

” *Vi har ändrat vårt arbetssätt inom själva gruppen för maligna hjärntumörer med bättre kommunikation mellan olika yrkeskategorier.*

# Ny arbetsmetod i Uppsala ger patienter med hjärntumör extra uppmärksamhet

Att få en hjärntumördiagnos är inte samma sak som att leva med denna diagnos en längre tid.

Sedan förra året har vi som är involverade i vården av hjärntumörpatienter på Akademiska sjukhuset i Uppsala fördjupat oss mer i olika aspekter av vård hos patienter med diffusa gliom med målet att kunna stötta dem på ett bättre sätt.

Vi har förstått att vården av denna patientgrupp handlar om minst två olika faser med helt olika behov och problem.

**D**en första fasen, när patienter får diagnosen, går väldigt fort. Tidigare friska unga vuxna insjuknar plötsligt med nya symtom som till exempel krampanfall och de kan sedan inte längre köra bil, de blir sjukskrivna och träffar många olika specialister, bland annat neurokirurger och onkologer – med mycket stress och oro som resultat. Denna snabba bana via standardiserat vårdförlopp (SVF) aktiveras vid misstänkt diag-

nos, radiologisk utredning, och sedan planering för operation, och efter operation ska patienten med stor sannolikhet påbörja en onkologisk behandling'. Även om denna fas kan ta tre till fyra månader har patienten inte tillräckligt med tid (eller kanske mentala resurser) att processa/bearbeta diagnosen och insikter om hur livet har ändrat sig.

Nästa fas börjar när patienter har gått igenom kirurgi, diagnosbesked samt on-

kologisk behandling, och ska följas med kontroller som pågår livet ut. Detta är en mycket svårare fas, har vi förstått från kontakten med våra patienter.

Oavsett vilken typ av kirurgisk teknik, hjälpmedel eller avancerad monitorering vi använder under neurokirurgin, finns konsekvenser för patienter som drabbas av hjärntumörer. Kognitiva besvär, språkliga svårigheter, epilepsi är några av alla besvär som påverkar patien-



terna från insjuknande<sup>2</sup> och som leder till att patienten upplever sitt liv helt förändrat med begränsad fysisk aktivitetsförmåga och sociala aktiviteter. Alla dessa aspekter kan leda till högre risk för psykisk ohälsa<sup>3,4</sup>.

Vi har tidigare fokuserat mest på den första fasan med högspecialiserad vård och mycket resurser och forskning kring typ av kirurgi och typ av onkologisk behandling. Detta för att rädda patienten

från akut försämring och försöka ge dem tillräckligt bra livskvalitet efteråt. När vi har analyserat den andra fasan efter operation och onkologisk behandling, har vi förstått att verkligheten är en annan för våra patienter.

#### **LEVER I STOR OVISSHET**

Efter onkologisk behandling lever patienter i en extremt stor ovisshet och osäkerhet angående framtiden. Ovissheten

relateras också till radiologiska kontroller och risken att det ska komma tumörrecidiv under förloppet. Vid återbesök (tre–sex månader efter operation och onkologisk behandling) på Akademiska sjukhuset träffar patienter neurokirurg, logoped och neuropsykolog som en del av våra kliniska rutiner. Patienter med diffusa gliom visar tydligt sämre skattningar angående hälsokvalitet, vitalitet, fysiska och sociala funktioner. Detta re-

sultat är inte kopplat på något sätt till kirurgiska faktorer (typ av kirurgi eller radikalitet)<sup>5</sup> och inte heller till kognitiva funktioner<sup>6</sup>. Vår tolkning är att patienterna saknar en långsiktig plan som kan stötta dem med kognitiv rehabilitering, hjälp med psyko-sociala aspekter och allt som kan förebygga psykisk ohälsa.

Vi har sedan förra året börjat med en ny multidisciplinär konferens som fokuserar på patienter med stabil sjukdom (eller efter onkologisk behandling), men som visar behov av multidisciplinära insatser angående neurologiska, fysiska, kognitiva och emotionella aspekter, så kallad Rehab-MDK.

I gruppen medverkar neurokirurg, onkolog, neurolog, kontaktsjuksköterskor från olika verksamheter, fysioterapeut, rehab-läkare, neuropsykolog och logoped.

#### BÄTTRE KOMMUNIKATION I VÅRDEN

Patienter kommer i kontakt med olika yrkeskategorier under olika faser av förloppet och därför tycker vi att vem som helst i gruppen som identifierar ett problem eller behov som kräver multidisciplinära insatser kan anmäla fallet till Rehab-MDK. Vi har diskuterat fall efter återbesök till neurokirurg eller logoped, neuropsykolog eller efter direkt kontakt med kontaktsjuksköterska. Diskussionen sammanfattar det aktuella tillståndet, vi går igenom bildmaterial, medicinska, kognitiva och psykosociala aspekter för att föreslå nästa steg och stötta patienter och anhöriga i denna fas.

