

Behandling av ärenden i vilka hälso- och sjukvårdsdirektören har beslutanderätten enligt av hälso- och sjukvårdsstyrelsen antagen delegeringsordning, 2015-01-28, § 17, punkt 4: Fastställa medicinska riktlinjer och vårdprogram för vård och omvårdnad

§ 2

Regional medicinsk riktlinje lungcancer

Diarienummer HS 118-2016

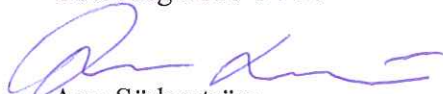
Regional vårdprocessgrupp lungcancer och Regionalt Cancercentrum Väst har utarbetat en regional medicinsk riktlinje angående lungcancer.

Förslaget har tillstyrkts av regionens Program- och prioriteringsråd. Samverkansnämnden i Västra Sjukvårdsregionen har, § 3-2016, tagit beslut om riktlinjen för överlämnande till huvudmännen.

Hälso- och sjukvårdsdirektörens beslut:

1. Regional medicinsk riktlinje enligt bilaga angående lungcancer fastställs.

Göteborg 2016-04-27



Ann Söderström
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Bilaga:

Regional Medicinsk Riktlinje lungcancer

Skickas till:

Samtliga sjukhusdirektörer
Primärvårdsdir Närhälsan
Enhet primärvård, vårdval vårdcentral
Ordförandena i medicinska sektorsråden
Koordinatorer, Koncernstab hälso- och sjukvård
Medicinska rådgivare, Koncernstab hälso- och sjukvård
Peter Lönnroth, Koncernstab hälso- och sjukvård
Nils Conradi, RCC Väst
Malin Samuelsson, RCC Väst
Karin Fröjd, Koncernstab hälso- och sjukvård
Anna Wallman
Avd kvalitetsstyrning, uppdrag och avtal, Leena Ekberg

Diariet

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HSD-D § 2-2016) giltigt till mars 2018
Utarbetad av Regional vårdprocessgrupp Lungcancer

Dokumentinformation

Detta dokument är en regional anpassning av Nationellt vårdprogram (NVP) för lungcancer 2015. Rekommendationer i NVP baseras i sin tur på Nationella riktlinjer, utgivna av Socialstyrelsen 2011, men är mer heltäckande. I RMR konkretiseras generella rekommendationer, och beskrivs organisatoriska förutsättningar för vården i Västra sjukvårdsregionen. RMR har utarbetats av vårdprocessgruppen för lungcancer inom RCC Väst.

Huvudbudskap

Lungcancer är den vanligaste cancerrelaterade dödsorsaken globalt och i Sverige. Lungcancer förorsakas i 80-90% av tobaksrökning och kan förebyggas med effektiv tobaksprevention. Tidig upptäckt är en förutsättning för bot. Kirurgi är den viktigaste kurativa behandlingen, men kan utföras hos endast 15 % av patienterna. Fulldos radioterapi i kombination med kemoterapi kan medföra långtidsöverlevnad hos patienter med lokoregionalt avancerad sjukdom. Majoriteten diagnostiseras med spridd sjukdom, där behandling med cancerläkemedel kan åstadkomma förlängd överlevnad och palliation. En viktig nyhet i NVP 2015 är breddinförande av målriktad terapi, där molekylärpatologisk testning av tumörvävnad kan prediktera vilka patienter som har störst behandlingsnytta. 80 % av patienter med lungcancer avlider inom 5 år i sin sjukdom. Tillgänglighet till god palliativ vård i regionen är avgörande för symtomkontroll och livskvalitet.

Utredning

Lungcancer upptäcks oftast genom röntgen och/eller datortomografi (DT) av lungorna, men kan även debutera med metastasrelaterade symtom eller kliniska fynd. Utredning av misstänkt lungcancer görs på lungmedicinsk enhet för att fastställa diagnos och tumörstadium. För diagnostik och tumörtyponing används WHO-klassifikation av intratorakala tumörer, 4th edition 2015. För stadiindelning används sedan 2010 UICC/IASLC staging system v. 7. Patient med fastställd diagnos lungcancer ska tilldelas kontaktsjuksköterska. Många fall med misstänkt lungcancer får dock efter genomförd utredning en annan diagnos (10-15% annan malignitet, 35-40% benign diagnos).

