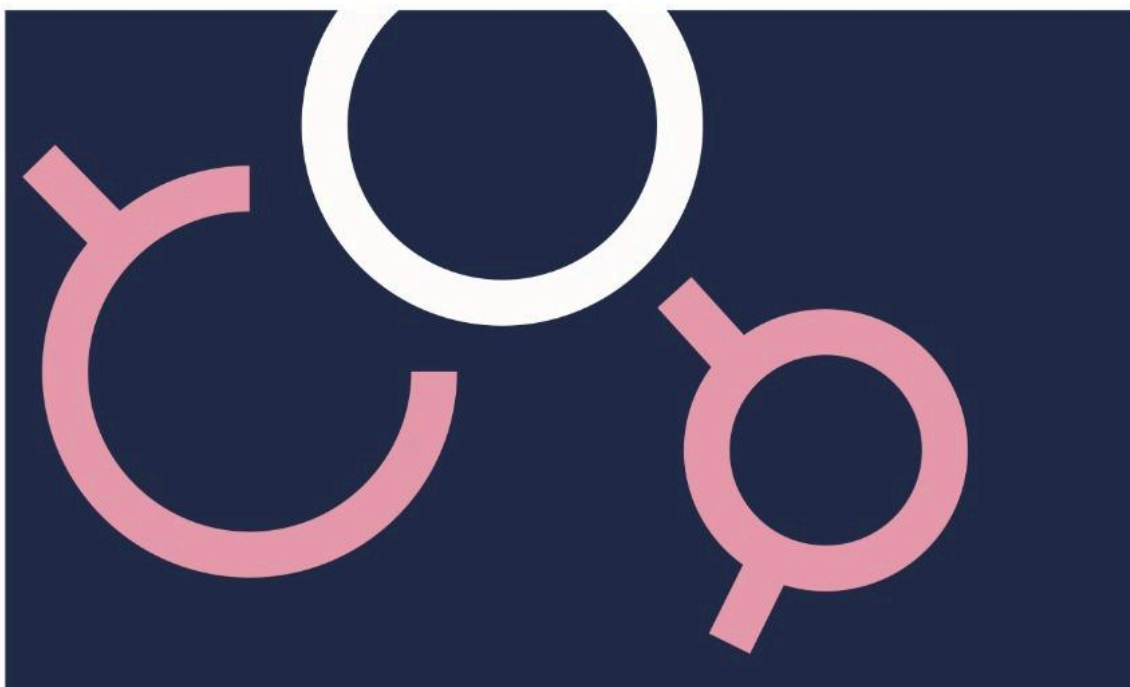




Udfald af det okkulte kræftpakkeforløb



Af

Diana Højrup Runegaard Albæk, Jesper Sloth Andersen,
Jivasini Pratheepan og Sardam Wahab

Vejleder: Morten Bondo Christensen

EFTERÅR 2024 HOLD 63

Indholdsfortegnelse

Introduktion.....	3
Metoder.....	4
Studiedesign og deltagere.....	4
Resultater.....	4
Studiepopulation.....	5
Primære outcome.....	5
Symptomer og parakliniske fund.....	5
Udredning.....	5
Diskussion.....	10
Hovedresultater.....	10
Rygning og alkohol.....	11
Symptomer og parakliniske fund.....	12
Kønsfordeling.....	12
Alder.....	13
Anden alvorlig sygdom.....	13
Styrker og svagheder.....	13
Hitrate.....	14
Perspektivering.....	14
Konklusion.....	15
Referenceliste.....	16
Bilag 1.....	17

Introduktion

I Danmark blev der i 2007 indført organspecifikke pakkeforløb til de patienter, der præsenterer sig med alarmsymptomer, der giver mistanke om specifik organrelateret kræftsygdom (1). I 2012 implementerede man i Danmark tilmed et diagnostisk pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer, som kan indikere alvorlig sygdom (2). Uspecifikke symptomer, som kan give mistanke om alvorlig sygdom, er blandt andet træthed, væggtab, smerter, nattesved og feber (3). Formålet med pakkeforløbene er at identificere alvorlige sygdomme på et tidligt stadium med henblik på at kunne igangsætte behandling tidligere og dermed forbedre prognosen.

Det nuværende diagnostiske pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer følger en to-trins tilgang. Første trin udføres af en læge i almen praksis, som gennemfører en okkult cancer blodprøvepakke (OCB), grundig anamnese, objektiv klinisk undersøgelse samt eventuelt henviser til CT-skanning af thorax, abdomen og bækken (CT-TAB). Såfremt blodprøver og CT-TAB ikke rejser mistanke om en organspecifik kræfttype, og der fortsat er mistanke om alvorlig sygdom, er der mulighed for at indgå i trin 2, hvor der henvises til videre udredning ved Diagnostisk Center (DC) på hospitalet.

Tidligere danske undersøgelser har vist, at 11-20% af de patienter, som blev henvist til DC med henblik på yderligere udredning, fik påvist kræft (4).

En stor del af patienterne mistænkt for alvorlig sygdom, vil dog aldrig nå til DC (Trin 2), da man enten afslutter forløbet, eller på baggrund af blodprøver og/eller CT-TAB får mistanke om en mere specifik organrelateret kræfttype, hvorved patienten henvises til udredning i et andet relevant kræftpakkeforløb.