Vi har ändrat vårt arbetssätt inom själva gruppen för maligna hjärntumörer med bättre kommunikation mellan olika yrkeskategorier. Vi lär oss mycket mer av varandra och vi kan optimera resurser och skynda på vissa processer genom en snabb kommunikation mellan yrkeskategorier med spetskompetens om patienter med hjärntumörer.

Vi upplever att med detta arbetssätt, har vi möjlighet att fånga de patienter som upplever sämre livskvalitet och även psykologiska svårigheter efter operation/behandling. Patienten kan efter Rehab-MDK remitteras direkt till rehabiliteringsvård, fysioterapimottagningen eller psykologisk bedömning/behandling via primärvården som kan kontaktas direkt utan fördröjning.



**” Vi är nu mer uppmärksamma på problem som inte är relaterade direkt till kirurgisk eller onkologisk behandling, men – som på ett indirekt sätt – kan leda till sämre eller kortare överlevnad och bidra till att patienten blir en icke-fungerande individ i samhället.**

#### UPPMÄRKSAMMA PÅ PROBLEM

Resurser och tid är såklart begränsade för att stötta alla patienter med multidisciplinär långtidsuppföljning varför vi har vissa kriterier för att vara effektiva. För att en patient i nuläget ska anmälas/diskuteras på R-MDK ska patienten ha något av följande:

1. En ny diagnos av malign hjärntumör efter operation som inte är i behov av onkologisk behandling (eller efter att onkologisk behandling är slutförd).
2. Tidigare diagnos av malign hjärntumör men stabil onkologisk sjukdom och med direkt behov av multidisciplinära insatser.
3. Patienter med utmanande psyko-social situation är prioriterande (små barn, svårt med ADL). För att optimera insatser och resurser är det viktigt att:

1) Patienten ska befinna sig i en stabil fas av sjukdom, det vill säga att ingen radiologisk tumörprogress påvisas med eller utan klinisk/medicinsk försämring och ej heller vara i behov av nytt kirurgiskt ingrepp.

2) Diskussionen ska i första hand sammanfatta den aktuella situationen för patienten postoperativt/efter onkologisk behandling, och identifiera rehabiliteringsinsatser samt nya psyko-sociala aspekter som behöver diskuteras multidisciplinärt.

3) Eventuell diskussion om kontakt med palliativt team eller andra remisser kan vid behov tas upp på Rehab-MDK.

Vi är nu mer uppmärksamma på problem som inte är relaterade direkt till kirurgisk eller onkologisk behandling, men – som på ett indirekt sätt – kan leda till sämre eller kortare överlevnad och

bidra till att patienten blir en icke-fungerande individ i samhället.

Med tanke på att många unga patienter har full arbetskapacitet före operation är vårt ansvar att ge alla möjligheter till denna patientgrupp att komma tillbaka till ursprunglig livskvalitet. Vi skulle vilja inkludera återgången till arbetet och livskvalitet som målvärde tillsammans med överlevnad för att utvärdera långsiktiga konsekvenser av den kirurgiska och onkologiska behandlingen.

Med detta paradigmskifte kan vi därför identifiera den bästa kombination av behandling och rehabiliteringsinsatser och anpassa vården till varje individ.

Vår ambition är att diskutera alla patienter med hjärntumörer som remitteras till Akademiska sjukhuset genom att öka antalet personer som medverkar i gruppen och utveckla det befintliga kommunikationsschemat med andra regioner.

#### REFERENSER

1. Nationellt vårdprogram tumörer i hjärna och ryggmärg - RCC Kunskapsbanken. Accessed April 24, 2023. <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/hjarna/vardprogram/>
2. Latini F, Axelson H, Fahlström M, et al. Role of Preoperative Assessment in Predicting Tumor-Induced Plasticity in Patients with Diffuse Gliomas. *JCM*. 2021;10(5):1108. doi:10.3390/jcm10051108
3. Hao A, Huang J, Xu X. Anxiety and depression in glioma patients: prevalence, risk factors, and their correlation with survival. *Ir J Med Sci*. 2021;190(3):1155-1164. doi:10.1007/s11845-020-02374-5
4. Shi C, Lamba N, Zheng LJ, et al. Depression and survival of glioma patients: A systematic review and meta-analysis. *Clin Neurol Neurosurg*. 2018;172:8-19. doi:10.1016/j.clin-neuro.2018.06.016
5. Svedung Wettervik T, Ersson M, Latini F, Ryttefors M, Zetterling M. Patient-reported quality of life in grade 2 and 3 gliomas after surgery, can we do more? *Clin Neurol Neurosurg*. 2022;214:107175. doi:10.1016/j.clin-neuro.2022.107175
6. Svedung Wettervik T, Munkhammar ÅA, Jemstedt M, et al. Dynamics in cognition and health-related quality of life in grade 2 and 3 gliomas after surgery. *Acta Neurochir (Wien)*. 2022;164(12):3275-3284. doi:10.1007/s00701-022-05408-2

