

## Tillämpning av Nationellt vårdprogram för Huvud- och halscancer

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HSD-D § 1-2016) giltigt till mars 2018  
Utarbetad av Regional Vårdprocessgrupp för Huvud- och halscancer

### Bakgrund

Baserat på Nationellt vårdprogram för Huvud- och halscancer 2015.

### Regional tillämpning

Observera att endast undantag från det nationella vårdprogrammet (NVP) beskrivs, och där vårdprogrammet anger flera behandlingsalternativ ges mer detaljerade anvisningar. Riktlinjer för de 9 diagnosgrupperna beskrivs nedan.

### LÄPPCANCER

#### Utredning

T1 tumör utan kliniska palpationsfynd submentalt eller på halsen kräver ingen radiologisk utredning. T2–T4 tumör ska utredas med CT huvud-hals-thorax inför multidisciplinär konferens (MDK).

#### Behandling

Vid T2-T4 N0M0 tumörer ska profylaktisk halskörtelutrymning (nivå I, II, III) göras på samma sida.

#### Uppföljning

*T1N0M0 tumörer*

Följs på behandlande klinik var 3:e månad första två åren och sedan en gång per år upp till fem år.

*Tumörer större än T1*

Kontrolleras under det första året var 3:e månad på det behandlande sjukhuset. Vid körtelpositiv sjukdom ska CT-huvud-hals utföras 3 månader efter avslutad behandling.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortslasarettet.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortslasarettet.

### MUNHÅLECANCER

#### Utredning

Radiologisk utredning ska omfatta CT-Huvud-hals-thorax **och** MR munhåla.

#### Behandling

Tumörer i stadium I och II behandlas enbart med kirurgi medan kombinationsbehandling rekommenderas vid stadium III och IV.

Primärtumörer i munhålan exstirperas kirurgiskt, när ingreppet bedöms kunna göras med bevarande av rimligt god funktion och kosmetik. Vid omfattande kirurgi kan rekonstruktion bli aktuellt. Vid skelettengagemang utförs lådresektion eller hemimandibel-/hemimaxillektomi. Vid skelettingrepp inopereras titanfixturer för senare infästning av tandprotes eller gomplatta. Vid tveksam eller bristfällig radikalitet måste man överväga utvidgad resektion alternativt postoperativ strålbehandling. Om tumören inte är kirurgiskt resektabel rekommenderas kurativt syftande strålbehandling eventuellt med tillägg av medicinsk tumörbehandling.

Kirurgi på halsen görs endast om primärtumören opereras. Vid säkerställd eller stark misstänkt halslymfkörtelmetastas utförs modifierad radikal halskörtelutrymning ipsilateralt (nivå I-V samt eventuellt v. jugularis interna och m. sternocleidomastoideus). Då regionala lymfkörtelmetastaser inte föreligger utförs en diagnostisk supraomhyoidal halskörtel-utrymning (nivå I-III) ipsilateralt utom vid gingivomaxillär cancer, då man avstår från kirurgi på halsen. När primärtumören växer nära eller över medellinjen, medtas även nivå I a (submentalt) kontralateralt.

Vid stadium III och IV rekommenderas en kombinationsbehandling med primär kirurgi följt av strålbehandling. Vid T3-T4N0 ges postoperativt fulldos strålbehandling mot primärtumören (68 Gy) och profylaktisk dos (52,7 Gy) mot halsen. Vid N+ hals ges fulldos strålbehandling mot halsen (68 Gy). Vid inoperabel tumör ges strålbehandling primärt till doser enligt ovan.

#### *Medicinsk tumörbehandling*

Konkomitant cisplatin kan ges veckovis som tillägg till strålbehandlingen till patienter med WHO:s "performance status" 0–1, om radikalitet inte uppnås vid primäroperationen och/eller vid regional metastasering med periglandulär växt. Cisplatin kan även ges i de fall där tumören initialt bedöms vara icke-resektabel. Om det finns kontraindikationer för cisplatin ger man i stället cetuximab.

#### **Uppföljning**

Patienterna kontrolleras var 3:e månad under första året på behandlande sjukhus.

De patienter som erhållit strålbehandling följs upp med CT-huvud-hals 3 månader efter avslutad behandling.

Radiologisk uppföljning efter kirurgi bedöms individuellt.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortslasarettet.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortslasarettet

## **OROPHARYNXCANCER**

#### **Utredning**

Om möjligt tas biopsi i lokalbedövning. Palpation i narkos utförs inte standardmässigt. HPV-analys ska alltid göras. Radiologisk utredning ska omfatta CT huvud-hals-thorax **och** MR svalg.

