



Ökar kunskapsspridning – på Post-ASCO får yngre

För åttonde året i rad besökte åtta ST-läkare och lika många mentorer det årliga ASCO-möte i Chicago, som i år under några vackra sommar-dagar samlat 35 000 deltagare från hela världen. Den 30 augusti möttes de utsända läkarna igen i Stockholm för att sprida och diskutera de senaste rönen som presenterats i Chicago.



om vetenskapliga nyheter chansen att presentera

Post-ASCO, som arrangeras av Nationella onkologischefsrådet i samarbete med stiftelsen Cancerakademien, gästades av 135 deltagare från hela Sverige. Mötet modererades av Magnus Lagerlund, Onkologiska kliniken, Länssjukhuset, Kalmar och Roger Henriksson, Cancercentrum, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå och genomfördes med stöd från 22 olika företag.

UROGENITALA TUMÖRER – PROSTATACANCER

Presentatör: *Jenny Kablmeter-Brandell, Onkologiska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro*

Överlevnadsvinst med strålbehandling av primärtumören vid nydiagnostiserad generaliserad prostatacancer med låg sjukdomsvolym

På ASCO diskuterades oligometastasering och att PSMA-PET har bättre specificitet och sensitivitet än konventionell radiologi, framförallt vid låga PSA-värden, vilket leder till att fler metastaser hittas tidigt.

Kombinationen Enzalutamid och Docetaxel

ökar risken för ensoriska neuropatier

ENZAMET-studien undersökte androgenreceptorhämna-



ren Enzalutamid i tidig fas vid metastaserande hormon-känslig prostatacancer (mHSPC). De 1 100 patienterna randomiserades antingen till testosteronsuppression kombinerad med antingen en NSAA (ickesteroid antiandrogen) som Bicalutamid, eller till Enzalutamid. Studien tillåter samtidig Docetaxel. Efter tre år är 72 procent av patienterna i NSAA-armen och 80 procent i Enzalutamid-armen vid liv (+/- Docetaxel). Progressionsfri överlevnad visar även den en tydlig skillnad. Subgruppsanalys visar att patienter som fått både Docetaxel och Enzalutamid har fått fler sensoriska neuropatier än patienter med NSAA och Docetaxel (10,6 vs 3,1 procent av grad 2 eller 3), ögonbesvär och trötthet. Slutsatsen är att Enzalutamid förlänger överlevnad och PFS i hela gruppen, men bäst i de patienter som inte samtidigt erhållit Docetaxel.

Camilla Thellenberg Karlsson, Umeå, såg fram emot att få en allmän uppdatering och att se sin adept Jenny Kahlmeter-Brandell framföra sin presentation.



Årets möte besöktes av 135 deltagare som kommit för att uppdatera sig och diskutera behandlingar och forskningsrön inom sina egna och andra områden.

Komplettering av testosteronsuppression med Apalutamid förlänger överlevnaden

I TITAN-studien behandlades mHSPC-patienter, 1 052 personer, med en antiandrogen i kombination med testosteronsuppression. Här jämfördes Apalutamid med placebo. I denna studie tilläts inte samtidig Docetaxel, däremot har elva procent av patienterna fått det tidigare. Efter två år var 74 procent av patienterna i placebo-armen och 82 procent av patienterna i Apalutamidarmen vid liv ($p=0,053$). Förbättringen gäller även PFS. Efter två år är PFS 48 respektive 68 procent i placebo- och Apalutamid-armen ($p \leq 0,0001$). Biverkningarna är kända och anses tolerabla.