Utredning av misstänkt lungcancer sammanfattas i bilaga 1. Från maj 2016 ska patienter i VGR med välgrundad misstanke ingå i standardiserat vårdförlopp (SVF).

Om patienten är i ett rimligt gott allmäntillstånd (PS 0-2) och inte har känd fjärrspridning av cancer bör utredningen innefatta PET-DT och bronkoskopi. PET-DT görs oavsett tumörtyper. Om mediastinal stadiindelning är avgörande för behandlingsbeslut (se algoritmen i NVP) används i första hand EBUS (endobronkiellt ultraljud) för transbronkiell provtagning, eller EUS för provtagning via esofagus. EBUS/EUS är under uppbyggnad i regionen, och kan under en övergångsperiod ersättas av mediastinoskopi (tidigare referensmetod) för stadiindelning inför operation. Vid perifer tumörlokalisering kan DT-ledd transthorakal biopsi krävas för diagnostik. DT eller MR av hjärnan görs vid småcellig cancer och inför planerad kemoradioterapi. Vid planerad kirurgi görs en utredning av hjärt- och lungfunktion för preoperativ riskbedömning enl. regionalt PM (bilaga 2). Behandlingsbeslut fattas vid multidisciplinär konferens (MDK).

Om patienten, primärt eller efter påbörjad utredning, visar sig ha metastaserad sjukdom begränsas utredningen till diagnostiska ingrepp (bronkoskopi, pleuraundersökning, metastasbiopsi etc.) för beslut om behandling. Diagnostiken bör innefatta morfologisk subtyponing av tumören, inkl. immunhistokemisk bedömning (se NVP), samt molekylärpatologisk testning, som innefattar bestämning av EGFR-mutationsstatus och ALK-rearrangemang (bilaga 3).

MDK

Beslut om primär behandling bör som regel fattas vid MDK. Framför allt gäller detta beslut om kirurgi, multimodalitetsbehandling, torakal bestrålning, samt behandlingsmetoder under ordnat införande. MDK med möjlighet till videoupkoppling hålls på SU/Sahlgrenska onsdagar med start kl.13.30 (lungonkologisk konferens) och fredagar kl.13.15 (thoraxkirurgisk konferens). Vid lungonkologisk konferens deltar idag lungmedicinare,

onkolog och thoraxradiolog, vid thoraxkirurgisk konferens lungmedicinare, thoraxkirurg, thoraxradiolog och klinisk fysiolog. Båda konferenserna bör utökas med patolog och nuklearmedicinare. Patientansvarig läkare och kontaktsjuksköterska bör om möjligt delta.

Behandling vid icke-småcellig cancer

Vid tumörstadium I och II är kirurgisk resektion förstahandsval hos patienter med tolerans för ingreppet. Kirurgi utförs med kurativ intention enl. riktlinjer i NVP, och bör omfatta systematisk peroperativ mediastinal lymfkörtelsampling för stadieindelning. Vid stadium IB eller högre ges även postoperativ kemoterapi (bilaga 4). Vid stadium I och intolerans för kirurgi kan stereotaktisk strålbehandling (SBRT) övervägas (bilaga 5).

Vid tumörstadium III är kombinationsbehandling med kemoterapi och fulldos thorakal radioterapi förstahandsval. Radioterapi ges som regel till 70 Gy med konventionell fraktionering (bilaga 5). Behandlingen förutsätter gott funktionsstatus (PS 0-2) och acceptabel lungfunktion.

Vid tumörstadium IV och PS 0-2 är palliativ läkemedelsbehandling (bilaga 4) förstahandsval.

Palliativ radioterapi bör övervägas vid symtomgivande tumörväxt. Viktiga indikationer inkluderar manifest eller hotande centralt andningshinder, vena cava superior-syndrom, smärtande skelettmetastaser och CNS-metastaser.

Behandling vid småcellig cancer

Patienter med småcellig lungcancer diagnostiseras ofta med avancerat tumörstadium och är sällan tillgängliga för kirurgisk behandling. Vid tumörstadium I efter komplett utredning, inkl. PET-DT och DT/MR hjärna, kan kirurgisk resektion dock övervägas på samma grunder som vid icke-småcellig cancer.