Til dato foreligger studier, der undersøger prævalensen af kræft og anden alvorlig sygdom blandt de patienter, der når til DC (Trin 2) (4,5). Et enkelt studie har undersøgt prævalensen af kræft blandt alle patienter, som har fået foretaget en OCB på Silkeborg Regionshospital (6). Dette studie har dog ikke haft adgang til journal fra praktiserende læge og dermed ikke kunnet se, hvilke symptomer der har givet anledning til blodprøven. Vores studie adskiller sig ved, at det har kunnet inkludere alle patienter allerede fra trin 1 samtidig med, at det har kunnet give indblik i symptomer, risikofaktorer samt fund ved CT-TAB.

Vores studie har til formål at undersøge, hvor stor en procentdel af de patienter med uspecifikke symptomer, som egen læge mistænker alvorlig sygdom hos, der ender med at få

påvist kræft eller anden alvorlig sygdom. Vi vil derudover se på fordelingen af de forskellige kræfttyper, samt hvilke øvrige alvorlige diagnoser patienterne får påvist.

Metoder

Studiedesign og deltagere

Dette studie er en journalaudit, hvor vi har undersøgt udfaldet for de patienter, der har fået taget en OCB registreret i WebReq. Data stammer fra fire lægeklinikker i Viborg Kommune og Silkeborg Kommune. Der blev fundet 50 patienter i hver praksis, som havde fået taget en OCB.

Patienterne er identificeret i IT-systemet XMO ved at lave en søgestreng, hvorved der findes patienter, som har fået taget Thyreoideastimulerende hormon (TSH, IUPAC NPU03577) og Immunoglobulin G (IgG, IUPAC NPU19825), da denne kombination primært forekommer i en OCB. I to af klinikkerne var det dog nødvendigt at tilføje et søgekriterie med M-komponent (IUPAC NPU17675), da der grundet andet rekvisitionsmønster fremkom mange patienter med artrit i den primære søgning.

Grundet forskellige størrelser på de enkelte klinikker var vi nødt til at justere tidsintervallet for hver klinik for at få det ønskede antal patienter til vores journalaudit. Patienterne er fundet i perioden fra 1. januar 2021 til 1. marts 2024 og er tilfældigt udvalgte ud fra de fremsøgte patientlister i XMO.

Der blev udført journalaudit på alle identificerede patienter (Bilag 1). Først blev datoen for bestilling af OCB registreret, hvorefter der blev foretaget journalgennemgang seks måneder frem i tiden fra denne dato. I perioden blev følgende data registreret for hver patient:

Patientens alder, køn, rygestatus, alkoholindtag, familiær disposition til kræft, tidligere kræftsygdom hos patienten samt symptomer i form af træthed, feber, vægttab, nattesved og nedsat appetit. Derudover blev det registreret, om der var anæmi eller vedvarende CRP-forhøjelse som årsag til den videre udredning. Ligeledes blev det registreret, om der var foretaget CT-TAB, og om denne viste tegn til malignitet, samt om forløbet resulterede i en kræftdiagnose eller anden alvorlig sygdom. Endelig blev det registreret, om patienterne blev henvist til DC eller anden specifik kræftpakke.

Resultater

I tabel 1 ses et samlet overblik over de 200 inkluderede patienter med både antal og procentdel. I tabel 2 ses procentdel for udvalgte parametre. Ud af de 200 patienter, som fik taget en OCB, havde 21 (10,5%) kræft og 11 (5,5%) anden alvorlig sygdom, det vil sige, at 32 (16%) havde enten kræft eller anden alvorlig sygdom (Tabel 3).

Studiepopulation

Blandt de 200 patienter var 119 (59,5%) kvinder og 81 (40,5%) mænd. Blandt de 21 patienter med påvist kræft var 11 (52,4%) kvinder og 10 (47,6%) mænd. I ikke-kræft gruppen var 60,3% kvinder og 39,7% mænd. Alder varierer fra 23 år til 92 år med en medianalder på 69,5 år. Herudover ses det, at prævalensen af kræft var lavest for de 18-39 årige (0%) og højst for de +80 årige (14,7%).

Primære outcome

I tabel 4 fremgår fordelingen af kræftformer blandt de 21 patienter med kræft. Samlet set var de hæmatologiske kræftformer de hyppigst forekommende med 4 tilfælde svarende til 19% (B-lymfom, CMML, Morbus Waldenström og myelomatose). Efterfulgt af tarmkræft (14,3%), prostatakræft (14,3%), nyrekræft (9,5%) og lungekræft (9,5%). 11 (5,5%) ud af 200 patienter havde en anden alvorlig sygdom end kræft. I tabel 5 ses en oversigt over disse patienter med tilhørende diagnoser. De hyppigste diagnoser var vaskulitis og muskelgigt med 2 patienter i hver gruppe. For de resterende diagnoser var der kun én enkelt patient i hver gruppe.