GOSERELIN FÖRLÄNGER PFS MEN INTE OS, EFTER PROSTATEKTOMI OCH RADIOTERAPI

Adjuvant behandling efter strålbehandling diskuterades när 10-årsuppföljningen av GETUG-AFU 16-studien presenterades. Patienterna hade genomgått radikal prostatektomi, var i gott skick, PSA efter sex månader var omätbart, och

vid recidiv låg PSA mellan 0.2–2. De 743 patienterna randomiserades till en av två behandlingsarmar. Antingen fick de enbart radioterapi, eller radioterapi följt av kastrationsbehandling (kort ADT) med Goserelin. En injektion gavs vid strålningsstart och en efter tre månader. PFS efter tio år är 49 respektive 64 procent i placebo respektive Goserelin-behandlingsarmen ($p \leq 0,0001$). Metastas-fri överlevnad ligger efter tio år på 69 respektive 75 procent. Däremot är det ingen skillnad i OS mellan behandlingsarmarna efter tio år; 85 respektive 86 procent av patienterna är vid liv. Så slutsatsen är att Goserelin förbättrar PFS men inte OS, sett över tio år, med ingen ökad toxicitet.

Skelettstärkande läkemedel reducerar frakturens nästan helt vid behandling med Radium-223 och Enzalutamid

Frakturrisik är ett känt problem vid prostatacancer, orsakad både av långvarig antihormonell behandling, kortisonbehandling och skelettmetastaser. BPA (Bone Protecting agents) minskar risken för frakturer. En studie som avbröts

år 2017, på grund av ökade biverkningar, var ERA 223, som undersökte Radium-223 i kombination med Abirateron. En annan likartad studie; EORTC 1333/PEACE III som kombinerade Radium-223 med Enzalutamid fick däremot fortsätta, förutsatt att patienterna även fick skelettstärkande terapi (Denosumab eller bisfosfonater). Nu redovisades tolv månaders-resultaten från den studien. Enbart behandling med Enzalutamid gav en kumulativ frakturrisks på 12 procent, Enzalutamid i kombination med Radium-223 ökade den kumulativa risken till 37 procent, men med BPA-tillägg reducerades risken i princip helt.

Mindre risk för hjärtkärlsjukdom med GnRH-antagonister än GnRH-agonister

Eftersom GnRH-analoger ökar risken för hjärt-kärlsjukdomar undersöktes i en liten studie med 80 patienter, Abstract 1515, om det var fördelaktigare att istället ge GnRH-antagonister. Patienterna, som hade avancerad prostatacancer och känd hjärt-kärlsjukdom, randomiserades till behandling med antingen en GnRH-agonist eller en GnRH-antagonist. Allvarlig hjärt-kärlhändelse eller stroke drabbade 20 procent av patienterna som fått GnRH-agonisten, och 3 procent av dem som fått GnRH-antagonisten. En större studie med 900 deltagande patienter med samma frågeställning pågår, PRONOUNCE.

Ingen ökad överlevnad när Abirateron och Prednison adderas till Enzalutamid-behandling

I ALLIANCE A031201-studien undersöks 1 311 patienter med metastaserande kastrationsresistent pankreascancer, mCRPC. Patienterna randomiserades till antingen Enzalutamid, eller till en kombination av Enzalutamid, Abirateron och Prednison. Ingen skillnad i OS eller PSA-nedgång kunde noteras efter fem år. Däremot ökade antalet biverkningar i kombinationsbehandlingen.

NJURCANCER OCH UROTELCCELLSCANCER

Presentatör: *Meis Omran, Tema Cancer, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm*

Goda resultat för Pembrolizumab och Axitinib även för patienter med dålig prognos

Resultat från KEYNOTE 426 har presenterats tidigare under året, på ASCO redovisades en subgruppsanalys av patienter med intermediär och dålig prognos, samt för patienter med sarkomatoid differentiering, det vill säga patienter med inflammatoriskt stroma. De utgör två till elva procent av alla njurcancerfall, och svarar sämre än klarcelliga njurcancer på behandling med tyrosinkinashämmare. Patienter med nydiagnostiserad spridd klarcellig njurcancer, eller cancerrecidiv inkluderades (861 personer). Patienterna som var pigga och inte tidigare hade genomgått systemisk behandling randomiserades till två behandlingsarmer. Antingen fick de Sunitinib (receptor-tyrosinkinashämmare) eller en kombination av Pembrolizumab (PD-1 receptorhämmare) och Axitinib (selektiv VEGFR receptor-tyrosinkinashämmare). Tidigare presenterade data har visat på en bättre