#### **Behandling**

##### *Strålbehandling*

Dosnivåer 68 Gy, 2 Gy per fraktion, 6 fraktioner per vecka till primärtumör och engagerade körtelstationer. 52,7 Gy med 1,55 Gy per fraktion med 6 fraktioner per vecka till adjuvant volym (oftast kontralaterala halskörtlar). Brachyterapi tillägg ges vid tungbascancer T3-4 med 12 Gy PDR teknik ca 14 dagar efter extern strålbehandling.

##### *Medicinsk tumörbehandling*

Är aktuell för patienter i performance status 0-1 i stadium III-IV. Cisplatin 40 mg/m<sup>2</sup> ges veckovis under strålbehandlingen. Innan påbörjad behandling ska audiogram och njur-clearance undersökning utföras. Vid kontraindikation för cisplatin ges istället veckovis cetuximab (Erbix 400 mg/m<sup>2</sup> veckan innan samt 250 mg/m<sup>2</sup> veckovis under strålbehandlingen).

##### *Kirurgisk behandling*

Primärtumören opereras endast i undantagsfall.

#### **Uppföljning**

Radiologisk utvärdering utförs 3 månader efter avslutad behandling med samma metod som vid primärdiagnostiken.

Kontroller var 3:e månad första året på behandlande klinik.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortslasarettet.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortslasarettet.

## NASOPHARYNXCANCER

### Utredning

Enligt NVP.

### Behandling

#### Strålbehandling

Dosnivåer 68 Gy, 2 Gy per fraktion, 6 fraktioner per vecka till primärtumör och engagerade körtelstationer. 52,7 Gy med 1,55 Gy per fraktion med 6 fraktioner per vecka till adjuvant volym (oftast kontralaterala halskörtlar)

#### Medicinsk tumörbehandling

Är aktuell för patienter i performance status 0-1. **Stadium II:** Cisplatin 40 mg/m<sup>2</sup> ges veckovis under strålbehandlingen. Innan påbörjad behandling ska audiogram och njur-clearance undersökning utföras. Vid kontraindikation för cisplatin ges istället veckovis cetuximab (Erbix 400 mg/m<sup>2</sup> veckan innan samt 250 mg/m<sup>2</sup> veckovis under strålbehandlingen).

**Stadium III-IV:** Induktionskemoterapi med 2 cykler cisplatin 75 mg/m<sup>2</sup> samt 5FU 750 mg/m<sup>2</sup> dag 1-5 följt av veckovis cisplatin 50 mg fix dos (CVK, audiogram och njur-clearance innan behandlingsstart).

### Uppföljning

Radiologisk utvärdering med MR bör utföras årligen, med första undersökning 3 månader efter avslutad behandling.

Kontroller var 3:e månad första året på behandlande klinik.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortslasarettet.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortslasarettet.

## HYPOPHARYNXCANCER

### Utredning

Enligt NVP.

### Behandling

Profylaktisk behandling med PEG ska erbjudas alla patienter inför behandlingsstart.

#### Strålbehandling

Dosnivåer 68 Gy, 2 Gy per fraktion, 6 fraktioner per vecka till primärtumör och engagerade körtelstationer. 52,7 Gy med 1,55 Gy per fraktion med 6 fraktioner per vecka till adjuvant volym (oftast kontralaterala halskörtlar).

#### Medicinsk tumörbehandling

Är aktuell för patienter i performance status 0-1 i stadium III-IV. Cisplatin 40 mg/m<sup>2</sup> ges veckovis under strålbehandlingen. Innan påbörjad behandling ska audiogram och njur-clearance undersökning utföras. Vid kontraindikation för cisplatin ges istället veckovis cetuximab (Erbix 400 mg/m<sup>2</sup> veckan innan samt 250 mg/m<sup>2</sup> veckovis under strålbehandlingen).

### Uppföljning

Radiologisk utvärdering utförs 3 månader efter avslutad behandling med samma metod som vid primärdiagnostiken.

Kontroller var 3:e månad första året på behandlande klinik.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortslasarettet.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortslasarettet.

## LARYNXCANCER

### Utredning

Enligt NVP.

### Behandling

#### *Kirurgisk behandling*

Vid glottiskt larynxcancer T1a bör kirurgisk extirpation övervägas. T4 tumörer behandlas i första hand med laryngectomi och postoperativ strålbehandling.

