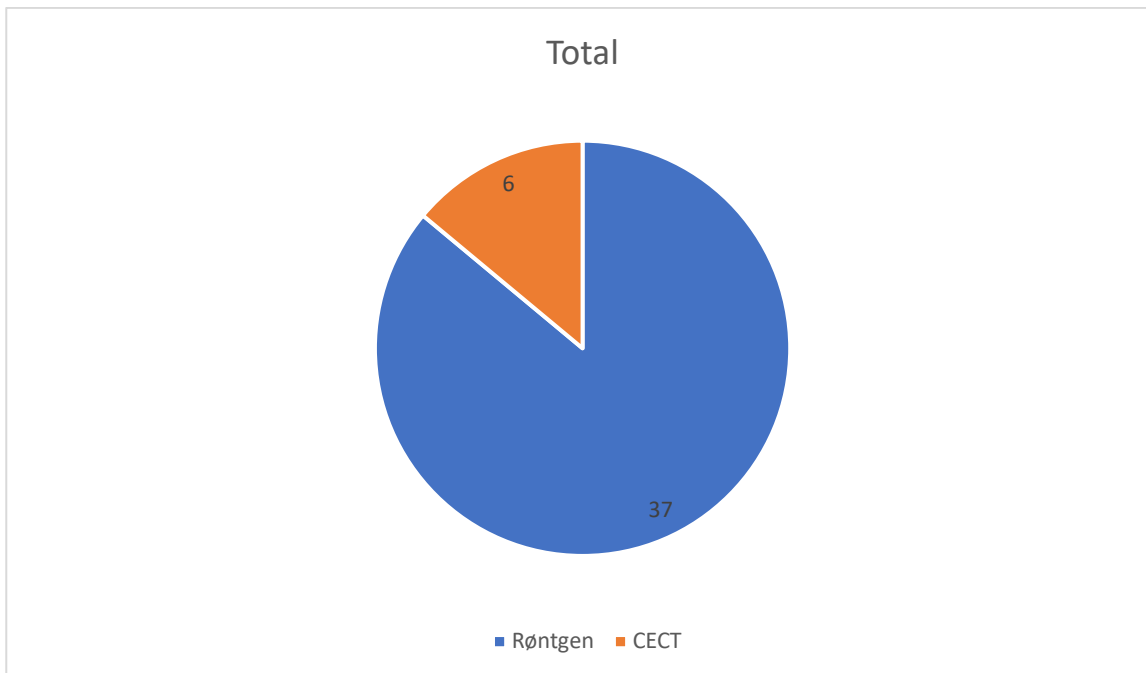
Struer Lægecenter og Lægerne i Brande har henholdsvis 4 og 5 ydernumre. Der er derfor også tilknyttet flere patienter til Lægerne i Brande. Det ses, at Lægerne i Brande har forholdsvis flere henvisninger til billeddiagnostik (N = 26) sammenlignet med Struer Lægecenter (N = 17). Lægerne i Struer havde alligevel flere henvisninger (N = 5) direkte til CECT end Lægerne i Brande (N = 1).



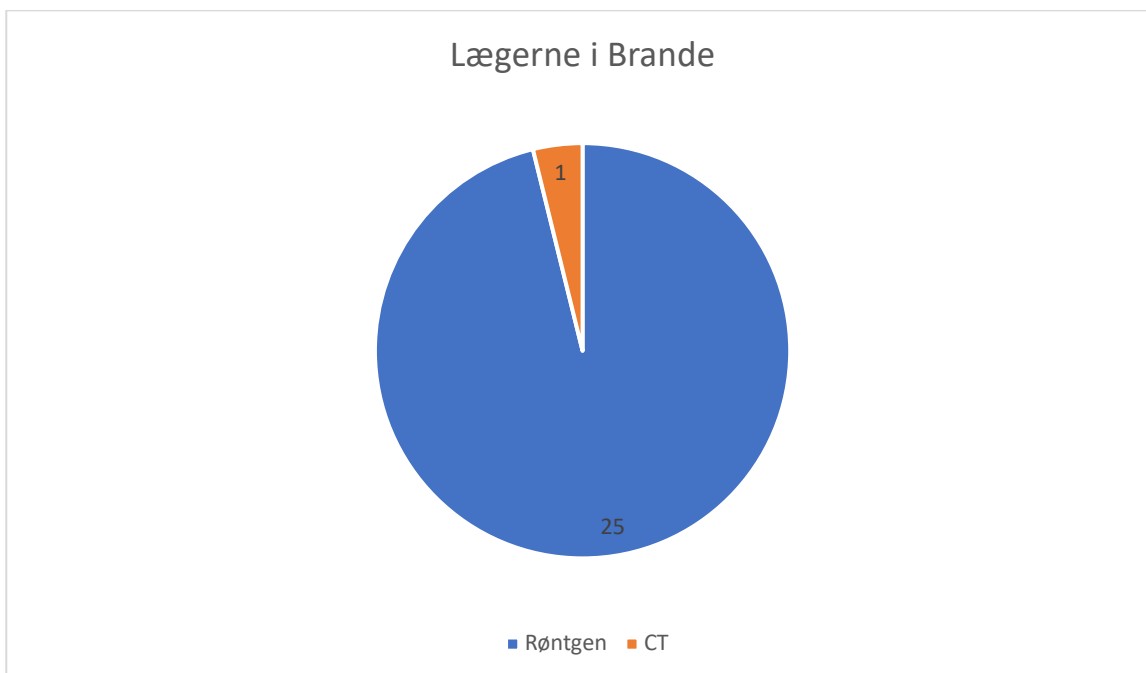
Figur 2 Henvisningsmønster fra henholdsvis Lægerne i Brande og Struer Lægecenter