överlevnad med Pembrolizumab och Axitinib (90 %) jämfört med Sunitinib (78 %) efter två år för hela patientgruppen. Även för patienterna med intermediär och dålig prognos var överlevnaden högre i Pembrolizumab och Axitinib-gruppen (87 %) jämfört Sunitinib-gruppen (71 %). Samma trend syntes för patienter med sarkomatoid differentiering; PFS efter tolv månader var 57 respektive 32 procent för de två behandlingsgrupperna.

Vårdprogrammet ändrades i juni 2019. Nu rekommenderas Nivolumab (PD-1-receptorhämmare) och Ipilimumab (CTLA4-hämmare) redan i första linjens behandling av intermediär och svår klarcellig njurcancer.

Nefrektomi följt av Sunitinib positivt hos patienter med intermediär risk

CARMENA-studien: Patienter med spridd klarcellig njurcancer och intermediär risk, randomiserades till antingen nefrektomi följt av Sunitinib-behandling, eller till Sunitinib-behandling direkt. Tidigare resultat har indikerat fördel med Sunitinib-behandling direkt. Nuvarande rekommendationer säger att kirurgi bör övervägas om patienten mår bra och har låg metastasbörda. Resultaten som presenterades här på ASCO visade att kirurgi bidrar positivt till överlevnaden för patienter med intermediär risk och med lungmetastaser; median OS var 44 månader för kirurgi följt av Sunitinib, och 31,5 månader med enbart Sunitinib. Slutsatsen som drogs är att nefrektomi inte rekommenderas som standardterapi men kan övervägas för patienter med intermediär sjukdom eller enbart lungmetastaser. Sekundär nefrektomi kan även övervägas vid god respons på systemisk terapi.

EV-201-studien redovisar 44 procents svarsfrekvens med Enfortumab Vedotin

Ett nytt läkemedel, Enfortumab Vedotin har prövats i tredje linjens behandling mot lokalt avancerad eller spridd urotelcellscancer och väntar på godkännande av FDA. Enfortumab Vedotin är en cytostatika-laddad monoklonal antikropp riktad mot Nectin-4-receptorn. Nectin-4 uttrycks på ytan av många solida tumörer. Vid bindning och internalisering orsakar den cellcykel-stopp och apoptos. I EV-201-studien samarbetade ett femtiotal kliniker framförallt i USA och Japan. Enfortumab Vedotin gavs till 125 patienter med lokalt avancerad eller metastaserande urinblåsecancer som tidigare behandlats med Platinumbaserade preparat och PD-L1-hämmare. Av patienterna svarade 44 % på behandlingen (ORR). De biverkningar som sågs i studien var framförallt trötthet (50 %), hårfall (49 %), nedsatt aptit (44 %), smaksförändringar (40 %) och perifer neuropati (40 %).

LUNGCANCER

Presentatör: *Lisa Villabona, Tema Cancer, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm*

Ingen skillnad i överlevnad mellan Pemetrexed eller Vinorelbin tillsammans med Cisplatin

JIPANG-studien inkluderade 804 stadium II-III-patienter med icke-småcellig lungcancer, av icke-skvamös typ, där



Marie Åhs, Karlstad, presenterade resultat från olika bröstcancerstudier.

delar av lungan och lymfnoder avlägsnats. Patienterna randomiserades efter kirurgi till behandling med antingen adjuvant Vinorelbin och Cisplatin, eller adjuvant Pemetrexed och Cisplatin. RFS (recurrence-free survival) var drygt 50 procent i bägge grupperna. Inte heller någon skillnad i överlevnad sågs efter tre år. Median OS har inte nåtts, tre-årsöverlevnaden ligger på 83,5 procent för Vinorelbin och Cisplatin-gruppen och 87,2 procent för Pemetrexed och Cisplatin-gruppen ($p=0,868$). 73 procent av patienterna i Vinorelbine-gruppen och 88 procent av Pemetrexed-gruppen genomförde samtliga behandlingar.