Symptomer og parakliniske fund

Patienterne havde ofte mere end ét symptom, hvorfor det giver mere end 100, når de enkelte procenter lægges sammen. Blandt de mest fremtrædende symptomer præsenteret af patienter i begge grupper var vægttab og træthed begge med en forekomst på 54% (Tabel 1). Herefter fulgte nedsat appetit (28,5%), nattesved (16,5%), anæmi (13,0%), vedvarende CRP-forhøjelse (12,0%) og feber (5,0%). Som vist i tabel 1 over symptomer og parakliniske fund, var vedvarende CRP-forhøjelse (20,8%) og anæmi (19,2%) mest associeret med kræft.

Udredning

Blandt de 200 patienter, som fik taget en OCB, fik 155 (77,5%) foretaget CT-TAB med kontrast. Af disse patienter fik 20 (12,9%) påvist kræft. 45 patienter (22,5%) blev henvist til DC, hvoraf 8 (17,8%) af dem fik påvist kræft. I alt 50 patienter (25,0%) blev henvist til en anden organspecifik kræftpakke.

Tabel 1

Karakteristika for patienter med og uden kræftdiagnose. For kolonnerne "Kræft" / "Ikke-kræft" er opgivet i antal og procent på vandret/række niveau. For kolonnen "Alle" er angivet antal og procent lodret/kolonne.

	Kræft n (% række)	Ikke-kræft n (% række)	Alle n (% kolonne)
Antal	21 (10,5)	179 (89,5)	200
Køn			
Kvinde	11 (9,2)	108 (90,8)	119 (59,5)
Mand	10 (12,3)	71 (87,8)	81 (40,5)
Alder			
Median (år)	72	69	69,5
Alder opdelt			
18-39	0 (0,0)	7 (100)	7 (3,5)
40-54	2 (6,5)	29 (93,5)	31 (15,5)
55-69	7 (11,3)	55 (88,7)	62 (31,0)
70-79	7 (10,6)	59 (89,4)	66 (33,0)
80+	5 (14,7)	29 (85,3)	34 (17,0)
Rygning			
Aldrig ryger	11 (18,0)	50 (82,0)	61 (30,5)
Tidligere ryger	3 (8,1)	34 (91,9)	37 (18,5)
Aktiv ryger	0 (0,0)	30 (100)	30 (15,0)
Ukendt	7 (9,7)	65 (90,3)	72 (36,0)
Alkohol			
< 10 genstande / uge	10 (11,9)	74 (88,1)	84 (42,0)
> 10 genstande / uge	1 (9,1)	10 (90,9)	11 (5,5)
Ukendt	10 (9,5)	95 (90,5)	105 (52,5)
Symptomer og parakliniske fund			
Vægttab	9 (8,3)	99 (91,7)	108 (54,0)
Feber	1 (10,0)	9 (90,0)	10 (5,0)
Træthed	10 (9,3)	98 (90,7)	108 (54,0)
Nattesved	2 (6,1)	31 (93,9)	33 (16,5)
Nedsat appetit	7 (12,3)	50 (87,7)	57 (28,5)
Anæmi	5 (19,2)	21 (80,8)	26 (13,0)
Vedvarende CRP-forhøjelse	5 (20,8)	19 (79,2)	24 (12,0)
Udredning			
CT-TAB	20 (12,9)	135 (87,1)	155 (77,5)
Diagnostisk center	8 (17,8)	37 (82,2)	45 (22,5)
Henvist til anden kræftpakke	19 (38,0)	31 (62,0)	50 (25,0)

Tabel 2

Procentvis andel af patienter med og uden kræft ud af det samlede antal i hver gruppe. For symptomer og udredning kan de enkelte patienter være med i flere rækker, hvorfor summering af procenterne på kolonneniveau kan være over 100.

Køn (%)	% af kræftpatienter	% af ikke-kræftpatienter
Kvinde	52,4	60,3
Mand	47,6	39,7
Symptomer og parakliniske fund (%)		
Vægttab	42,9	55,3
Feber	4,8	5,0
Træthed	47,6	54,7
Nattesved	9,5	17,3
Nedsat appetit	33,3	27,9
Anæmi	23,8	11,7
Vedvarende CRP-forhøjelse	23,8	10,6
Udredning (%)		
CT-TAB	95,2	75,4
Diagnostisk Center	38,1	20,7
Henvist til anden kræftpakke	90,5	17,3

Tabel 3

Andel af patienter med kræft eller anden alvorlig sygdom og ikke alvorlig sygdom i antal og procent.