Vi finder, at der er en stor andel af patienterne, der er tidligere ryger (N = 31) og kun en lille andel er aktive rygere (N = 12).

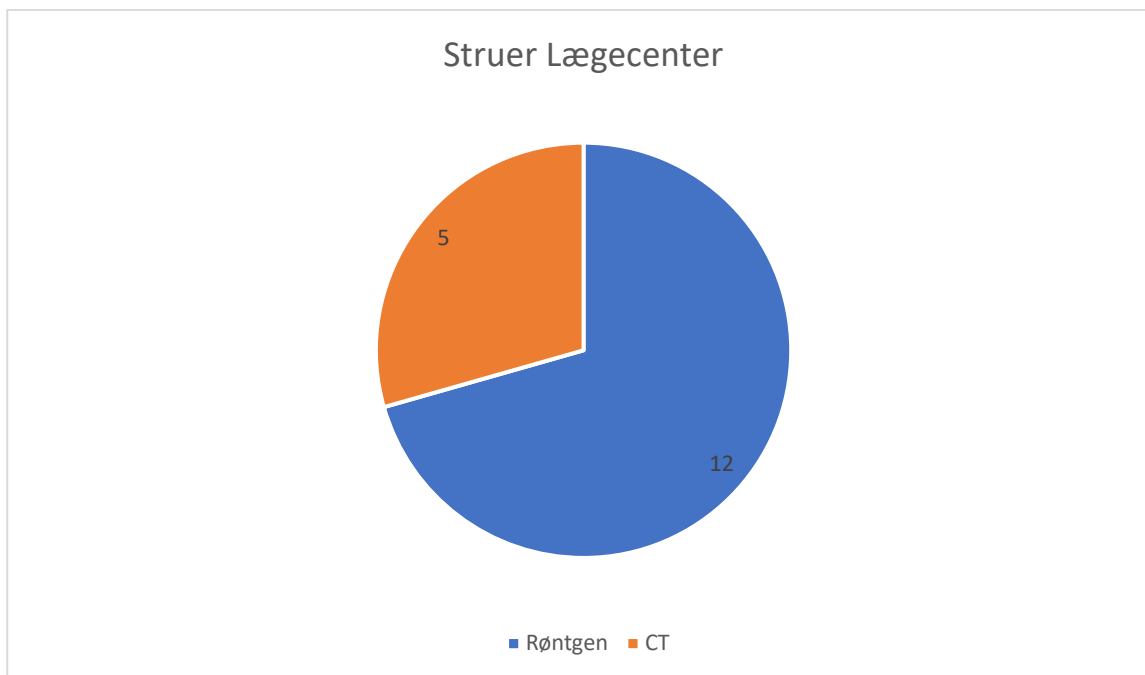
Tabel 3	Lægerne i Brande	Struer Lægecenter
Aktiv ryger	7	5
Tidligere ryger	19	12



Figur 3 Totalt antal patienter > 40 år med rygeanamnese og luftvejssymptomer der henvises til henholdsvis røntgen og CECT



Figur 3 Antal patienter hos Lægerne i Brande > 40 år med rygeanamnese og luftvejssymptomer der henvises til henholdsvis røntgen og CECT



Figur 4 Antal patienter i Struer Lægehus > 40 år med rygeanamnese og luftvejssymptomer der henvises til henholdsvis røntgen og CECT

Diskussion

Vores resultater tyder på, at der er diskrepans mellem de to lægeklinikker, som vi har undersøgt ift. om der henvises til RTG thorax eller CT-thorax ved den givne problemstilling. Samtidig ser vi dog også, at begge klinikker er meget langt fra det antal, vi opfatter som det optimale, altså en henvisningsrate til CT-thorax på nær 100 %.