Kombinationen Ramucirumab och Erlotinib förlänger tid till progression

RELAY-studien inkluderade 449 patienter med stadium IV icke-småcellig lungcancer. Samtliga bar på EGFR-mutationen L858R eller en deletion av kromosom 19, men hade inte en EGFR T790M-mutation. Ingen av patienterna hade tidigare genomgått behandling med EGFR-hämmare, annan tyrosinkinashämmare eller kemoterapi. Patienterna fick antingen kombinationen Erlotinib (EGFR-hämmare) och Ramucirumab (VEGFR2-hämmare), eller Erlotinib och

placebo varannan vecka. Behandlingen pågick till tumörprogression eller oacceptabel toxicitet. Patienter i Ramucirumab-armen hade en signifikant längre tid till progression; mediantiden var 19 månader jämfört med 12 månader för patienterna i den andra behandlingsarmen ($p=0,0022$). Efter tre år hade progress noterats hos alla patienter.

AMG 510: ett nytt läkemedel som irreversibelt hämmar KRAS G12C

I denna fas-1 studie (NCT03600883) prövas för första gången AMG 510 i människa. AMG 510 binder och hämmar irreversibelt proteinet KRAS G12C. KRAS kopplar ihop aktiverade tyrosinkinasreceptorer med intracellulära signalvägar, och mutationer i KRAS har detekterats bland annat i lungcancer och koloncancer. Muterat KRAS kan orsaka förändrad celldifferentiering. De 35 patienterna i studien hade solida tumörer; främst icke-småcellig lungcancer och koloncancer, och de flesta hade genomgått minst tre tidigare behandlingslinjer. AMG 510-behandlingen fortsatte till tumörprogress eller till oönskad toxicitet uppstod. För närvarande kvarstår 26 personer i studien, då nio avbrutit på grund av sjukdomsprogress.



Behandlingsresultat för cancer i det övre gastrointestinala området presenterades av Linn Söderlund Diaz, Göteborg.

BRÖSTCANCER

Presentatör: *Marie Åbs, Onkologkliniken, Centralsjukhuset, Karlstad*

Ribociklib ger signifikant ökad överlevnad

I fas III-studien MONALEESA-7 ingick 672 pre/perimenopausala kvinnor med hormonkänslig, HER2-negativ lokalt avancerad eller spridd bröstcancer. Patienterna randomiserades till en kombination av Goserelin (GnRH-analog) och Tamoxifen/aromatashämmare plus antingen Ribociklib eller placebo. Tidigare presenterade data har visat en signifikant förbättring av PFS med 10,8 månader i Ribociklib-gruppen. På mötet presenterades nu överlevnadsdata för första gången för ett läkemedel i klassen CDK4/6-hämmare. Efter tre och ett halvt år var 70,2 procent av patienterna som fått Ribociklib vid liv, medan endast 46 procent av patienterna i placebo-armen. Medianöverlevnaden är 40,9 månader i placebo-armen och har ännu inte nåtts i Ribociklib-armen ($p=0,0097$).

Förlängd PFS med palbociklib

I den koreanska Young-PEARL-studien (KCSG BR 15-10) undersöktes 184 patienter med hormonkänslig, HER2-negativ metastaserande bröstcancer, som tidigare behandlats med Tamoxifen. Patienterna randomiserades till en av två behandlingar, antingen fick de cytostatika: Capecitabin, eller en kombination av Palbociklib (CDK4/6-hämmare), Exemestan (aromatashämmaren) och Leuprorelin (LNRH-analog). Median PFS var 14,4 månader i Capecitabingruppen och 20,1 månader i den gruppen med Palbociklib, Exemestan och Leuprorelin. Inga överlevnadsdata finns ännu.