Vid tumörstadium II och III är kombinationsbehandling med kemoterapi och thorakal radioterapi förstahandsval. Radioterapi ges som regel till 60 Gy med två doser per dag. Behandlingen förutsätter gott funktionsstatus (PS 0-2) och acceptabel lungfunktion.

Vid tumörstadium IV och PS 0-3 är palliativ kemoterapi (bilaga 4) förstahandsval. Vid relapsbehandling bör patienten vara i PS 0-2.

Profylaktisk CNS-bestrålning (PCI) bör övervägas (beslut på MDK) hos patienter som efter induktionsbehandling har partiell eller komplett tumörremission, oavsett initialt tumörstadium. PCI ges ej till patienter med nedsatt funktionsstatus (PS 3-4) eller till patienter med kognitiv funktionsnedsättning.

Liksom vid icke-småcellig cancer bör palliativ radioterapi övervägas vid symtomgivande tumörväxt. Ofta kan man dock avvakta effekten av påbörjad kemoterapi som generellt är bättre vid småcellig cancer.

Palliativ vård och behandling

Oavsett tumörtyp, behandlingssituation och skede av sjukdomen ska patienten erbjudas god palliativ vård efter behov. Grundläggande palliativ vård ska kunna erbjudas på alla vårdenheter och i hemsjukvården. Tillgänglighet till avancerad sjukvård i hemmet och hospicevård bör vara densamma oavsett boendeort.

Palliativ behandling inkluderar adekvat smärtlindring och övrig symtomkontroll. För generella riktlinjer hänvisas till vårdprogram för palliativ vård <http://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/rehabilitering-och-palliativ-varv/palliativ-varv/vardprogram/> Nedan kommenteras några tillstånd och åtgärder vid lungcancer.

Skelettmetastaser

Patienter med symtomgivande eller instabila skelettmetastaser i kotpelare eller långa rörben, och förväntad överlevnad >3 mån bör erbjudas behandling med bisfosfonater, i första hand zoledronat. Denosumab kan övervägas som alternativ vid nedsatt njurfunktion. Behandlingssyftet är att förebygga patologiska frakturer och lindra skelettrelaterad smärta. Behandlingen kan kombineras med palliativ strålbehandling.

Antikoagulationsbehandling

Patienter med lungcancer har en förhöjd risk för tromboembolisk sjukdom. Trombosprofylax med lågmolekylärt heparin eller warfarin bör övervägas vid långvarig immobilisering. Warfarin bör dock undvikas under samtidig

behandling med cytostatika. Patienter med metastaserad lungcancer och manifest eller recidiverande tromboembolisk sjukdom bör ha livslång behandling med lågmolekylärt heparin.

Uppföljning

Patienter som opererats för lungcancer följs på lungmedicinsk enhet, med syfte att detektera tumörrecidiv (ses hos 40-45% av fallen), och att erbjuda patienten psykosocialt stöd under rehabiliteringstiden. Vid tumörstadium IA kan uppföljningstiden begränsas till 3 år, i övriga fall följs patienten i 5 år. Kontrollintervall första året är 3 månader, därefter 6 månader. Kontrollerna innefattar lungröntgen, fysikalisk undersökning och provtagning. DT kan göras vid oklara kliniska eller radiologiska fynd.

Patienter som genomgått kurativt syftande kemoradioterapi följs på Verksamheten för Onkologi (VO) eller på lungmedicinsk enhet på hemortssjukhus (regionfall). Uppföljningen genomförs under minst 5 år, och bör här innefatta DT var 6:e månad för att bedöma lokal tumörkontroll. Efter 5 år beräknas ca 15-20 % av patienterna vara tumörfria, medan övriga får recidiv vid varierande tidpunkter under uppföljningen. Vid recidiv efter primär kemoradioterapi övergår sjukdomen i palliativt skede.

Patienter som genomgått palliativ kemo- eller radioterapi, eller som pga. samsjuklighet eller andra skäl inte erhåller någon antitumoral behandling, följs på lungmedicinsk enhet. Kontrollintervallen anpassas efter individuella behov avseende symtomkontroll. I lugnt skede kan kontrollintervall på 2-3 månader vara rimliga. Kontrollerna innefattar radiologi (lungröntgen och/eller DT), fysikalisk undersökning och provtagning. Vid påvisad tumörprogression kan patienten gå in i nytt behandlingsskede. Vid framskriden sjukdom där ytterligare antitumoral behandling ej är aktuell kan vårdansvaret överföras till enheter för avancerad hemsjukvård, hospice, eller hemsjukvård med stöd av primärvården. Planering av vård i livets slutskede bör ske i nära samråd med patient och närstående.