#### *Strålbehandling*

68 Gy ges mot larynx. Vid tumörstadium  $\geq T2$  ges även profylaktisk körtelbestrålning till 52,7 Gy. Supraglottisk larynxcancer T1-T3 strålbehandlas till kurativ dos mot larynx(68 Gy) samt profylaktisk dos mot halsen bilateralt (52,7 Gy).

#### *Medicinsk behandling*

Är aktuell för patienter i performance status 0-1 i stadium III-IV. Cisplatin 40 mg/m<sup>2</sup> ges veckovis under strålbehandlingen. Innan påbörjad behandling ska audiogram och njur-clearance undersökning utföras. Vid kontraindikation för cisplatin ges istället veckovis cetuximab (Erbix 400 mg/m<sup>2</sup> veckan innan samt 250 mg/m<sup>2</sup> veckovis under strålbehandlingen).

### Behandlingsutvärdering

Vid kirurgisk behandling av T1-tumörer görs mikrolaryngoskopi i narkos vid 3 månader. Radiologisk uppföljning efter kirurgi bedöms individuellt. Efter strålbehandling - klinisk kontroll efter 6 veckor. Vid T2-T4 tumörer görs CT-larynx 3 månader efter avslutad behandling och därefter mikrolaryngoskopi i narkos. I svårvärderade fall görs PET-CT.

### Uppföljning

Kontroller var 3:e månad första året på behandlande klinik.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortslasarettet.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortslasarettet.

## SPOTTKÖRTELCANCER

### Utredning

Radiologisk utredning ska omfatta CT-huvud-hals-thorax och MR spottkörtlar.

### Behandling

Behandling av primärtumören sker enligt NVP.

Vid primärtumör utan kända regionala lymfkörtelmetastaser utryms lymfkörtlarna i nivå I-III. Vid säkerställd eller mycket stark misstanke om halslymfkörtelmetastaser utförs modifierad radikal halslymfkörtelutrymning ipsilateralt.

### Uppföljning

Radiologisk uppföljning sker individuellt efter kirurgi. För patienter med kombinationsbehandling görs en CT-hals 3 månader efter avslutad strålbehandling.

Kontroller var 3:e månad första året på behandlande klinik.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortslasarettet.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortslasarettet.

## NÄS- BIHÅLECANCER

### Utredning

Enligt NVP.

### Behandling

#### Strålbehandling

Preoperativt ges 47,6 Gy med 1,7 Gy per fraktion två gånger dagligen, tio fraktioner per vecka. Om kirurgi inte planeras efter ny bedömning blir slutdosen 64,6 Gy med paus efter 47,6 Gy. Profylaktisk strålbehandling mot halsen tillämpas inte.

Om postoperativ strålbehandling (exempelvis vid adenoidcystisk cancer) ges konventionell fraktionering till 68 Gy, denna fraktionering används även vid primär fulldosbehandling vid lägre stadier där man inte planerar kirurgi.

#### Medicinsk behandling

Vid stadium III-IV ges induktionskemoterapi med cisplatin 100 mg/m<sup>2</sup> och 5FU 1000 mg/m<sup>2</sup> i fem dagar. Två induktionscykler samt en cykel konkomitant med strålbehandlingen (CVK, audiogram och clearance innan behandlingsstart).

#### Kirurgisk behandling

Enligt NVP.

### Uppföljning

Radiologisk undersökning med samma metod som primärdiagnostiken tre månader efter avslutad behandling och sedan årligen.

Kontroller var 3:e månad första året på behandlande klinik.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortslasarettet.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortslasarettet.

## Lymfkörtelmetastas på halsen med okänd primärtumör - CUP-HH

### Utredning

För patient med cytologisk verifierad metastas är PET-CT med diagnostisk CT hals och thorax förstahandsundersökning. Om radiologin ej avslöjar primärtumören ska biopsi tas från sinus piriformis utöver de biopsier som anges i NVP. HPV-analys ska alltid göras.

### Behandling

Primär kirurgi med radikal halslymfkörtelutrymning följt av postoperativ strålbehandling till 68 Gy till ipsilateral hals och centrala svalgrummet och adjuvant dos till kontralateral hals tillämpas. Vid bristande radikalitet eller periglandulär växt ges tillägg av kemoterapi. För patienter med bilaterala körtlar, eller inoperabel körtel, eller där all körtelvävnad exstirperats för diagnostik ges primär radiokemoterapi. Fraktionering och medicinsk behandling sker enligt oropharynxcancer.

### Uppföljning

Radiologisk undersökning med samma metod som primärdiagnostiken tre månader efter avslutad behandling och sedan årligen.