T-DM1 och Trastuzumab jämförs med två cytostatika och två HER-2 antikroppar

I KRISTINE-studien randomiseras 444 patienter med stadium II–III, HER2-positiv operabel bröstcancer, till två behandlingsarmar. I den ena behandlades patienterna neoadjuvant med Docetaxel och Carboplatin samt Trastuzumab och Pertuzumab, följt av kirurgi och adjuvant Trastu-

zumab och Pertuzumab. I den andra behandlingsarmen fick patienterna neoadjuvant behandling med T-DM1 och Pertuzumab, följt av kirurgi och adjuvant T-DM1 och Pertuzumab. pCR (pathologic Complete Response) uppnåddes av 56 procent av patienterna som behandlats i den första gruppen respektive 44 procent av patienterna i T-DM1-gruppen ($p=0,0155$). EFS (Event-free survival) var efter tre år 94 respektive 83 procent. Patienterna i T-DM1-gruppen fick däremot signifikant färre biverkningar av grad 3 eller högre; 13 % jämfört med 64 % i standardarmen.

Färre biverkningar med neoadjuvant T-DM1

I den svenska PREDIX HER2-studien inkluderades 202 patienter med primär HER2-positiv bröstcancer, stadium II-III. Patienterna randomiserades till två armar, antingen neoadjuvant behandling med Docetaxel, Trastuzumab och Pertuzumab, följt av kirurgi och adjuvant Epirubicin och Cyclophosphamid och Trastuzumab. I den andra behandlingsarmen fick patienterna neoadjuvant behandling med T-DM1, följt av kirurgi, och adjuvant Epirubicin och Cyclophosphamid och Trastuzumab. Resultaten visade ingen signifikant skillnad i pCR mellan behandlingsarmarna, däremot gav T-DM1-armen färre biverkningar.

HER2-hämmarna Margetuximab och Trastuzumab

I CP-MGAH22-04/SOPHIA-studien jämfördes tredje linjens behandling med Margetuximab eller Trastuzumab till patienter med HER2-positiv lokalt avancerad eller spridd bröstcancer, som tidigare har fått minst två linjers anti-HER2-terapi. De 506 patienterna randomiserades antingen till Margetuximab plus läkarens val av cytostatika eller till Trastuzumab och läkarens val av cytostatika. Progressionsfri överlevnad (PFS) var 4,9 månader för Trastuzumab-gruppen och 5,8 månader för Margetuximab-gruppen ($p=0,033$). För patienter som hade CD16A-varianten 158F förlängdes PFS med två månader ($p=0,005$).

Tyrosinkinashämmarna Lapatinib och Neratinib jämförs

NALA-studien är en randomiserad fas-3 studie, för tredje linjens behandling av patienter med metastaserande HER2-positiv bröstcancer. De 621 patienterna randomiserades antingen till Lapatinib och Capecitabin eller till Neratinib och Capecitabin (samt Loperamide under den första cykeln och vid behov). Både Lapatinib och Neratinib är tyrosinkinashämmare. Patienterna i Neratinib-gruppen var progressionsfria PFS två månader längre än i Lapatinib-gruppen.

MALIGNA MELANOM

Presentatör: *Hanna Björn Andtback, Tema Cancer, Karolinska Universitetssjukhuset*

Höga halter av CRP och/eller IL-6 korrelerar med sämre överlevnad

CheckMate-studierna (064, 066 och 067) har tidigare visat att för patienter med fas 3- eller 4-melanom ger behandling med Nivolumab (PD-1-receptorhämmare) följt av behandling med Ipilimumab (CTLA4-hämmare) längre överlev-

nad, än när samma läkemedel ges i omvänd ordning. På ASCO-mötet presenterades en analys av studierna som visade att patienter med höga halter av IL-6 och CRP generellt sett har lägre överlevnad än patienter med låga nivåer av IL-6 och CRP. Det gäller både vid behandlingsstarten och vid byte till det andra läkemedlet i de olika kombinationerna.

