

Mötet hölls på Såstaholm. Vi började med en utsökt lunch.

Därefter hälsade GOF:s ordförande Jan-Erik Frödin alla välkomna och eftermiddagen den 15 november ägnades åt temat pankreascancer.

Nationella arbetsgruppen för pankreascancer presenterades och vårdprogrammet är förankrat via RCC i samverkan. Målet är multidisciplinär terapikonferens för 90% av patienterna, kontaktsjuksköterska för 90% av patienterna, korta vägar från remissmottagning till beslut till behandling. Adjuvant terapi till mer än 75% av patienter som uppfyller kriterier för pågående adjuvanta studier och inklusion av 80% av patienter som uppfyller inklusionskriterier för pågående studier.

Därefter presenterades kirurgi med kurativ intention.

Bukspottkörtelcancer är fjärde ledande dödsorsaken i Sverige, totalt drygt 1500 patienter döda i bukspottkörtel-cancer 2010. Vid diagnos är 90% lokalt avancerade eller metastaserade. Enbart 10% tillgängliga för kirurgi och av dessa 10% recidiverar 90% lokalt eller perifert. Efterbehandling med 5-FU eller Gemzar kan ge en viss förbättring av prognosen. Huruvida tumören är resektabel eller inte beror på engagemang av de stora kärlen och patienter som är borderlineresektabel kan man förbehandla med kemoradioterapi och i vissa fall få en icke resektabel patient resektabel. Medianålder vid insjuknandet ca 65 år och det har visat sig att även en äldre patient kan ha nytta av både down staging behandling och palliativ cytostatikabehandling. Det är viktigt med MDT-konferenser för att få en komplett bedömning av resektabilitet, palliation och patient compliance. Kirurgi är omfattande. MDT-konferenser/ Telemedicinskt nätverk är ett sätt att få en komplett bedömning av patienten. Standardoperationen är Whipple.

Det finns ingen evidens att radikal lymfadenektomi förbättrar överlevnaden jämfört med standard lymfadenektomi.

Upplärningskurvan för en kirurg för att minska morbiditet, blödning och förbättrad tumörradikalitet kräver en upplärningsfas på mer än 50 fall och måste sedan underhållas och upprätthållas genom stor erfarenhet. Diskussioner kring centralisering av kirurgin diskuteras därför. Det är också erfarenheent av all kompetens i multidisciplinära teamet, anestesilog, radiolog, endoskopister, onkologer, omvårdnadssjuksköterskor, patologer, intensivvårdsläkare som tidigt kan känna igen och hantera komplikationer.

Sammanfattningsvis överstiger antalet dödsfall i pankreascancer antalet döda i bröstcancer. Det är viktigt med MDT approach för att standardisera diagnostik, kirurgi, patologi, adjuvant kemoterapi och kemoradioterapi. För att bättre förbättra diagnosen krävs tidig diagnostik, bättre förståelse av tumörbiologi och individualiserad behandling.

Neoadjuvant behandling, det vill säga onkologisk behandling före operation för patienter med resektabel pankreastumörer i syfte att nedbringa frekvensen recidiv och förbättra överlevnaden rekommenderas inte utanför kliniska studier i Sverige på grund av otillräckligt dokumenterad effekt. Preoperativ terapi, det vill säga kemoradioterapi före resektionsförsök

för patienter med gränsresektabla tumörer bör enbart användas vid centra med stor erfarenhet av radiologisk stadiindelning av pankreastumörer, kemoradioterapi av övre buktumörer och kirurgi efter onkologisk behandling enligt riktlinjer från ESMO Guidelines.

Primärt resektabel tumör har inget kärlengagemang eller mindre än 50% venös sådan där radikal resektion (R0 är trolig). Emellertid finns här en viss risk för veninväxt, varför beredskap för venresektion alltid bör finnas i dessa fall.

Gränsresektabel tumör innebär:

- Mer än 50% överväxt, ocklusion eller deformitet inom ett kort segment, ≤ 2 cm som kan rekonstrueras.
- Tumörstråk eller $< 50\%$ engagemang av SMA.
- Överväxt på avgången för arteria gastroduodenale och/eller kortare leverartärengagemang som kan rekonstrueras.

Neoadjuvant onkologisk behandling; metaanalys från 2010 identifierade 111 studier omfattande 4394 patienter, ingen fas 3. I 96% av studierna gavs kemoterapi i någon form, de flesta 5-FU-innehållande.

En annan metaanalys 2011 diskuterade Gemcitabinbaserad kemoterapi versus 5-FU-baserad. 3 RCT + en retrospektiv, totalt 250 patienter. I 94% av studierna gavs strålbehandling. Responsutvärdering svår men effekt sågs i en subgrupp av patienterna.

Sammanfattningsvis kan en neoadjuvant approach vara av värde för en subgrupp av patienter, dock de som inte blir resektabla får en betydande toxicitet.