	Kræft eller anden alvorlig sygdom	Ikke alvorlig sygdom
Antal, n (%)	32 (16)	168 (84)

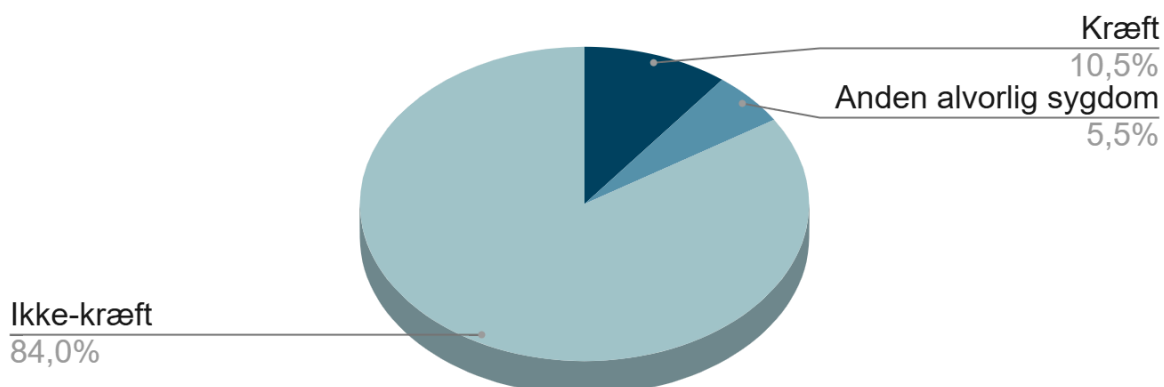
Tabel 4
Kræftformer fundet i okkult kræftpakkeforløb

	Antal, n (%)
B-lymfom	1 (4,8)
Brystkræft	1 (4,8)
CMML	1 (4,8)
Galdegangskræft	1 (4,8)
Lungekræft	2 (9,5)
Mavekræft	1 (4,8)
Metastase	1 (4,8)
Morbus Waldenström	1 (4,8)
Myelomatose	1 (4,8)
Nyrekræft	2 (9,5)
Pancreaskræft	1 (4,8)
Prostatakræft	3 (14,3)
Tarmkræft	3 (14,3)
Thyreoidaekræft	1 (4,8)
Lungehindekræft	1 (4,8)

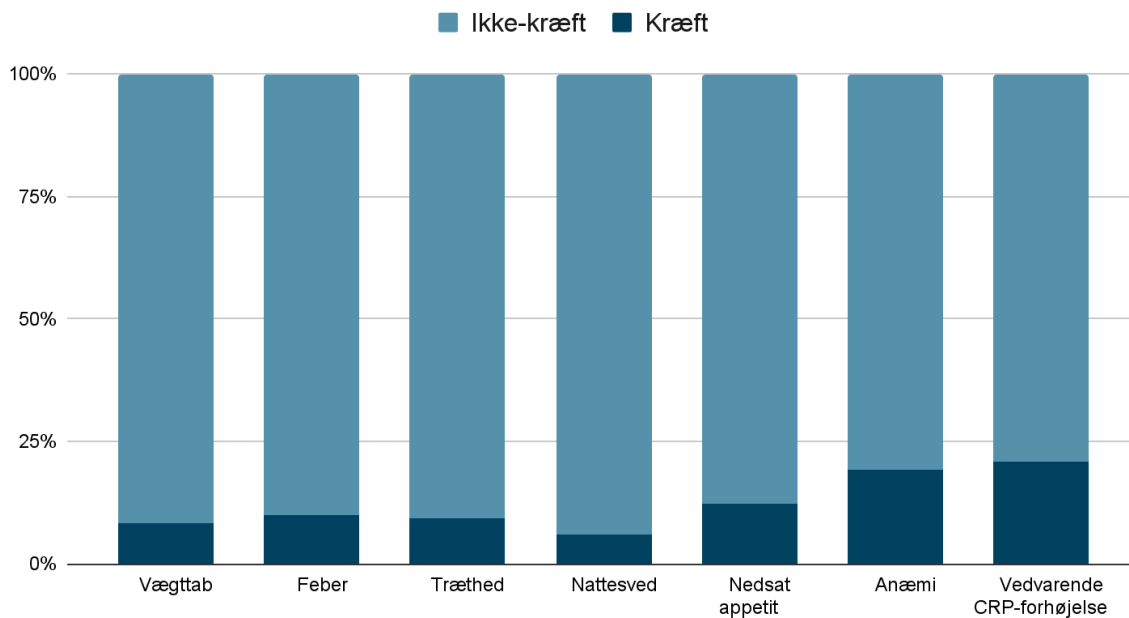
Tabel 5
Fund af anden alvorlig sygdom end kræft

	Antal, n (%)
Demens	1 (9,1)
Depression	1 (9,1)
Hjertesvigt	1 (9,1)
Hypercalcæmi	1 (9,1)
Infarkt i omentet	1 (9,1)
Kronisk pankreatit	1 (9,1)
Muskelgigt	2 (18,2)
Reumatoid artrit	1 (9,1)
Vaskulitis	2 (18,2)