Kontroller var 3:e månad första året på behandlande klinik.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortslasarettet.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortslasarettet.

### **Vårdprocess- vårdnivå-vårdstruktur**

Utredning ska ske enligt Standardiserat Vårdförlopp (SVF) på enhet som har kompetens och resurser att genomföra hela utredningen. Kontaktsjuksköterska/koordinator ska finnas. Alla patienter diskuteras på MDK med undantag för T1 läppcancer (se figur 1).

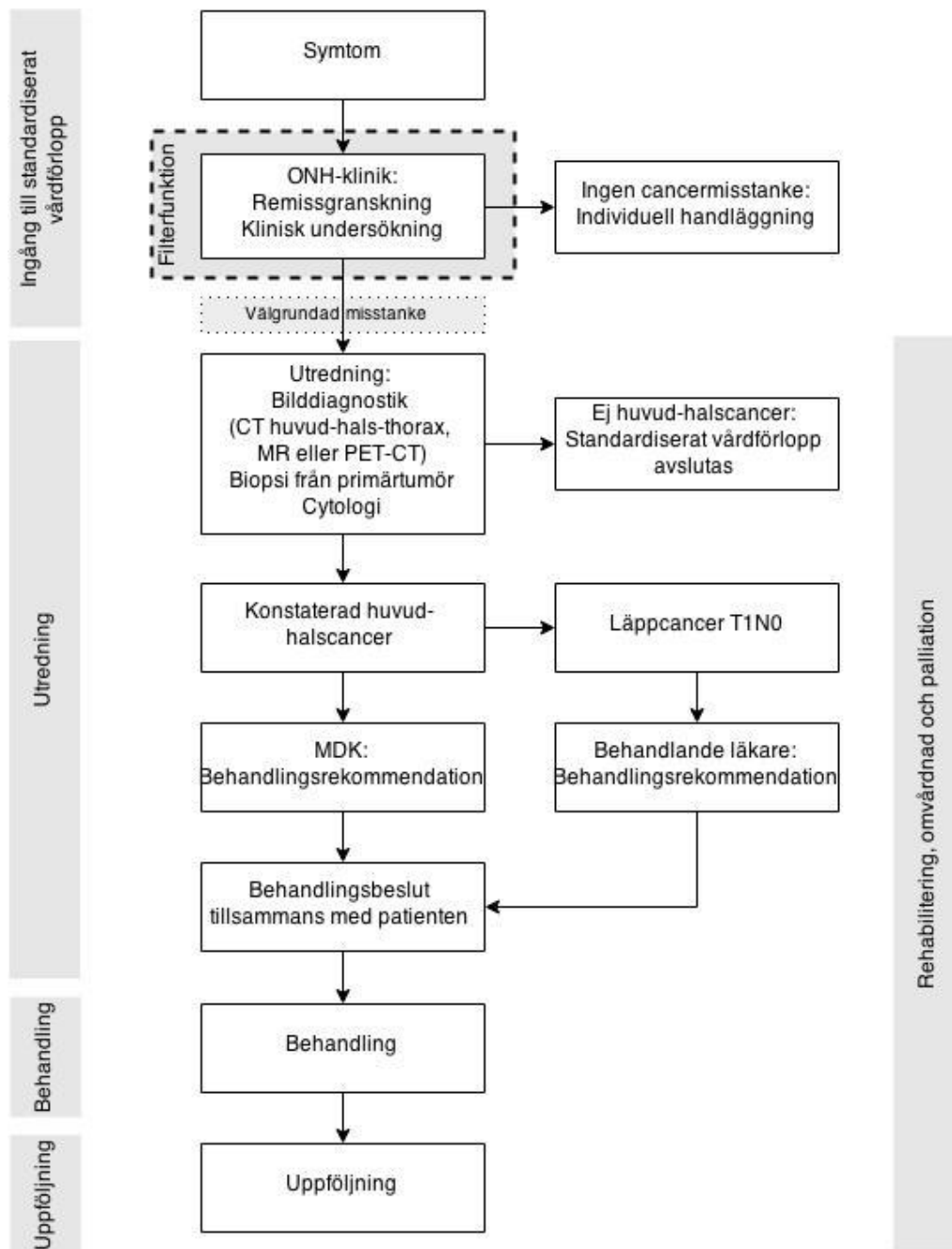
Behandling sker på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) om inte annat beslutas på MDK. Palliativ behandling bör kunna ges på länssjukhusen. Ansvar för rehabilitering ligger på hemortskliniken när man har fått remiss/meddelande om att patienten är färdigbehandlad. Det ska finnas tillgång till kurator, dietist, smärtenhet, sjukhustandvård, logoped, psykolog och sjukgymnast.