Vi måste hitta ytterligare undergrupper för att kunna selektera patienterna bättre än vi gör idag och röra oss bakåt i timeline för att komma in i ett stadium där tumörerna är mindre avancerade.

Palliativ kirurgi vid pankreascancer.

Problem för pankreascancerpatienter är ofta ikterus, ventrikelretention, smärta och viktnedgång. Man kan komma åt dessa problem genom stentbehandling, olika former av blockader och by-pass kirurgi. Stenttekniken har ju kommit att användas mer och mer och tycks lösa ikterusproblem lika bra som by-pass kirurgi. Det kortar vårdtider men upprepade procedurer kan behövas.

Vid ventrikelretention kan man dels använda gastroenteroanastomos eller duodenalstent. Duodenalstent är ett kort ingrepp $> 90\%$ är tekniskt lyckade och $> 80\%$ kliniskt lyckade. De fungerar i 2-3 månader och restentning är möjlig.

Metastaseringsmönstret för pankreascancer är dels lokalrecidiv efter resektion, dels lymfatisk spridning till regionala lymfkörtlar, dels hematogen spridning till lever, lungor och skelett.

Det finns randomiserade studier där man jämfört cytostatika versus best supportive care och då sett att Gemcitabin är den klart överlägsna både vad gäller respons och total överlevnad och fortfarande är förstahandsbehandling.

Nyligen publicerades en fas 3 randomiserad studie där patienter med metastaserad pankreascancer randomiserades mellan FOLFIRINOX och Gemcitabin. Objektiv respons var 31% i FOLFIRINOX jämfört med 9% i Gemcitabin och total överlevnad 11 versus 8 månader. Toxiciteten var betydande med betydligt ökad frekvens av neutropeni, diarré och neuropati.

Flera studier har använts med målstyrd behandling sorafinib, axitinib, cetuximab, bevacizumab och erlotinib plus bevacizumab, samtliga negativa.

Om patienten lämpar sig för andra linjens behandling kan Oxaliplatin + FLV vara av värde. Sammanfattningsvis är systematisk cytostatikaterapi i palliativt syfte klinisk rutin. Förstahandsrekommendation är Gemcitabin alternativt Capecitabin. FOLFIRINOX kan övervägas till yngre patienter med gott allmäntillstånd med risk för biverkningar.

Gemcitabinbaserad kombinationsbehandling kan också övervägas till yngre patienter med gott allmäntillstånd. Andra linjens behandling kan övervägas till patient med gott allmäntillstånd, 5-FU, Leucovorin, Oxaliplatin är ett rimligt val och palliativ vård bör initieras tidigt.

Därefter sammanfattades adjuvanta studier, ESPAC-studier och en viss effekt av adjuvant behandling kan ses, varför alla patienter som platsar bör inkluderas i adjuvanta studier.

Diskussion om palliativa interventioner fördes och vikten av att tidigt ansluta patienter till palliativ vård.

Därefter aktualiserades en session av gastrointestinal cancer hos äldre, kolorektalcancer är den åldrandes sjukdom. Antal cancerfall ökar i Sverige och i första hand beror det på att befolkningen blir äldre. Cancer är den åldrandets sjukdom.

Över 50% av alla diagnoser ställs på personer som är 65 år eller äldre. Trots detta inkluderas de sällan i forskningsstudier som har nya behandlingsmetoder. Kunskapen om hur man bäst behandlar gamla och multisjuka patienter är låg och leder ofta till att de får sämre behandling. I en grupp 80-åringar kan man hitta allt från helt friska fysiskt aktiva personer till gravt multisjuka personer med stort vård- och omsorgsbehov.

Idag är relativa 5-årsöverlevnaden för samliga cancerdiagnoser ca 67%. I början på 70-talet 36%. Det finns en kunskapslucka vad gäller optimala behandlingen. Man sammanfattar ett kliniskt material från Linköping där man hade behandlat patienter med gastrointestinal cancer med metronom Xeloda. Man hittade både tumörregress och stabil sjukdom och föreslog detta som underlag för en prospektiv studie hos patienter äldre än 75 år randomiserat mot best supportive care.

Därefter vidtog en diskussion kring kvalitetsregistrering av GI-cancer, särskilt vid palliativ behandling av kolorektalcancer.

Fredagens möte ägnades åt lokal behandling av rektalcancer med Bengt Glimelius som moderator. Man diskuterade för och emot organbevarande behandling vid rektalcancer och wait and watch after chemo radiation.

Därefter följde kliniska vardagsproblem utifrån några patientfall och det hela avslutades med rapport från studier under GOF:s beskydd och en uppdatering av GIST.

Sponsorer för mötet som gjorde det hela möjligt var Amgen, Bayer, E.Merck, Pfizer, Roche, Sanofi-Aventis och Nordic Drugs.