
Minnesanteckningar från vetenskapligt möte 2007-11-09

Dagen inleddes med årsmöte: Se separat protokoll

Jan Johansson presenterade föredrag om ventrikelcancer. Kirurgi är huvudbehandlingen. De flesta patienter diagnosticeras i ett avancerat skede. Långtidsöverlevnaden är 25% och det är 60% risk för lokalrecidiv.

Olika kirurgiska ingrepp är Esofagektomi, esofagogastrektomi, total gastektomi alt distal partiell gastrektomi. D1 dissektion omfattar perigastriska lymfkörtlar, D2 dissektion utvidgad lymfkörtelresektion med ev splenektomi och resektion av pancreassvansen.

Metaanalys av två randomiserade trials visar ingen överlevnadsvinst för utvidgad lymfkörtel dissektion men en ökad postoperativ mortalitet. Subgruppsanalys visar för Stadium II och III en vinst med D2 dissektion.

Två studier redovisades: MAGIC studien och MacDonald studien där båda visar överlevnadsvinster med tillägg av kemoterapi resp radiokemoterapi.

Vi fick också se incidenskurvor som visar att ventrikelcancerincidensen sjunker och även skivepitelcancer i esofagus, under det att adenocarcinom i distala esofagus och esofagogastreal junction ökar.

Man tog också upp vikten av centralisering av kirurgin ur kvalitetssäkringssynpunkt och redovisade att mortaliteten är inverst korrelerad till antal kirurgiska ingrepp. Det gäller såväl esofagus som ventrikelcancer. Också vikten av strukturerade kirurgiska ingrepp och strukturerade PAD är essentiellt ur kvalitetssäkringssynpunkt.

Avslutningsvis diskuterades det nationella kvalitetsregistret för esofagus och ventrikelcancer.

Lars Lundell diskuterade den kirurgiska approachen vid esofaguscancer och värdet av kombinationsbehandling. Han refererade till ESPAC studien som visar vinst av kemoterapi vid pancreascancer. Även vid MAGIC ses en överlevnadsvinst av perioperativ kemoterapi jämfört med enbart kirurgi. Dutch trial TME trial visade för patienter med R0 resektion ett minskat antal lokalrecidiv med RT + TME jämfört med enbart TME.

I EPOC studien (levermetastaser av colorectalcancer) fann man en ökad 3 års överlevnad hos de patienter som fått perioperativ kemoterapi (42.4%) jmf med de som enbart opererats (33.2%)(Nordlinger et al 2007).

Det redovisades också en metaanalys som undersökt preoperativ kemoterapi och kirurgi vad gäller överlevnad för esofaguscancer. I 5 av 8 studier var det fördel med kemoterapi (Malhaner et al 2006).

Mortaliteten var inte ökad, men en viss ökning av preoperativa infektionskomplikationer.

Vad gäller preoperativ kemoradioterapi ser man genomgående en ökad mortalitet som i vissa fall gör att vinsten av kombinationsbehandlingen försvinner (Gebski et al 2007).

På ASCO 2007 redovisade Thiriron et al 9 studier omfattande 2102 patienter med en medeluppföljningstid på 5,3 år. Man har en vinst vad gäller overall survival, diseasefree survival och möjligheter till resektion under det att den postoperativa mortaliteten inte påtagligt försämras.

Hur gör man med patienter som inte svarar, för att inte dra ut på behandling och försitta möjligheten till botande kirurgi? Värdet av PET diskuterades där för att se tidig reponse och guida behandlingen.

Resultat redovisades där man har en tydlig effekt vad gäller survival med bäst resultat för de patienter som var responder både på PET och PAD (Lordick et al 2007).

Esofagus lymfkörteldränage sker via submucosan varför man har en tidig lymfkörtelspridning med rapporter om lymfkörtelspridning i 60% av fallen vid submucös växt. En T1b kan således ha lymfkörtelmetastaser i 45% och T2 tumör i 60%.

I ett populationsbaserat material är det idag endast 24% som primärt lämpar sig för lokalbehandling, 9% för icke tumörreducerande kirurgi, 37% palliativa behandlingar och 30% BSC.

Behandlingsresultaten för kirurgi har långsamt förbättrats och ligger idag på 15-20%. Kemoradioterapi visar jämförbara resultat för resektabel esofagus cancer (Cahn et al 2005).

Från Stahl et al redovisades en studie från 2005 med 172 patienter per arm, ena armen kemoradioterapi följt av kirurgi, andra armen kemoradioterapi till 65 Gy. Median follow up 6 år. Ingen skillnad i overall survival. Tumörresponse på kemoterapi är en oberoende prognostisk faktor för survival.

Man redovisade också studier där kirurgi tycks minska risken för lokalrecidiv jämfört med kemoradioterapi.

Transthorakal esofagektomi tycks ge bättre sjukdomsfri överlevnad och överlevnad.

Pehr Lind redovisade kemoterapi vid esofagus cancer och ventrikelcancer.

Adjuvanta Strategier är:

Preoperativ: Neoadjuvant

Postoperativ: Adjuvant

Pre och Postoperativ: Perioperativ

Postoperativ adjuvant kemo för Ventrikelcancer: Metaanalys visar en liten vinst (Hermans 1993, Earle 1999, Giscad 2000, Janunger 2002).