Omätbara halter av cirkulerande tumör-DNA korrelerar med överlevnad

I COMBI-d-studien behandlades 224 patienter med antingen Dabrafenib (V600-muterad BRAF-hämmare) eller Dabrafenib och Trametinib (MEK-hämmare). Cirkulerande tumör-DNA mättes vid behandlingsstart och efter 4 veckors behandling. Hos 93 procent av patienterna kunde ctDNA detekteras vid behandlingsstart, medan 60 procent av patienterna hade mätbara halter ctDNA efter fyra veckors behandling. Omätbara halter av ctDNA efter fyra veckors behandling var associerat med förlängd PFS och överlevnad.

ÖVRE GI

Presentatör: *Linn Söderlund Diaz, vårdområde Onkologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg*

PARP-hämmaren Olaparib testas på patienter med BRCA-mutationer.

POLO-studien var en av de stora nyheterna som presenterades på ASCO. PARP-hämmaren Olaparib gavs som adjuvant underhållsbehandling till patienter med metastaserande pankreascancer. Pankreascancer ökar i incidens och har hög dödlighet, endast 15–20 procent av patienterna kan få kurativ kirurgi. Trots adjuvant cytostatika är medelöverlevnaden endast två år. Många av patienterna får palliativ kemoterapi. Det har visat sig att de fyra till sju procent av patienterna som bär på en BRCA1- eller BRCA2-mutation svarar bra på platinumbaserad behandling och på behandling med PARP-hämmare. Av POLO-studiens 3 315 patienter bar 247 patienter på någon av dessa mutationer. Efter sexton veckors kemoterapi uppnådde 151 av dessa stabil sjukdom eller regress. De randomiserades då till antingen Olaparib eller placebo. Den progressionsfria överlevnaden var 7,4 månader i gruppen som behandlats med Olaparib och 3,8 månader i placebogruppen ($p=0,0038$).

NCCN (National Comprehensive Cancer Network) ändrade i februari sina rekommendationer. Nu ska BRAC-testning av genomet övervägas för alla pankreascancerpatienter.

Färre biverkningar med Pembrolizumab jämfört med kemoterapi

År 2018 presenterades KEYNOTE 059, vilken visade att Pembrolizumab hade god effekt som tredje linjens behandling vid metastaserande adenokarcinom i matstrupen och övergången mellan matstrupen och magsäcken. Pembrolizumab är nu FDA-godkänd som tredje linjens preparat hos patienter som fått progress efter behandling med 5-FU och platinumpreparat.

••• vetenskapligt erfarenhetsutbyte



På ASCO redovisade resultat från KEYNOTE 062 över effekten av Pembrolizumab som första linjens preparat med eller utan cytostatika. Patienterna hade avancerad eller metastaserande ventrikel-, esofagus- eller cardiacancer, och var HER-2-negativa och PD-L1 positiva. De 763 patienterna randomiserades till en av tre grupper. De fick antingen Pembrolizumab, kemoterapi (Cisplatin plus 5-FU) eller en kombination av de båda behandlingarna. Överlevnaden är likartad i grupperna som fått enbart Pembrolizumab eller kemoterapi. Kombinationsbehandlingen var inte bättre, oavsett CPS-nivå. Biverkningar av grad 3–4 var fördelaktigare med Pembrolizumab (17 %) än med kemoterapi (69 %) eller kombinationsbehandlingen (73 %).

