

Onkologisk behandling av Esofagus- och ventrikelcancer (ECV), Vägledning

GOSÖ 2020-01-21: Adolfsson, to Baben, Bratthäll, Elander, Schildt, Stefanis, Robles, Tsirelis.

Icke-metastaserad sjukdom

Esofaguscancer och kardiocancer (Siewert I-II): Vid T2N0 ska vanligtvis inte neoadjuvant kemoradioterapi ges, annat än om stadieindelningen är osäker.

Neoadjuvant behandling ska erbjudas patienter med klinisk/radiologisk T3-4a och/eller N+ sjukdom, enligt CROSS-protokoll (dvs konkomittant strålbehandling 1,8 Gy x 23 med veckovis paklitaxel/karboplatin).

Vid T4b ska definitiv kemoradioterapi övervägas, dessa patienter bör diskuteras på nationell MDK för individualiserad plan.

Adjuvant behandling ska inte ges rutinmässigt, men kan övervägas vid R1-resektion hos patienter som inte fått neoadjuvant behandling.

Enligt vårdprogrammet är även perioperativ FLOT (enligt nedan) ett alternativ för adenocarcinom.

Vid **cervikal esofaguscancer** individualiseras behandlingen vid kurativt syftande radiokemoterapi. Dessa patienter ska diskuteras på nationella MDK esofagus-/ventrikelcancer.

Ventrikelcancer: neoadjuvant behandling i första hand med FLOT (PS=0-1 och ingen begränsande komorbiditet), vid skörare patienter med kombinationen FLOX/FOLFOX/CAPOX. Behandlingen ges i 2 månader preoperativt + 2 månader postoperativt.

Palliativ behandling vid lokal avancerad eller metastaserad esofagus/ventrikelcancer

Strålbehandling

Överväg palliativ strålbehandling (extern strålbehandling och/eller brachyterapi) mot primärtumören vid lokala symptom. Vid nutritionsproblem kan även stent, PEG eller annan palliativ kirurgi övervägas.

Molekylärpatologi

Vid adenocarcinom: testa HER2-status (IHC: 0/1+ är negativt utfall, 2+ verifieras med in-situ hybridisering ISH, 3+ är positivt utfall, behöver inte verifieras med ISH).

Läkemedelsbehandling

Evidensen gäller framförallt adenocarcinom. Skivepitelcarcinom behandlas i regel som HER2-negativa adenocarcinom trots att evidensen är svagare.

”Starka patienter” (PS=0-1 utan begränsande komorbiditet): Dublett oxaliplatin + fluoropyrimidin. Tillägg med trastuzumab vid HER2-positivt adenocarcinom; UKG vid behandlingsstart, vid tecken till hjärtsvikt, samt minst en gång årligen. Till unga och i övrigt friska patienter kan FLOT diskuteras. Tidig anslutning till palliativt team är värdefullt.

”Sköra patienter” (PS=2 och/eller komorbiditet): Fluoropyrimidin, taxan eller irinotekan som singelbehandling kan övervägas. Svag evidens för tillägg med trastuzumab till singelcytostatika men kan övervägas. Tidig anslutning till palliativt team rekommenderas.

Andra linjen: Behandling med irinotekan +/- fluoropyrimidin eller taxan singel kan övervägas. Vid pigga patienter kan kombinationen ramucirumab + paklitaxel övervägas. Trastuzumab-behandling kan fortsätta i andra linjen.

Tredje linjen: Tveksam nytta. Individualiserat ställningstagande vid gott allmäntillstånd. Trifluridin/tiperacil är ännu inte prövat av Regionala Expertgruppen.

Kommentar: Immunterapi har i dagsläget ingen plats i behandlingen av esofagus/ventrikelcancer, annat än inom ramen för studier.

Allmänt

Stäm av med specialist eller läs på <https://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/forskning/cancerstudier-i-sverige/> om det finns en lämplig studie.