



Nyttig ny kunskap om

ESMO 2017 i Madrid bjöd inte på några revolutionerande nyheter vad gäller ämnesområdet gastrointestinal cancer, men ändå en hel del matnyttigt för en GI-onkolog. Det rapporterar docent **Åke Berglund**, överläkare vid Akademiska sjukhuset i ett referat från kongressen som arrangerades den 8–12 september.

Den tyska AIO-gruppen presenterade en randomiserad fas II-studie (abstract 4750) där patienterna med mCRC RAS wt behandlades med FOLFOXIRI (n=33) eller

FOLFOXIRI + Panitumumab (n=63). Primär endpoint var respons rate och det blev signifikant till fördel i Panitumumab-armen med 85,7 procent responders jämfört med 60,6 procent i

kontrollarmen. Det var ingen skillnad i PFS och överlevnadsdata ännu ej mogna. Det var fler patienter i Panitumumab-armen som gick till metastaskirurgi men till priset av högre toxicitet



GI-cancer på ESMO

där 33 procent av patienterna fick G-CSF-understöd.

Hur tolka detta? Självfallet är det mycket imponerande responsrate men troligtvis är det bara en minoritet av patienterna som kan bli föremål för första linjens behandling med fyra droger. Patienterna i studien hade mycket gott allmäntillstånd och medianåldern var endast 58 år. Det tog två år att slutföra inklusionen av studien trots att 23 stora tyska centra deltog. Likväl kan ju

detta vara en möjlig behandling hos patienter i konverteringssituationen där kuration är målet.

Sedan presenterades en hel del negativa studier men även detta kan ju vara nog så intressant.

Det presenterades en fransk 3-armad neoadjuvant randomiserad fas II-studie (abstract 4760) vid högrisk koloncancer st II och st III. Patienterna randomiserades till omedelbar kirurgi följt av sex månaders postop FOLFOX eller två

månaders neoadjuvant FOLFOX – operation – fyra månaders postop FOLFOX. Den tredje armen var som den andra med Cetuximab-tillägg, denna behandlingsarm avbröts efter en tid på grund av för mycket toxicitet. Det var ingen skillnad i utfall av neoadjuvant FOLFOX jämfört med omedelbar kirurgi. Vi får invänta svar från andra och större studier (FOXTROT) för att se om man kan optimera utfallet med neoadjuvant behandling.

••• gastrointestinal cancer

	5FU Bev	5FU Iri Bev	
RR	37 %	53 %	p=0.01
PFS mån	8,0	9,9	ns
TFS mån	9,6	9,9	ns
OS mån	22	23,5	ns

Standardbehandling vid resektabel levermetastasering är tre månader FOLFOX preoperativt följt av tre månader FOLFOX postoperativt. Man har tidigare publicerat en randomiserad studie med detta upplägg +/- Cetuximab (Primrose Lancet Oncol 2014) där den progressionsfria överlevnaden var sämre med Cet-tillägget. Nu på ESMO presenterades mogna överlevnadsdata med signifikant sämre överlevnad för Cet-behandlade patienter (abstract 483PD). Man kan inte låta bli att återigen förvånas över att EGFR-hämmare kan ha god effekt vid den metastatiska- och konverteringssituationen men samtidigt vara verkningslöst i den (neo)adjuvanta situationen och till och med ge sämre utfall i vissa studier.

Hur aggressiv ska man vara uppfrent vid en strikt palliation?

Man testade vid första linjen 5FU och Bev +/- Irinotecan (abstract 4860). Det var en randomiserad fas III-studie med non-inferiority design med time to failure strategy (TFS). Medelåldern var förhållandevis hög, 70 år räknat på 434 inkluderade patienter.

Andra studier har visat likande resultat. Min egen tolkning av resultaten är att man torde kunna starta något försiktigt, men hos patienter med aggressiv och symptomgivande sjukdom bör man överväga en mer aggressiv strategi.

OPTIMAL SECONDLINE BEHANDLING

Vid progress på första linjens behandling med cytostatika och Bevacizumab – vad göra då?

Den franska Prodigie-gruppen presenterade ytterligare en randomiserad fas II-studie: Effekt av kombinations-

cytostatika till antingen Cetuximab eller Bevacizumab hos patienter med KRAS wt mCRC med progress efter första linjens behandling med Bevacizumab. Primär endpoint var progressionsfri överlevnad vid fyra månader och detta blev signifikant till fördel för Bevacizumab-armen.