NEDRE GI - KOLOREKTALCANCER

Presentatör: *Jimmy Ekstrand, Onkologiska kliniken, Universitetssjukhuset, Linköping*

Press-release från BEACON-studien

En press-release om BEACON-studien: Mellan fem och åtta procent av patienterna med koloncancer bär på BRAF V600E-mutationen, vilken orsakar försämrade DNA-reparation. Ofta är tumörerna högersidiga med sämre prognos och oftare CNS-metastaser. I BEACON-studien jämförs behandling med FOLFIRI och Cetuximab (EGFR-hämmare) med Encorafenib (RAF-kinas-hämmare), Binimetinib (MEK-hämmare) och Cetuximab. Inkluderade patienter har tidigare haft progress på en till två tidigare linjers behandlingar. Överlevnaden var 5,4 månader i FOLFIRI och Cetuximab-gruppen jämfört med 9,0 månader i gruppen som fick Encorafenib, Binimetinib och Cetuximab.

Tre månaders behandling med CAPOX eller sex månaders behandling med FOLFOX

Oxaliplatin ger en viss fördel för patienter med kolorektalcancer, men orsakar ibland bestående neuropatier. En analys gjordes av sammanslagna data från studierna SCOOT, TOSCA, ACHIEVE2 och HORG. Patienterna fick antingen 3 eller 6 månaders behandling med FOLFOX eller CAPOX (valdes av behandlande läkare). För CAPOX syns ingen skillnad mellan tre eller sex månaders behandling, bägge ger 82 % DFS efter fem år. Med FOLFOX verkar det vara fördelaktigare med 6 månaders behandling än med 3 månader; DFS efter fem år är 79,2 respektive 86,5 %.

Fördelaktig trend med neoadjuvant FOLFOX

Den brittiska FOXTROT-studien jämförde kirurgi i kombination med neoadjuvant och adjuvant kemoterapi (FOLFOX), som behandling av 1 052 patienter med primärt operabel koloncancer. Patienterna hade T3-T4-tumörer, n0-n2, och var utan metastaser eller tarmobstruktion, och de randomiserades till antingen kirurgi följt av 24 veckors kemoterapi, eller 6 veckors neoadjuvant behandling följt av ki-

rurgi och sedan 18 veckors adjuvant kemoterapi. Resultaten visade en trend med färre postoperativa komplikationer hos patienter med neoadjuvant behandling, fler kompletta resektioner (R0), signifikant lägre tumörstadium. Färre patienter i gruppen som fått neoadjuvant behandling fick återfall inom två år (13 vs 17 % $p=0,08$).

CNS-TUMÖRER

Presentatör: *Hanna Fornwall, Onkologiska kliniken, Universitetssjukhuset, Örebro*

Fluorescerande 5-ALA guidar kirurg

En fluorescerande färg gör det lättare att skilja tumörceller från normala celler vid glioblastom-operationer. Patienterna får preoperativt dricka kontrastvätska innehållande aminosyran 5-ALA (5-aminolevulinsyra); Gliolan. Till skillnad från normala celler klarar inte tumörceller att bryta ner substansen helt, och istället ansamlas i tumörcellerna metaboliten porfyrin. Vid belysning med blått ljus, avger porfyrin ett rosa fluorescerande ljus, vilket underlättar för kirurgen att se eventuella kvarvarande tumörceller. Sensitivitet och specificitet är cirka 70 procent och produkten är godkänd av FDA.

Ingen skillnad i mPFS mellan sex eller tolv cyklers Temozolamid-behandling för patienter med glioblastom

Den spanska GEINO 14010-studien jämförde om sex eller tolv behandlingsomgångar med Temozolamid var fördelaktigast som första linjens behandling av patienter med glioblastom. De 156 patienterna behandlades vid tjugo olika kliniker, och studien tog fyra år att genomföra. Resultaten visade ingen statistisk signifikant skillnad i mediantid till PFS mellan sex eller tolv behandlingsomgångar.