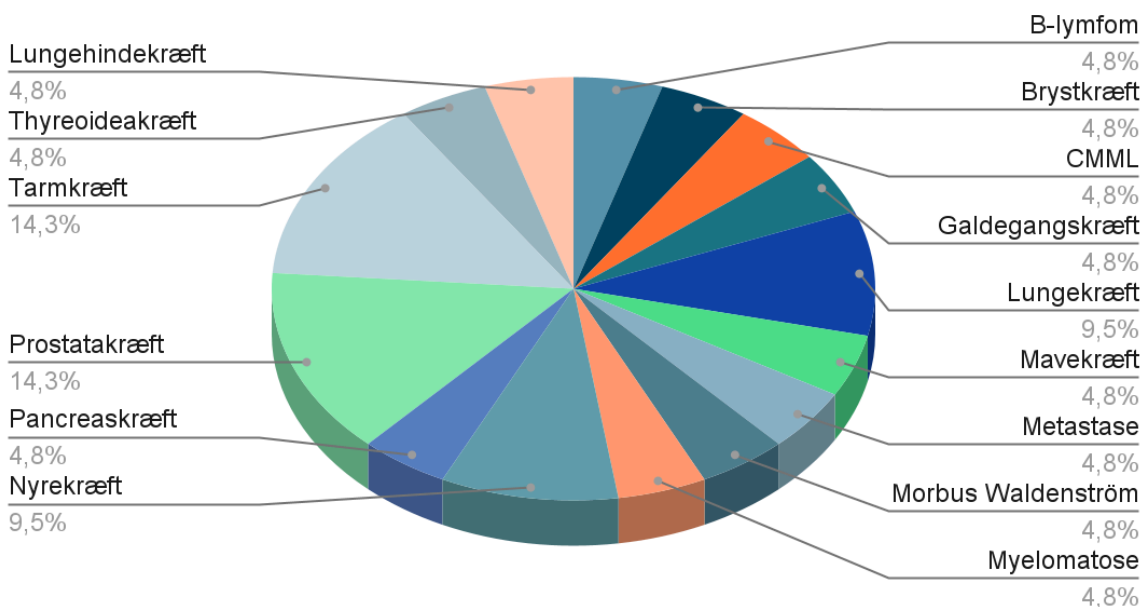
Figur 1. Samlet fordeling



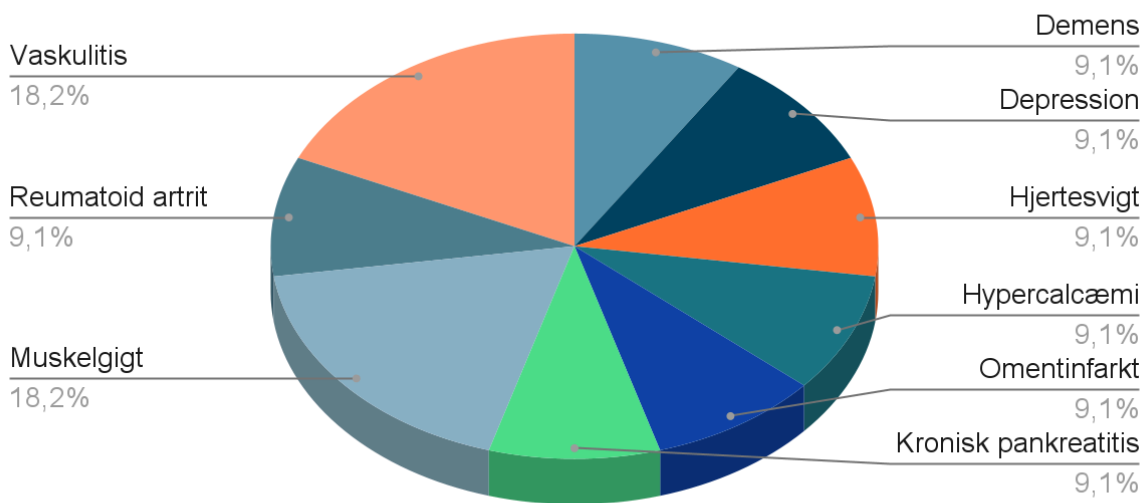
Figur 2. Andel med kræft og ikke-kræft fordelt på symptomer og parakliniske fund



Figur 3. Fordeling af kræftformer



Figur 4. Andre alvorlige sygdomme



Diskussion

Hovedresultater

Formålet med dette retrospektive journalaudit studie var at få belyst prævalensen af kræft eller anden alvorlig sygdom blandt de patienter, der blev sat i diagnostisk pakkeforløb ved at få taget en OCB inden for en 6-måneders periode fra 01.01.2021 til 01.03.2024. Den indledende undersøgelse startes i primærsektoren af en læge, som mistænker alvorlig sygdom og sætter patienten i diagnostisk pakkeforløb.

Ud af de i alt 200 inkluderede patienter i dette studie fik godt hver tiende patient (10,5%, Tabel 1) påvist kræft, og hver tyvende patient (5,5%, Figur 1) fik påvist anden alvorlig sygdom. Det vil sige, at cirka én ud af seks patienter (Tabel 3), der blev sat i diagnostisk pakkeforløb, fik påvist kræft eller anden alvorlig sygdom, som er det primære udfald i dette studie. I et studie fra Fyn med 6.698 inkluderede patienter henvist til DC i Svendborg fra 2014 til 2021 fik 20,2% af patienterne påvist kræft (7). I et andet populationsbaseret kohortestudie af Moseholm et al. (4) inkluderende 23.934 patienter, som var henvist til DC i pakkeforløb i perioden fra 1. marts 2012 til 31. december 2015, fik 11% af patienterne påvist kræft.

Forskellen på disse to studier og vores undersøgelse er dog, at de nævnte studier kun inkluderer patienter henvist til et DC, mens det kun var 22,5% af patienterne i vores studie, der blev henvist til et DC. Af disse var det 17,8%, der havde kræft, mens de resterende, der fik påvist kræft, var henvist i et andet specifikt kræftpakkeforløb.