Forskelle klinikkerne imellem:

En årsag til forskellene klinikkerne imellem kan være, at Struer Lægecenter har lavet en guideline for patienter med hoste (Bilag 1), hvilket vi ikke har fundet hos Lægerne i Brande. I denne guideline er der lavet en udredningsplan for patienter med hoste, og hvor der også står, at patienter med rygeanamnese og nyopståede pulmonale symptomer skal henvises til CT thorax i stedet for RTG-thorax. Vi kan dog også konstatere, at Struer Lægecenter ikke selv følger deres egen retningslinje, da kun omkring en tredjedel henvises til CT thorax. En årsag til dette kan dog også være, at vi observerede, at mange af henvisningerne ikke indeholdt information om rygestatus, hvorfor man måske ikke har været opmærksom på denne store risikofaktor, og dens betydning for valg af billeddiagnostiske modalitet. Vi var selv aktivt inde i patientjournalerne og

finde information om rygestatus andre steder end i henvisningerne hos mange af patienterne. Et stort problem, som vores undersøgelse kaster lys over, er altså sandsynligvis, at registrering af aktiv og tidligere rygestatus ikke er systematiseret og nemt tilgængelige data, der står tydeligt i journalen.

Forskelle mellem klinikkerne og de officielle retningslinjer:

Alle de patienter, vi har fundet, mener vi bør undersøges med CT thorax i stedet for røntgen thorax, da de har relevant rygeanamnese og nyopståede luftvejssymptomer over 4 uger. Vi ser dog i vores resultater, at det kun er 14 procent summeret i de to klinikker, der henvises til CT scanning som første undersøgelse og 86 procent, der får lavet RTG thorax.

Årsagerne til denne diskrepans mellem guidelines og virkeligheden i de to klinikker, vi har undersøgt kan være flere.

For det første udgives guidelines forskellige steder fra, og selv de samme steder kan have divergerende anbefalinger. Eks. har sundhed.dk en guideline for hoste (7), der siger, ved længerevarende hoste er RTG thorax nok til, med rimelig sandsynlighed, at udelukke lungekræft. Dette på trods af, at vi ved, at RTG-thorax overser ca. 20 % af alle intrathorakale cancere (2). Denne information kan derfor være misvisende. Sundhed.dk har desuden en anden guideline for lungekræft. I denne er retningslinjerne, at en patient med relevant rygeanamnese (aktiv eller tidligere ryger), med nytilkomne luftvejssymptomer (eks. hoste i mere end 4-6 uger), skal have lavet en CT-thorax og ikke kan nøjes med en RTG-thorax (4).

Dette er to divergerende guidelines for samme problematik i samme opslagsværk, hvilket kan medføre forvirring og øge tendensen til at bestille RTG thorax frem for CT-thorax.

For det andet, har en stor andel af de praktiserende læger været læger i mange år. De kan dermed have været udsat for mange forskelligt lydende guidelines i årenes løb og have været vant til at bestille røntgen af thorax på patienter med problemstillingen, da det tidligere har været anbefalingen (8), og de er måske ikke blevet opdaterede på, at guidelines har ændret sig.

Tolkning af guidelines

I DMCG og SST's anbefalinger for udredning og diagnostik af lungecancer findes formuleringen, at CECT anbefales ved "relevant tobaksanamnese" (2). Det er ikke nærmere uddybet, hvad relevant tobaksanamnese dækker over. Vi ser, at tobaksanamnese ikke er nævnt i mange af henvisningerne og at vi, når vi kigger nærmere i journalerne, finder at mange af henvisningerne er lavet på tidligere rygere. Man må forestille sig en oplagt fejlkilde kan være, at der ikke bliver spurgt nøje nok ind til nuværende og/eller tidligere tobaksforbrug.

Sundhed.dk uddyber dog, at der findes dosis-respons-sammenhæng mellem mængden af tobak der er røget, og risikoen for at udvikle lungekræft. Yderligere er det også beskrevet, at risikoen for lungecancer sænkes til næsten svarende til aldrig-rygere, såfremt man er afholdende i 15 år, ligesom tidlig alder ved rygedebut øger risikoen for at udvikle lungecancer. Såfremt man stopper med at ryge før 45-50-års alderen reduceres den risiko, der kan tilskrives rygning med mere end 90% (9).