### **Uppföljning**

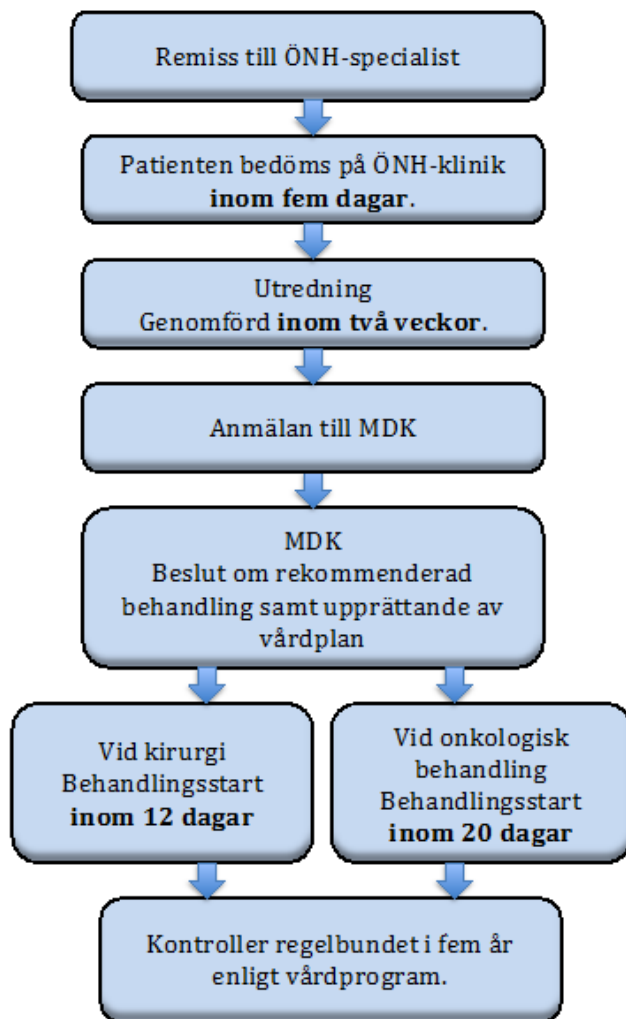
För alla diagnoser gäller att hemortskliniken och kontaktsjuksköterskan ska informeras när patienten är färdigbehandlad.

Uppföljning ska ske enligt riktlinjerna ovan. Registrering sker i Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer (SweHNCR) samt i Elvis avseende de mätpunkter som angivits i SVF.

Figur 1. Standardiserat Vårdförlopp.



### Vårdprocesskarta



Den maximala tiden för vårdförloppet från första besök hos specialist till behandlingsstart för kirurgi respektive onkologi ska vara 30 respektive 38 dagar, enligt standardiserat vårdförlopp.



## Arbetsgrupp

### **Regional processägare**

Jan Nyman, Onkologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Sahlgrenska  
Martin Beran, ÖNH, NU-sjukvården NÄL

### **Representanter från Vårdprocessgruppen**

Ali Adnan, ÖNH, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Sahlgrenska  
Aniko Kovacs, Patologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Sahlgrenska  
Christer Jensen, Radiologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Sahlgrenska  
Edvard Abel, Onkologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Sahlgrenska  
Eva Hammerlid, ÖNH, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Sahlgrenska  
Fredrik Dahllöf, ÖNH, Skaraborgs Sjukhus, Skövde  
Fredrik Ho, ÖNH, Hallands Sjukhus, Halmstad  
Göran Kjeller, Käkkirurgi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Sahlgrenska  
Hedda Haugen, Onkologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Sahlgrenska  
Inger Nilsson, Radiologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Sahlgrenska  
Leif Johansson, ÖNH, Skaraborgs Sjukhus, Skövde  
Magnus Niklasson, ÖNH, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Sahlgrenska  
Malin Börjesson, ÖNH, SÄS  
Marek Olczak, ÖNH, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Sahlgrenska  
Ulrika Dahleman, Kontaktsjuksköterska, ÖNH, SÄS  
Åsa Lenberg, ÖNH, NU-sjukvården NÄL

### **Regionalt cancercentrum väst**

Erik Holmberg, Statistiker  
Malin Samuelsson, Utvecklingsledare vård  
Susanne Amlser Nordin, Administrativ koordinatör