Selvom vores studie har inkluderet markant færre patienter, så fremstår det repræsentativt, når man sammenligner med de to store kohortestudier (4,7). I Grønnemose et al. var de hyppigste kræftformer lungekræft, lymfom, colon-/rektumkræft og pancreaskræft samt øvre gastrointestinal kræft, mens det i Moseholm et al. var brystkræft, hæmatologisk kræft og malignt melanom. I vores studie var de hyppigste kræftformer hæmatologisk kræft, tarmkræft, prostatakkræft, nyrekræft og lungekræft (Figur 3). Der er således et vist overlap mellem, hvilke kræftformer der er fundet som de hyppigste ved okkult kræftudredning. Når de to store studier og vores mindre studie alligevel finder en bred vifte af kræftformer, tyder det således på, at det er en gruppe af patienter, som præsenterer sig med diffuse symptomer, da man ellers må antage, at patienten ville være sendt i et specifikt kræftpakkeforløb.

Blandt de 11 patienter med anden alvorlig sygdom (Tabel 5) er der også stor variation i diagnoserne, men med størst forekomst af muskeltugt og vaskulitis, hvor der dog kun var 2 patienter i hver gruppe. Dette indikerer ligeledes, at uspecifikke symptomer, som fører til, at der bliver taget en OCB, dækker over en lang række af alvorlige sygdomme. I Moseholm et al. var de hyppigst forekommende ikke-kræft relaterede diagnoser kardiovaskulære-, gastrointestinale-, muskuloskeletale- og bindevævssygdomme, mens det i Grønnemose et al. var anæmi, kardiovaskulære sygdom, polymyalgia rheumatica, ulcus og leversygdom.

Rygning og alkohol

Tobaksforbrug er en velkendt risikofaktor for udvikling af kræft (9). En interessant og noget overraskende observation i vores studie er, at ingen af patienterne med påvist kræft var aktive rygere. Vi kan ikke med sikkerhed forklare dette fund. Dog kan en del af de aktive rygere være henvist i et mere organspecifikt kræftpakkeforløb (fx lungekræft pakkeforløb) således, at det i vores opgørelse fejlagtigt ligner, at rygning ikke er associeret til kræft.

Ved en stor andel af patienterne havde vi ikke data på ryge- og alkoholstatus. Det har derfor været vanskeligt at lave meningsfulde analyser og drage konklusioner på disse parametre.

Ved rygning og alkohol ses det i tabel 1, at langt de fleste med ukendt status har været i

ikke-kræft gruppen. Dette er formentlig fordi, at såfremt der blev påvist kræft, blev der senere i forløbet spurgt ind til disse risikofaktorer.

Symptomer og parakliniske fund

Det er kun en relativt lille del af patienterne, som henvendte sig med de adspurgte symptomer, der endte med en kræftdiagnose. Der kan dog være bias forbundet med dette, da der ved journalaudit kun er noteret tilstedeværelse af symptomerne, hvis der stod specifikt i journalen, at der var spurgt til et konkret symptom. Stod der ikke dette, blev symptomet kategoriseret som ukendt. Hvis der ikke er spurgt systematisk ind til de inkluderede symptomer, eller det ikke er noteret i journalen, kan dette således underestimere forekomsten af symptomerne i begge grupper.

Vægttab og træthed var de symptomer, der var hyppigst forekommende i gruppen af kræftpatienter (Tabel 2). Disse symptomer er sandsynligvis også nogle af de symptomer, som ofte bringer patienten til lægen, hvor de bliver italesat, og som også er velkendte faresignaler for alvorlig sygdom. Nattesved og nedsat appetit kan være noget, som patienten ikke selv bringer på banen, men som der skal spørges specifikt ind til for at få et uddybende svar herom. Man kan derimod forestille sig, at både patienter og læger kan have en tendens til at tilskrive periodevis feber med infektionssygdomme.

Anæmi og vedvarende CRP-forhøjelse var hyppigt forekommende årsager til, at en OCB blev taget. Der kan være en bias forbundet med disse parametre afhængig af, om patientens blodprøver eksempelvis blev taget i en sæson, hvor der er flere infektioner i omløb, hvor man også kan have anæmi under en pågående infektion. CRP-forhøjelsen kan også skyldes begyndende eller udiagnosticerede reumatologiske lidelser, som også kan repræsentere sig med uspecifikke symptomer. Reumatologiske sygdomme ses ligeledes hyppigere hos patienter med stigende alder.

Kønsfordeling

En anden interessant observation er, at der ses en overvægt af kvinder henvist i kræftpakkeforløb (Tabel 1). Dette kan delvist forklares ved, at kvinder udgør en større procentdel af den danske befolkning (10). Derudover kan kvinder i overgangsalderen præsentere sig med uspecifikke klimakterielle symptomer, som kan give anledning til flere lægebesøg eller bekymring, hvilket kan øge sandsynligheden for henvisning til kræftpakkeforløb sammenlignet med mænd. Det er dog interessant, som vist i tabel 1, at hitraten for mænd er højere (12,3%) end for kvinder (9,2%).