Da "relevant tobaksanamnese" ikke uddybes yderligere i kræftpakkens guidelines, men der findes ovenstående sammenhænge, kunne det bidrage til at kvalificere vurderingen af "relevant tobaksanamnese". På den anden side vil guidelines kompliceres af yderligere differentiering patienterne imellem og det kan være svært at få inkluderet de helt rigtige patienter.

Vi har i vores dataindsamling blot differentieret mellem rygere/tidligere rygere og aldrig-rygere, men det er muligt, at lægerne uden at nævne det i henvisningen, har gjort sig overvejelser ift. uddybende rygeanamnese og selv lavet en "risikovurdering" uden at journalføre dette.

Andre formuleringer i guidelines såsom "lægen bør overveje at henvise til CT-skanning med kontrast af thorax og øvre abdomen" og "mistanke om lungekræft" (2) kan også give anledning til fortolkning.

Styrker og svagheder

Styrker:

Dataindsamlingen er foregået i to relativt store praksisser med flere læger tilknyttet og 9 ydernumre i alt. Selvom der kun er to praksisser med i studiet dækker disse over et stort patientgrundlag.

I begge klinikker er der stor repræsentation af patienter fra alle samfundslag. Det er en styrke, at vi har indsamlet data fra 2 store lægeklinikker med et bredt udsnit af befolkningen fra forskellige samfundsgrupper, som vi derfor forventer uddannelsesmæssigt vil være nogenlunde repræsentative for den danske population generelt.

Studiet er retrospektivt og kigger tilbage på sendte henvisninger fra en periode, hvor klinikernes læger ikke var vidende om, at studiet ville blive lavet. Derfor er det ingen bias ift., at man kan forestille sig, at lægerne i højere grad ville være opmærksom på retningslinjen og måske henvise anderledes, end de ellers ville for at leve op til gældende retningslinjer. Det er udelukket med dette bagud-skuende studie.

Svagheder:

Studiet indsamler data over en kort periode i en lille del af året. Man kan forestille sig, at der i perioder af året henvender sig flere med luftvejs symptomer, end på andre tidspunkter af året. I perioder med megen luftvejsinfektion, vil andelen af henvendelser med problemstillingen formentlig være med lavere andel af cancer som baggrund end i perioder uden mange forkølelsesvirus i omløb. Da vi kun havde adgang til et begrænset antal henvisninger via "udbakken af henvisninger" i vores lægesystemer, er vores datagrundlag ikke blevet tilstrækkeligt stort til, at der kunne laves statistiske beregninger. Derfor er der tale om tendenser i vores data, der har en begrænset størrelse, hvilket naturligvis øger usikkerheden i relation til at kunne generalisere til andre danske lægepraksissers adfærd på baggrund af vores studium.

Vi har ikke forholdt os til at kvalificere "relevant rygeanamnese", som nævnt tidligere, da dette vil komplicere indikationen for henvisning til CT-thorax.

Kliniske implikationer

Vi finder i vores data, at der i Struer Lægecenter, hvor der forefindes instruks for hoste, henvises flere relevante patienter direkte til CT. Det kan derfor på baggrund af nærværende studie foreslås, at man udarbejder en sådan mhp. at skærpe opmærksomheden på den rette diagnostik.

Man har i et studie fra Silkeborg Sygehus fundet stor tilfredshed blandt de praktiserende læger ved, at radiologisk afdeling er behjælpelig med at konvertere til optimal billedmodalitet under

studie, hvor man øgede tilgængeligheden af lavdosis-CT til patienter med luftvejssymptomer, der ikke faldt under kriterierne for CECT. Man må forestille sig, at lignende tilbud, hvor de radiologiske afdelinger i højere grad giver feedback på henvisningerne og hjælper med at konvertere til rette billede-modalitet, kunne øge prævalensen af korrekte henvisninger, jvf. kræftpakken (10,11).

Såfremt man får henvist alle patienter, der opfylder kriterierne i guidelines, må man forestille sig, at det fører til et markant øget antal patienter, der henvises til CT. Dermed et øget pres på de radiologiske afdelinger og også at et øget antal patienter, der udsættes for strålingen fra CT-scanneren.

Konklusion

Resultaterne i vores studie tyder på, at praktiserende læger generelt kunne blive bedre til at henvise til korrekt billeddiagnostisk modalitet hos personer over 40 med rygeanamnese.

Vi finder dog også, at guidelines i nogen grad lægger op til fortolkning. Hver enkel læge kan have egen fortolkning af guidelines, hvilket nok kommer til udtryk i henvisningsmønstret. Ensretning af guidelines og støtte fra radiologisk visitation tror vi ville kunne forbedre dette.