Det är tidigare visat att Bev ger en överlevnadsvinst (1,4 mån) vid secondline efter tidigare Bev-progress. I denna studie kunde således inte Cet matcha Bev vid secondline. Å andra sidan har tidigare retrospektiva subgruppsanalyser visat att sekvensen av antikroppsbehandling kan ha betydelse. Har man som intention att använda antikroppar så torde det vara en fördel att använda EGFR-hämmare först.

ÖVRE GI-CANCER

Adjuvant behandling vid gallvägscancer?

Då det tidigare har saknats adjuvanta studier vid gallvägscancer har många onkologer extrapolerat data från adjuvanta studier vid pankreascancer och använt Gemcitabin och även senare med tillägg av Capecitabin.

Som late breaking abstract undersöktes i en mindre randomiserad fas III-studie hos patienter som genomgått kirurgi av gallvägscancer värdet av tillägg med 6 månaders behandling med GEMOX jämfört med enbart expektans. Studien var helt negativ både för progressionsfri- och totalöverlevnad. Tidigare under sommaren presenterades dock en gränstillfallstudie med överlevnadsvinst med sex månader Capecitabin-behandling jämfört med expektans (ASCO 2017 Primrose abstr 4006).

Hur tolka detta? Ibland kan man som onkolog bli något förvirrad av motsägelsefulla resultat. Hur bra är Gemcitabin vid gallvägscancer? Evidens för detta är relativt låg vid avancerad gallvägscancer åtminstone som singelbehandling. Är det så att 5FU trots allt är en adekvat behandling av gallvägscancer både i den adjuvanta och metastatiska situationen? Uppenbarligen är det fler frågor än svar. Vi emotser starkt svar på den pågående randomiserade ACTICCA-1-studien där man jämför kombinationen Cisplatin och Gemcitabin jämfört med expektans.

HEPATOCELLULÄR CANCER

Tivantinib är en oral c-MET-hämmare som tidigare visat mycket lovande resultat i fas II-studier vid HCC. Det presenterades en japansk randomiserad fas III-studie med Tivantinib jämfört med placebo. Studien var helt negativ.

Under det sista decenniet har det rapporterats ett tiotal negativa fas III-studier vid HCC men sista året har det hänt en del spännande nyheter både i first och secondline.

Tidigare under ASCO i år presenterades en randomiserad fas III-studie vid första linjen där man jämförde Sorafenib mot den nya multikinashämmaren Lenvatinib. Studien visade till fördel för Lenvatinib på flera parametrar. På ESMO presenterades subgruppsanalyser av denna studie (abstract LBA 30) där man fann tydliga prediktiva faktorer för bägge drogerna beroende på olika tumörkaraktistika. Vidare presenterades livskvalitetsdata och även här vissa fördelar för Lenvatinib. Vi lär få höra mer om detta framledes.

ÅKE BERGLUND, DOCENT OCH ÖVERLÄKARE,
UPPSALA UNIVERSITET OCH AKADEMISKA SJUKHUSET,
AKE.BERGLUND@IGP.UU.SE



Boka dig för vårt **nyhetsbrev** och Onkologi i Sverige som **blädderbar PDF**

Vi skickar sedan flera år tillbaka ett nyhetsbrev där vi länkar de nyheter vi lagt ut på www.onkologiisverige.se under veckan som gått. Det blir med andra ord en bra sammanfattning av nyhetsflödet inom ert område. Om du vill hålla dig uppdaterad går du in på webbsidan och anmäler dig i det formulär du hittar under en stor knapp som det står prenumerera på i högerspalten på förstasidan. Där kan du också klicka för om du vill ha tidningen som blädderbar PDF. Om du hellre skickar ett mail med uppgifterna till info@onkologiisverige.se går det lika bra.

Onkologi i sverige
den oberoende
tidningen för
svensk cancervård

Pharma Industry Publishing AB
Tyra Lundgrens väg 6, 134 40 Gustavsberg
telefon +46 8 570 10 520
e-mail: info@onkologiisverige.se
Hemsida: www.pharma-industry.se