Alder

I tabel 1 ses prævalensen af kræft i aldersgrupperne. Som forventet stiger andelen af patienter med kræft proportionelt med alderen. Ingen af de inkluderede patienter i aldersgruppen 18-39 år fik påvist kræft eller anden alvorlig sygdom. Man kan således diskutere, om tærsklen for udredning burde falde i takt med stigende alder.

Anden alvorlig sygdom

I tabel 5 ses listen med andre alvorlige sygdomme. Fordelingen af disse er illustreret i figur 4. Det drejer sig om både somatiske og psykiatriske tilstande, som kan frembyde mere eller mindre uspecifikke symptomer, som giver mistanke om kræft eller anden alvorlig sygdom. De hyppigste diagnoser var vaskulitis og muskelgigt, og én enkelt patient havde reumatoid arthritis. Omend det ikke har været tilfældet her, er det vigtigt at notere, at visse reumatologiske tilstande kan være paraneoplastiske reumatiske syndromer som følge af malignitet.

Styrker og svagheder

De inkluderede patienter er fundet ved retrospektiv søgning i blodprøver, indtil man nåede et antal på 50 patienter per klinik. Inklusionsprocessen har således ikke været påvirket af køn, alder, symptomer eller andre faktorer. Dette eliminerer eventuelle bias, som kan opstå i forbindelse med inklusion. Den 1. juni 2024 fjernede man i Region Midtjylland flere blodprøver fra den diagnostiske blodprøvepakke. Der er tale om Prostataspecifikt antigen (PSA) og Cancer- antigen 125 (CA-125). Da alle patienterne i dette studie blev undersøgt før denne dato, har dette ikke påvirket resultaterne. Data er indsamlet fra i alt 4 lægeklinikker, henholdsvis 2 by- og 2 landpraksisser. Dette ser vi som en styrke i forhold til repræsentativitet og generaliserbarhed.

Det lille antal inkluderede patienter på 200 udgør en begrænsning for vores studie. Af samme årsag er der også relativt få forekomster af kræft og andre alvorlige sygdomme. Nøjagtigheden af resultaterne kunne forbedres ved at inkludere et større antal patienter. I dette studie kommer patienterne fra 4 forskellige klinikker. Der kan muligvis være forskel på tærsklen for at starte et diagnostisk pakkeforløb mellem de enkelte praksisser og læger. Da vi kun har inkluderet 4 praksisser, risikerer vi en skævvridning af resultaterne, såfremt tærsklen for undersøgelsen i vores studie i gennemsnit er høj eller lav. Hvis man i stedet havde inkluderet patienterne direkte fra DC, kunne man have elimineret denne bias. Med

denne metode mister man dog de patienter, som får taget den diagnostiske blodprøvepakke uden billeddiagnostik og uden henvisning til DC.

Endelig er der et frafald på 2 patienter. Begge ønskede ikke nærmere udredning efter CT-TAB, som viste tegn på mulig malignitet. Dette kan have medvirket til en underestimering af hyppigheden af kræft og anden alvorlig sygdom.

Hitrate

I vores studie blev kræft diagnosticeret hos ca. hver tiende patient, hvilket svarer til en "hitrate" på 10,5%. I tidligere nationale retningslinjer for kolorektalkræft anslog man, at anvendelse af de fastsatte henvisningskriterier til kræftpakkeforløbet ville resultere i en kræftdiagnose hos ca. 5% af de henviste patienter (8). Sammenlignet med det tal kan en hitrate på 10,5% betragtes som relativt høj, hvilket kan indikere, at tærsklen for at henvise patienter til det okkulte kræftpakkeforløb tilsyneladende er højere sammenlignet med tærsklen for henvisning til de øvrige organspecifikke kræftpakkeforløb. Fastsættelse af den optimale hitrate ligger uden for rammerne af dette studie. Fundet rejser dog spørgsmål om, hvorvidt den nuværende henvisningspraksis sikrer tilstrækkelig tidlig opsporing af kræftsygdomme i gruppen af patienter med uspecifikke symptomer.

Perspektivering

Region Midtjylland repræsenterer landets næststørste region befolkningsmæssigt (22,9%) (11). Befolkningstallet i Viborg Kommune og i Silkeborg Kommune udgør ca. 3,3% af Danmarks totale befolkningstal i 2024 (12–14).

Vores studie inkluderede fire praksisser i henholdsvis Viborg og Silkeborg Kommune. Procentvis repræsenterer de to kommuner ca. 12% af befolkningen i Region Midtjylland og gennemsnitslevealderen i Viborg og Silkeborg er henholdsvis 81,3 år og 81,8 år, hvilket er repræsentativt i sammenligning med resten af landets befolkning med en gennemsnitlig levealder på 81,5 år (15). Det kan ligeledes antages, at de inkluderede patienter repræsenterer den generelle fordeling af patienter i regionen på både alder og køn.

Vores studiepopulation vurderes derfor at være repræsentativ for den øvrige befolkning i Danmark, og da vores data er i overensstemmelse med data fra to store studier (4,7) vil resultaterne fra dette studie formentlig være gældende for resten af Danmark.