FRANCESCO LATINI, INSTITUTIONEN FÖR MEDICINSKA VETENSKAPER, VO NEURO, SEKTION NEUROKIRURGI, AKADEMISKA SJUKHUSET, UPPSALA, FRANCESCO.LATINI@AKADEMISKA.SE



GEORG HOLGERSSON, INSTITUTIONEN FÖR IMMUNOLOGI, GENETIK OCH PATOLOGI, KLINISK ONKOLOGI, AKADEMISKA SJUKHUSET, UPPSALA, GEORG.HOLGERSSON@AKADEMISKA.SE



NT-rådet rekommenderar<sup>1</sup>

# JEMPERLI

dostarlimab

En immunterapi för patienter med recidiverande eller avancerad endometrie cancer med dMMR/MSI-H<sup>2</sup>

Testa dMMR/MSI-H för att identifiera patienter som är lämpliga för behandling med JEMPERLI

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

**JEMPERLI** (dostarlimab), 10 ml koncentrat till infusionsvätska, lösning, innehåller 500mg. Rx, EF. ATC-kod: L01FF07, Monoklonala antikroppar och antikroppsläkemedelskonjugat. **Indikationer:** JEMPERLI är indicerat som monoterapi för behandling av vuxna patienter med recidiverande eller avancerad endometrie cancer med dMMR (deficient mismatch repair) eller hög mikrosatellitinstabilitet (MSI-H) som har progredierat under eller efter tidigare platinainnehållande behandling. **Dosering:** Rekommenderad dos som monoterapi är 500 mg dostarlimab var 3:e vecka i 4 cykler följt av 1000 mg var 6:e vecka i alla efterföljande cykler. Behandlingen bör fortsätta tills sjukdomsprogression eller oacceptabel toxicitet uppstår. Behandling med JEMPERLI ska initieras och övervakas av läkare med erfarenhet av cancerbehandling. **Varningar och försiktighet:** Immunrelaterade biverkningar Immunrelaterade biverkningar, som kan vara allvarliga eller dödliga, kan förekomma hos patienter som behandlas med antikroppar som blockerar programmerat celldödsprotein-1/

programmerad död-ligand 1 (PD-1/PD-L1), inklusive dostarlimab. Immunrelaterade biverkningar kan förekomma i alla organ eller vävnader och uppträder vanligen under behandling med PD1/PDL1-blockerande antikroppar, men symtomen kan också visa sig efter avslutad behandling **Infusionsrelaterade reaktioner** Dostarlimab kan orsaka infusionsrelaterade reaktioner som kan vara allvarliga (se avsnitt Biverkningar). Vid allvarliga (grad 3) eller livshotande (grad 4) infusionsrelaterade reaktioner ska infusionen avbrytas och behandlingen sättas ut permanent. För fullständig forskrivarinformation och pris, se [www.fass.se](http://www.fass.se). Datum för översyn av produktresumén 2022-12-15. GSK AB, Box 516, 169 29 Solna, telefon: 08-638 93 00, [se.gsk.com](http://se.gsk.com). Om du vill rapportera en biverkning på något av våra läkemedel eller vacciner så kan du kontakta oss på följande sätt: Webformulär: [se.gsk.com/biverkning](http://se.gsk.com/biverkning). Telefon: 08-638 93 00 (be om att bli kopplad till Biverkningsenheten).

dMMR=deficient mismatch repair; MSI-H=hög mikrosatellitinstabilitet.

Referenser: 1. NT-rådets rekommendation för PD-(L)1-hämmare. Janusinfo. 2. JEMPERLI (dostarlimab). Produktresumé.



Varumärken ägs av eller licensieras till GSK-koncernen.  
©2023 GSK eller dess licensgivare.  
PM-SE-DST-ADVT-220006, 202302

GSK, Box 516, 169 29 Solna. 08-638 93 00, [se.gsk.com](http://se.gsk.com)

Jemperli  
(dostarlimab)