For med større sikkerhed at kunne konkludere, at guideline ikke følges, er der behov for et større studie med større generaliserbarhed.

Reference

1. Region Midtjylland, praksisinformation [Internet]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/information-til-praksis/midtjylland/almen-praksis/patientbehandling/patientforloeb/forloebbeskrivelser-icpc/r-luftveje/lungekraeft/>
2. DLCG_Lungecancer - Visitation, Diagnose, Stadie [Internet]. Tilgængelig hos: https://www.dmcg.dk/Kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmcg/lungecancer/visitation-diagnose-stadie_lungecancer/
3. Vedsted P, Olesen F. Early diagnosis of cancer - The role of general practice. Bd. 27, Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2009. s. 193–4.
4. Pakkeforløb for lungekræft [Internet]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Lungekraeft/Pakkeforløb-for-lungekræft-2018.ashx>
5. Emery JD, Shaw K, Williams B, Mazza D, Fallon-Ferguson J, Varlow M, m.fl. The role of primary care in early detection and follow-up of cancer. Bd. 11, Nature Reviews Clinical Oncology. 2014. s. 38–48.
6. Sundhedsstyrelsen. Pilotstudie vedrørende screening for lungekræft [Internet]. Tilgængelig hos: Pilotstudie vedrørende screening for lungekræft
7. Hoste - Lægehåndbogen på sundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/lunger/symptomer-og-tegn/hoste/>
8. Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for lungekræft - [Internet]. 2013. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/da/puljer/Pilotstudie-vedroerende-screening-for-lungekraeft>
9. Resumé Diagnose [Internet]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/lunger/tilstande-og-sygdomme/svulster/lungekraeft/>
10. Malvang LB, Trolle C, Rasmussen TR, Hyldgaard C. Decision support to general practice in Decision support to general practice in choice of chest imaging for patients with choice of chest imaging for patients with pulmonary symptoms pulmonary symptoms. Bd. 70, Brief Research Report Dan Med J. 2023.
11. Hyldgaard C, Trolle C, Harders SMW, Engberg H, Rasmussen TR, Møller H. Increased use of diagnostic CT imaging increases the detection of stage IA lung cancer: pathways and patient characteristics. BMC Cancer. 1. december 2022;22(1).

Bilag 1

Håndtering af hoste patienter i Struer Lægecenter .

Ved visitation spørges indtil:

Hoste- varighed

Åndenød

Feber.

Brystsmerter

Hvis varigheden er under 4 uger og der ikke er feber, åndenød eller brystsmerter kan der visiteres til sygeplejeske i akut tiden.

Ved varighed over 4 uger , feber, åndenød eller brystsmerter visiteres til læge.

Ved sygeplejekonsultation:

Der skrives anamnese og tages crp.

Hvis crp er under 50 kan patienten afsluttes.

Patienten skal informeres om at søge læge ved forværring af symptomer eller manglende bedring, hvis varigheden af symptomer overstiger ialt 4 uger, i tilfælde af dette skal patienten have en akut lægetid.

Hvis crp over 50 , hentes læge som lytter på patienten og tager stilling til antibiotika behandling.

Specielt for KOL patienter.:

Ved øget mængde purulent ekspektorat findes indikation for antibiotika.

- Amoxicillin er førstevalg:
 - tbl. 750 mg: 1 tbl. x 3 i 5 dage
- Ved penicillin-allergi gives doxycyclin
 - Doxycyclin tbl. 200 mg x 1 i 7 dage

OBS cancer:

Ved nedstående symptomer hos personer over 40 år, med varighed over 4 uger skal patienten have akut lægetid på mistanke om lungecancer og henvises til CT thorax og øvre abdomen i cancerpatienter forløb (i henhold til retningslinjer på sundhed. Dk). Der skal tages creatinin samme dag eller i åben amb dagen efter. Er patienten i metformin behandling skal det pauseres.

Kopi af retningslinjer fra sundhed.dk nov.2018:

Klinisk baggrund for begrundet mistanke om lungekræft

Henvisning obs. cancer bør overvejes hos personer over 40 år med nytilkomne og ikke velforklarede luftvejs- og almensymptomer af over 4 ugers varighed, eller ændring af kroniske luftvejsymptomer.

Symptomerne kan være:

- Uforklaret hoste
- Uforklaret unormal spirometri
- Hæmoptyse
- Uforklarede brystmerter hos rygere
- Hæshed
- Uforklarlig dyspnøe og almen symptomer (vægttab, træthed, nedsat appetit)