

(Nye) norske retningslinjer Analcancer

NOAC-møte 10.09.19
Christine Undseth, OUS

Norge: Incidens og overlevelse

- Ca 90 pasienter i året (50 av disse på OUS)
- 76% 5-års overlevelse
- Økende incidens og økende overlevelse

- Nasjonalt handlingsprogram 2017
- Revisjon inne til godkjenning nå
- Tar tid.....



Kjemoterapi, bakgrunn

- Strålebehandling kombinert med mitomycin C og 5-FU er bedre enn strålebehandling alene (UKCCCR ++)
- To store randomiserte studier (RTOG 98-11 og ACT II) har vist at mitomycin C bør foretrekkes framfor cisplatin; det er minst like effektivt og mindre toksisk
- Det er ikke vist gevinst av kjemoterapi før eller etter kjemoradioterapi.
- Med bakgrunn i de randomiserte studiene anbefales strålebehandling kombinert med **mitomycin C og 5-FU**

Kjemoterapi, doser og kombinasjoner

- Mitomycin 10 mg/m² (maksdose 20 mg) iv dag 1, og 5-FU 1000 mg/m²/døgn kontinuerlig infusjon dag 1–4.

eller

Mitomycin og peroral kapecitabin : mitomycin 10 mg/m² (maks dose 20 mg) iv dag 1, kombinert med kapecitabin 825 mg/m² peroralt morgen og kveld 5 dager per uke alle dager med strålebehandling

- Hematologiske blodprøver følges ukentlig med tanke på dosereduksjon eller seponering av kapecitabin hvis nødvendig.

- Lokalisert sykdom (T1–2N0): kjemoterapi samtidig med strålebehandlingen i **uke 1**.
- Lokalavansert sykdom (T3–4 eller N1): kjemoterapi samtidig med strålebehandling i **uke 1 og 5**.
- I enkelte land (bl.a. i Storbritannia, ACT II-studien) gis mitomycin med dose 12 mg/m² kun dag 1, slik at i uke 5 gis kun 5-FU ved kontinuerlig infusjon, med gode resultater.

Strålebehandling, bakgrunn

- Optimal stråledose er ikke kjent verken for tumor eller risikoområder
- Forskjellige doser er i bruk internasjonalt, men det anbefales at strålebehandling gis med minimum 50,4 Gy mot primærtumor (ESMO-gudelines)
- Høyere stråledoser til store tumores, T4-tumores og N1 sykdom



Anal cancer

Determinants for local tumour control probability after radiotherapy of anal cancer



Anders Johnsson^{a,*}, Otilia Leon^a, Adalsteinn Gunnlaugsson^a, Per Nilsson^a, Peter Höglund^b

^aDepartment of Hematology, Oncology and Radiation Physics, Sweden; and ^bDepartment of Laboratory Medicine, Division of Clinical Chemistry and Pharmacology, Skåne University Hospital, Lund University, Sweden



Anal cancer

A tumor control probability model for anal squamous cell carcinoma



Rebecca Muirhead^{*}, Mike Partridge, Maria A. Hawkins

Department of Oncology, CRUK/MRC Oxford Institute for Radiation Oncology, University of Oxford, United Kingdom

Stråledose GTVp og GTVn

- GTVp: 54 Gy ved T1–2N0 tumor
58 Gy ved T3–4 tumor eller N1

GTVn: 54Gy < 2cm

58Gy > 2cm

Stråledose CTVe, endring

- Variasjon internasjonalt 30 Gy - 46 Gy, der vi i Norden har gitt ca. 46 Gy mens man i USA og Storbritannia har ligget lavere.
- Sammenlignende studier foreligger ikke, men flere studier viser lav regional residivrisiko etter 30–36 Gy (sekvensiell behandling)
- Studier indikerer også at doser ned mot 30 Gy kan være tilstrekkelig for å kontrollere svært små analcancer og at det ved tumores < 2 cm ikke er signifikant sammenheng mellom «local tumor control probability» (LTCP) og stråledose i dosenivå 30–70 Gy
- I de nyere nasjonale britiske retningslinjene for strålebehandling av analcancer (IMRT med SIB) gis 40 Gy (1,43 Gy x 28) til CTVe.
- Svenskene har nettopp endret praksis og anbefaler nå også tilsvarende 40 Gy (EQD2) til
- **Vi anbefaler nå tilsvarende praksisendring i Norge med dose til CTVe = 40 Gy (EQD2).**

Reduced radiation dose for elective nodal irradiation in node-negative anal cancer: back to the roots?

Christoph Henkenberens · Daniela Meinecke ·
Stoll Michael · Michael Bremer · Hans Christiansen

Radiotherapy and Oncology 116 (2015) 197–201



Contents lists available at ScienceDirect

Radiotherapy and Oncology

journal homepage: www.thegreenjournal.com



Chemoradiotherapy of anal cancer

Evaluation of a 36 Gy elective node irradiation dose in anal cancer



Alexis Lépinoy^{a,*}, Nicolas Lescut^{a,1}, Marc Puyraveau^b, Matthieu Caubet^a, Jihane Boustani^a, Zaher Lakkis^{c,1}, Michel Fantoli^d, Joelle Buffet-Miny^a, Stefano Kim^e, Coraline Bednarek^a, Philippe Maingon^{f,2}, Gilles Crêhange^{f,2}, Jean-F. Bosset^{a,1}

NATIONAL GUIDANCE FOR IMRT IN ANAL CANCER

R Muirhead¹, RA Adams², DC Gilbert³, M Harrison⁴, R Glynn-Jones⁴, D Sebag-Montefiore⁵, MA Hawkins¹

¹The CRUK/MRC Oxford Institute for Radiation Oncology, Oxford, UK; ²School of Medicine, Cardiff University, Cardiff, UK; ³Sussex Cancer Centre, Royal Sussex County Hospital, Brighton, UK; ⁴Mount Vernon Hospital, Northwood, UK; ⁵University of Leeds, St James Institute of Oncology, Leeds, UK

Bruker VMAT med SIB, 27fr

Tabell 4. Strålebehandling av analcancer

	<u>Behandlingskjema A</u>		<u>Behandlingskjema B</u>	
<u>Stadium</u>	<u>T1-T2 N0 M0</u>		<u>T3-T4 N0 M0</u> <u>T1-T4 N1 M0</u>	
<u>Teknikk</u>	<u>Sekvensiell</u>	<u>SIB</u>	<u>Sekvensiell</u>	<u>SIB</u>
<u>Primærtumor D / n (d)</u>	<u>54.0 / 27 (2.0)</u>	<u>54.0 / 27 (2.0)</u>	<u>58.0 / 29 (2.0)</u>	<u>57.5 / 27 (2.13)</u>
<u>Lymfeknuter >2 cm</u>			<u>58.0 / 29 (2.0)</u>	<u>57.5 / 27 (2.13)</u>
<u>Lymfeknuter <2 cm</u>			<u>54.0 / 27 (2.0)</u>	<u>54.0 / 27 (2.0)</u>
<u>Elektivt felt bekken/lysker</u>	<u>40.0 / 20 (2.0)</u>	<u>41.6 / 27 (1.54)</u>	<u>40.0 / 20 (2.0)</u>	<u>41.6 / 27 (1.54)</u>
<u>Kjemoterapi</u>	<u>MiFu eller MiCap x 1</u>		<u>MiFu eller MiCap x 2</u>	

D = totaldose (Gy), n = antall fraksjoner, d = fraksjonsdose (Gy),