Magic trial presenterad på ASCO 2005 av Cunningham gällande perioperativ operabel ventrikel och distal esofagus cancer. Patienter randomiserades till enbart kirurgi alternativt kemoterapi före och efter operation. En överlevnadsvinst i kombinationsarmen noterades från 36% till 23 % i kirurgigruppen enbart och en signifikant vinst sågs både avseende progressionfri överlevnad och överlevnad.

Ytterligare en studie presenterades med 5-FU/cisplatin preoperativt jämförande enbart kirurgi för adenocarcinom i ventrikel och distala esofagus. Även här noterades en överlevnadsvinst i kombinationsarmen med 5-års överlevnad på 38% jmf med 24% för enbart kirurgi.

Nya studier presenterades kort i form av CRITICS studien och MAGIC B.

Vad gäller avancerad cancer presenterades REAL 2 (1000 pts) där man jämför capcitibine med 5-fluorouracil och oxaliplatin med cisplatin av Cunningham och medarbetare. Vad gäller best overall response sågs jämförbara resultat i de fyra olika grupperna.

Även data från GATAC-studien presenterades där man behandlat med kemoterapi vid avancerad ventrikelcancer (docetaxel/irinotecan). Åttio patienter är inkluderade och 72 har kunnat evalueras. Det finns också överlevnadsdata där en fördel tycks synas för Taxotere armen. Data är under fortsatt bearbetning.

Vad gäller esofagus cancer presenterades ett abstract från ACSO (Thirion et al): Individual patient data-based meta-analysis assessing pre-operative chemotherapy in resectable oesophageal carcinoma. Man hade identifierat 12 trials omfattande 2290 patienter med en median uppföljningstid > 5år. Vad gäller Overall Survival fann man där en vinst i absoluta tal 5,1% efter 2 år och 4,3% efter 5 år. För sjukdomsfri överlevnad var vinsten ännu tydligare: 7% efter 2 år och 4,4% efter 5 år. Detta gäller oavsett ålder, kön, Performance Status och histologi. Man ökar också R0 resektioner utan att öka den post-operativa mortaliteten.

Hanna Carstens fortsatte med att presentera ett föredrag "En skandinavisk randomiserad studie mellan kemoterapi och kirurgi för patienter med resektabel esofagus cancer." Studien omfattar 91 patienter. Median uppföljningstid var 51,8 månader. Ett års överlevnad var för kemoradioterapi 56% och för kirurgi 55% medan 2-års överlevnad var till förmån för kemoradioterapi 37% mot 25% för kirurgigruppen. Skillnaden i överlevnad vid 4 år var inte statistiskt signifikant mellan armarna 29% för kemoradioterapigruppen och 23% för kirurgigruppen. Båda behandlingarna tolererades väl och inga behandlingsrelaterade dödsfall noterades i någon av armarna. Vid den senaste uppföljningen levde 9

patienter i kemoradioterapiarmen och tre i kirurgiarmen. De flesta dödsfall orsakades av tumörsjukdomen, 21 i kemoradioterapigruppen och 23 i kirurgigruppen. Livskvaliten kommer att utvärderas separat.

Gun Wichart-Johnsson presenterade data från den lokalt avancerade esofagusstudien där patienterna behandlats med Cisplatin/5-Fluorouracil, Taxotere concomitant med 50Gy. Femtiofyra patienter ingick i den nordiska studien. Medelåldern var 59 år och alla hade Stadium III och IV cancer. 63% var skivepitelcancer och 33% adenocarcinom. Medianuppföljning var 49 månader och 5-års överlevnad 18%. Response var 11% CR, 22% PR och SD 24%.

Jens Falk presenterade resultat med Oxaliplatin, Fluorouracil samt leucovorin behandling för metastaserad esofaguscancer. Trettiofyra patienter ingick i denna retrospektiva analys. De var diagnostiserade med metastaserad eller recidiverande esofaguscancer, och behandlade vid onkologiska kliniken SÖS/KS 2003-2006. Medelålder var 64 år. Adenocarcinom utgjorde 64% och 79% var män. Performance status var i snitt 84 enligt Karnofsky.

Dag 1 gavs Oxaliplatin 85 mg/m², 5-FU 500 mg/m² och Leucovorin 60 mg/m².

Dag 2 gavs 5-FU 500 mg/m² och Leucovorin 60 mg/m². Cykelintervall 14 Dagar. Första utvärdering var efter tre månader då 27% avlidit alt haft progress. 39% hade Stabil Sjukdom och 33% hade partiell eller komplett respons. Tid till progress var 7,1 månader och Overall Survival 12,1 månader. Resultaten är komparabla med andra studier (Corporaal et al 2006, Mauer et al 2005, Jatoi et al 2006).

Pehr Lind redogjorde därefter kort för resultaten av GA-TAC studien. CRITICS adjuvant studie, lägesrapport. Man bifogade förslag till vårdprogram för slutdiskussion samt bifogade Onkologisk modul, ventrikelcancerregistret, förslag till variabelista bifogades.

Anders Jonsson diskuterade studier vid pancreascancer. PURE: Nordisk studie kemoradioterapi vid lokalt avancerad pankreascancer. ESPAC IV: adjuvant behandling.

Eva Fernebro informerade om hur långt arbetet kommit vad gäller nationellt vårdprogram för gallvägscancer och därefter avslutades möte