Temozolamid ökar överlevnaden hos patienter med IDH-mutation

I EORTC/CATNON-studien undersöktes om strålbehandling med eller utan Temozolamid; samtidig och/eller adjuvant administrerad, var effektivast behandling för patienter med nydiagnostiserade anaplastiska gliom, utan 1p19q-deletion. Resultaten visade att patienternas IDH-status avgjorde om Temozolamid var fördelaktigt eller inte gav någon effekt alls. Patienter med muterat IDH drog signifikant nytta av tillägg av Temozolamid, både samtidig ($p=0,012$) och adjuvant ($p \leq 0,001$) medan det inte påverkade treårsöverlevnaden för patienter med wtIDH.

PCV ökar överlevnaden hos patienter med IDH-mutation eller 1p19q-deletion

En post-hoc-analys gjordes av RTOG 9802-studien. Högriskpatienter med låggradiga gliom, som genomgått kirurgisk resektion eller biopsi, randomiserades till antingen strålbehandling eller till strålbehandling plus PCV. Av samtliga 251 patienter visade det sig att endast de som bar på IDH-mutationer hade nytta av tilläggsbehandling med PCV. Tilläggsbehandling med PCV ökade även livslängden för patienter med en eller två deletioner i 1p19q, regionen.



Idel nöjda presentatörer och mentorer tillsammans med de två rutinerade experter som modererade mötet, överläkare Magnus Lagerlund, Kalmar, och professor Roger Henriksson, Umeå.

Godkännande i Europa för Larotrectinib

Larotrectinib, en TRK-hämmare (Tropomyosin-Receptor-Kinase) är FDA-godkänd och har nyligen fått godkännande i Europa. I en pågående studie behandlas patienter med solida CNS-tumörer som bär på NTRK-fusionsgenen med Larotrectinib.

Hippocampusbevarande strålning bevarar patienternas kognitiva funktioner

Metastaser i CNS av andra primära tumörer behandlas med helhjärnsbestrålning plus Memantin, en NMDA-receptorantagonist. I den ena behandlingsarmen gavs hippocampusbevarande strålning, medan i den andra behandlingsarmen utfördes konventionell helhjärnsstrålning. Patienterna i båda behandlingsarmarna erhöll även Memantin. Undersökningen visade att de kognitiva förmågorna bevarades signifikant bättre med hippocampusbevarande strålning, vilket var studiens endpoint. Sådan strålning borde enligt gruppen bli standardbehandling för metastaser i CNS.

Alternerande elektriska fält som behandling till patienter med glioblastom

Diskussioner handlade också om tidsramen för införandet av Optune; hjälmen med plattor som skapar snabbt skiftande elektriska fält som hämmar celldelningen, och som rekommenderas som underhållsbehandling till patienter med supratentoriellt glioblastom. Optune i kombination med temozolomid förlänger överlevnaden med närmare 5 månader jämfört med enbart temozolomid, men måste bäras minst 18 timmar per dygn.

UTBLICK

Moderatorerna Roger Henriksson och Magnus Lagerlund reflekterade över några ytterligare aspekter av vad som krävs för framgångsrika behandlingar.

En studie från Yale Cancer Center om utfallet av införandet av ObamaCare. I de 34 stater som har infört reformen har man sett att patienterna fick snabbare behandling och hade en ökad överlevnad. Socioekonomiska förhållanden och sjukvårdssystemets organisation har betydelse för hur många som överlever en cancerdiagnos.

Här i Sverige har en arbetsmiljöenkät nyligen genomförts, eftersom det har visats att det är viktigt att personalen mår bra för att patienterna ska få en god vård. Enkäten visar att mycket tid ägnas åt dåliga IT-lösningar, brist på specialistläkare och brist på mottagningsrum. Onkologi är en snabbt växande specialitet och verksamheten behöver ta väl hand om existerande medarbetare och samtidigt välkomna nya.

Fotnot: Nästa ASCO hålls från den 29 maj till 2 juni nästa år i Chicago. Intresseanmälan för att åka som ST-läkare eller som mentor tas emot av Monica Sandström, Cancerakademien.

YLVA TRYSELIUS, PHD
FOTO: BOSSE JOHANSSON