Psykosocialt stöd

Utöver det stöd ordinarie vårdpersonal, inkl. kontaktsjuksköterska och patientansvarig läkare kan ge bör patienter med lungcancer alltid erbjudas kuratorskontakt. Särskild enhet för psykosocialt stöd finns vid VO för patienter som vårdas på VO. Hänvisar här också till nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering, <http://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/rehabilitering-och-palliativ-var/rehabilitering/vardprogram/> samt regionalt vårdprogram/regionalt medicinsk riktlinje cancervårdsprocessen, <http://cancercentrum.se/vast/vara-uppdrag/vardprocesser/cancervardprocessen/>

Kvalitetsregister

Patienter med diagnos lungcancer ska efter medgivande registreras i nationellt lungcancerregister. Detta görs via IT-plattformen INCA. En grundregistrering görs efter genomförd utredning och beslut om primärbehandling, detta ansvarar utredande enhet för. Uppföljande registreringar görs i samband med varje ny behandlingsintervention, eller minst årligen, samt vid dödsfall, även här ansvar behandlande enhet.

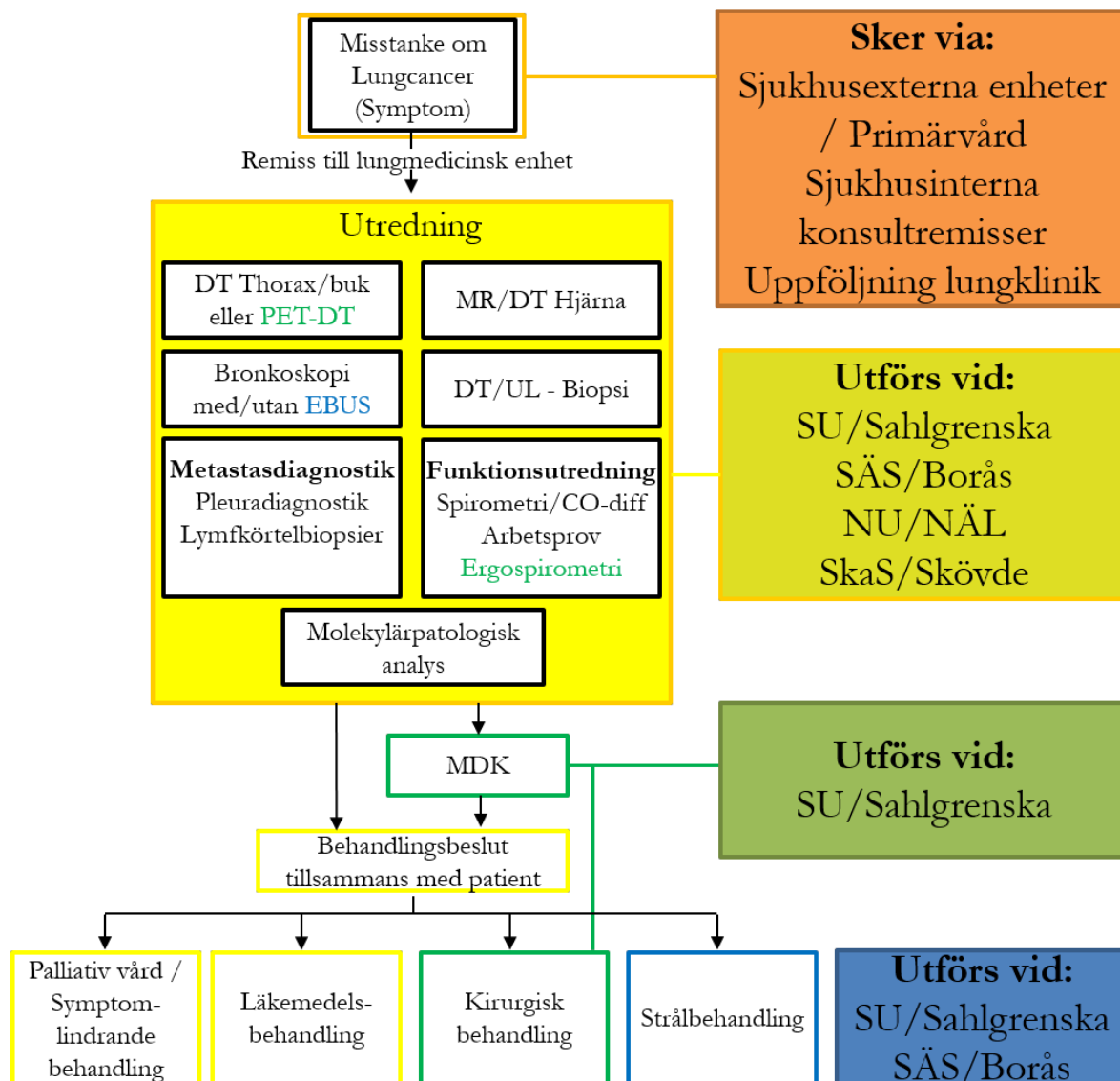
Kvalitetsindikatorer

Se bilaga 6.

Standardiserade vårdförlopp (SVF)

Lungcancer ingår fr.o.m. maj 2016 i nationell satsning i SVF. Övergripande ledtid från dokumentation av välgrundad misstanke till start av behandling anges till max 40-44 dagar, <http://cancercentrum.se/vast/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kortare-vantetider/vardforlopp/>

Processkarta



Arbetsgrupp

Regionala processägare,

Bengt Bergman, överläkare, lungmedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Jan Nyman, överläkare, Verksamhetsområde för Onkologi (VO), Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Representanter ifrån vårdprocessgruppen,

Fredrik Enlund, docent, sektionen för Genanalys och Cytogenetik, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Per Torstensson, överläkare, medicinkliniken, Skaraborgs sjukhus, Skövde
Jan Olofsson, överläkare, lungmedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Mona Gilleryd, överläkare, lungmedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Hillevi Rylander, överläkare, Verksamhetsområde för Onkologi (VO), Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Johan Fredén-Lindkvist, radiolog, thorax och skelettradiologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Per Nivedahl, klinisk fysiologi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Aziz Hussein, patolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Tomasz Izycki-Herman, överläkare, medicinkliniken, Södra Älvsborgs sjukhus, Borås