Konklusion

I 2012 implementerede man i Danmark det diagnostiske pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer, som kan indikere alvorlig sygdom. Ved at søge på IUPAC-koder for udvalgte blodprøver har vi kunnet finde frem til de patienter, som fik taget en OCB. I dette journalaudit studie fandt vi, at ud af de i alt 200 patienter, som fik taget en OCB, havde 21 (10,5%) kræft og 11 (5,5%) anden alvorlig sygdom. Det vil sige, at 32 (16%) patienter havde enten kræft eller anden alvorlig sygdom. Vedvarende CRP-forhøjelse og anæmi var i højere grad associeret til kræft end de subjektive symptomer. Symptomerne nedsat appetit og feber var mest associeret til kræft efterfulgt af træthed, vægttab og nattesved. De hæmatologiske kræftformer var hyppigst forekommende med 4 tilfælde svarende til 19%. Herefter fulgte prostata- og tarmkræft, begge med en forekomst på 14,3%, efterfulgt af nyre- og lungekræft, som begge havde en forekomst på 9,5%. Resultaterne i vores studie indikerer, at 6,25 patienter med uspecifikke symptomer skulle udredes i et diagnostisk pakkeforløb for at diagnosticere én patient med kræft eller anden alvorlig sygdom.

Referenceliste

1. Historisk overblik over pakkeforløb for kræft [Internet]. [henvist 14. november 2024]. Tilgængelig hos:
<http://www.sst.dk/da/Fagperson/Sygdomme-lidelser-og-behandling/Kraeftsygdom/Pakkeforloeb-for-kraeft/Historisk-overblik>
2. Hver femte i diagnostisk pakkeforløb har kræft: Hver fjerde fejler noget andet [Internet]. [henvist 14. november 2024]. Tilgængelig hos:
<https://www.cancer.dk/nyheder-og-fortaellinger/2024/hver-femte-i-diagnostisk-pakkeforloeb-har-kraeft-hver-fjerde-fejler-noget-andet/>
3. Brinkmann C.
<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2022/Pakkeforloeb/Diagnostisk-Pakkeforloeb.ashx>. Sundhedsstyrelsen (2022). Diagnostisk Pakkeforløb.
4. Moseholm E, Lindhardt BØ. Patient characteristics and cancer prevalence in the Danish cancer patient pathway for patients with serious non-specific symptoms and signs of cancer—A nationwide, population-based cohort study. *Cancer Epidemiol.* 2017;50(Pt A):166–72.
5. Bislev LS, Bruun BJ, Gregersen S, Knudsen ST. Prevalence of cancer in Danish patients referred to a fast-track diagnostic pathway is substantial. *Dan Med J.* september 2015;62(9):A5138.
6. Næser E, Møller H, Fredberg U, Frystyk J, Vedsted P. Routine blood tests and probability of cancer in patients referred with non-specific serious symptoms: a cohort study. *BMC Cancer.* 4. december 2017;17(1):817.
7. Grønnemose RB, Hansen PS, Worsøe Laursen S, Gerke O, Kjellberg J, Lykkegaard J, m.fl. Risk of cancer and serious disease in Danish patients with urgent referral for serious non-specific symptoms and signs of cancer in Funen 2014–2021. *Br J Cancer.* 2024;130(8):1304–15.
8. Pakkeforløb for kolorektalcancer [Internet]. DCCG'S NATIONALE RETNINGSLINIER FOR DIAGNOSTIK OG BEHANDLING AF KOLOREKTAL CANCER; [henvist 14. november 2024]. Tilgængelig hos:
https://dccg.dk/wp-content/uploads/2023/07/2012_pakkeforlob.pdf
9. Helbredsskader ved tobaks- og nikotinbrug [Internet]. [henvist 14. november 2024]. Tilgængelig hos:
<http://www.sst.dk/da/Borger/En-sund-hverdag/Rygning,-nikotin-og-snus/Helbredsskader-ved-tobaks--og-nikotinbrug>
10. kvinder-og-maend-paa-arbejdsmarkedet-2023.pdf [Internet]. [henvist 25. november 2024]. Tilgængelig hos:
<https://bm.dk/media/22108/kvinder-og-maend-paa-arbejdsmarkedet-2023.pdf>
11. Region Midtjylland. I: Wikipedia, den frie encyklopædi [Internet]. 2024 [henvist 25. november 2024]. Tilgængelig hos:
https://da.wikipedia.org/w/index.php?title=Region_Midtjylland&oldid=11796512
12. Kommunedetaljer [Internet]. [henvist 25. november 2024]. Tilgængelig hos:
<https://www.dst.dk/da/Statistik/kommunekort/kommunefakta/kommune?kom=740>
13. Kommunedetaljer [Internet]. [henvist 25. november 2024]. Tilgængelig hos:
<https://www.dst.dk/da/Statistik/kommunekort/kommunefakta/kommune?kom=791>
14. Befolkningstal [Internet]. [henvist 25. november 2024]. Tilgængelig hos:
<https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/befolkningstal>
15. Middellevetid [Internet]. [henvist 25. november 2024]. Tilgængelig hos:
<https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/middellevetid>