Mercedes Niklasson, överläkare, lungmedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Bo Pedersén, överläkare, medicinkliniken, NU-sjukvården, NÄL

Andreas Hallqvist, överläkare, Verksamhetsområde för Onkologi (VO), Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Ulf Svensson, chefsläkare, Primärvården, Närhälsan

Lisbeth Denbratt, thoraxradiolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Martin Silverborn, thoraxkirurg, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Akif Demir, patolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Catharina Dellborg, överläkare, lungmedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Jeanette Gunnarsson, kontaktsjuksköterska lungmottagningen, Skaraborgs sjukhus, Skövde

Marica Persson, sjuksköterska, thoraxkirurgen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Annika Karlsson, kontaktsjuksköterska, lungmottagningen, Södra Älvsborgs sjukhus, Borås

Eva Quant, forskningssjuksköterska, lungonkologisk mottagning, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Anna-Lena Bjurheim, kontaktsjuksköterska, Verksamhetsområde för Onkologi (VO), Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Ulla André-Brändmark, sjuksköterska, lungmottagningen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Maria Rahl, kontaktsjuksköterska, lungmottagningen, Södra Älvsborgs sjukhus, Borås

Malin Hjelm, kurator, lungmottagningen, Södra Älvsborgs sjukhus, Borås

Ewa Gustafsson, kontaktsjuksköterska, lungmottagningen, NU-sjukvården, NÄL
Karine Tveiten, patientrepresentant

Leine Persson, patientrepresentant

Regionalt cancercentrum väst

Marie Boëthius, utvecklingsledare vård

Susanne Amsler-Nordin, administrativ koordinator

Leyla Nunez, statistiker

Bilagor

1. Algoritm för lungcancerutredning
2. PM Preoperativ funktionsbedömning
3. PM Molekylärpatologisk testning
4. PM Läkemedelsbehandling
5. PM Radioterapi
6. Kvalitetsindikatorer

Regionala medicinska riktlinjer utarbetas på uppdrag. Riktlinjer fastställs efter avstämning med regionens berörda förvaltningar, regionala sektorsråd, rådsfunktioner, terapigrupper och Program- och prioriteringsrådet.