

## Kolorektal onkologi i sydöstra sjukvårdsregionen Anpassning och vägledning

### Primär EJ metastaserad sjukdom

**Primärt icke exstirpabel (kolo-)rektal cancer där operation bedöms möjlig om tumörreduktion kan nå ("ugly")**

Neo-adjutant onkologisk behandling:

- Strålning ges upp till 50 – 50,4 Gy i 2 – 1,8 Gy fraktioner (se nationellt vårdprogram) i kombination med Capecitabin.
- till biologiskt äldre patienter samt de med komplicerande sjukdom 5 x 5 Gy med ställningstagande till fördröjd operation

Utvärdering med CT thorax/buk och MR rektum utförs 6-8 veckor efter avslutad strålbehandling (var god se VP 2016 "organbevarande behandling" )

**Exstirpabel men lokalt avancerad rektal cancer, cT3-4 eller N+ ("bad")**

Neo-adjutant onkologisk behandling

- Preoperativ radioterapi med 5 Gy x 5 under 1 vecka och direktoperation inom 10 dagar efter strålbehandlingsstart alternativt operation efter (4-) 6 veckor (Stockholm III studieresultat)

### Adjuvant Behandling

Adjuvant onkologisk behandling bör startas inom 6-8 (ej efter 12 veckor) veckor postoperativt. Bedömning av indikation utförs på histopatologisk bedömning i kombination med riskfaktorer (vg se VP 2016 "adjuvant cytostatika"). Analys av MSI rekommenderas för ytterligare viktning av riskfaktorer. Evidens för tillägg av Oxaliplatin begränsad för patienter över 70 år. För patienter som erhållit neo-adjutant konkomittant radiokemoterapi inför rektal-canceroperation är evidens för adjuvant behandling mera osäkert och bör övervägas individuellt

För kombinationsbehandlingar kan vid staging  $\leq$  pT3N1 kortare behandlingsintervall (3 mån) övervägas,

För Fluorouracil singel, stadium T4 och/ eller N2 rekommenderas fortsatt 6 mån.

## **Radikalt exstirperad koloncancer stadium II utan riskfaktorer eller rektalcancer stadium II-III utan riskfaktorer**

Ingen adjuvant behandling

## **Radikalt exstirperad koloncancer stadium II med riskfaktorer eller stadium III, samt rektalcancer stadium III med riskfaktorer**

PS 0-1, flera riskfaktorer:  
Xelox eller FOLFOX

PS 2 eller PS 0–2 med interkurrenta sjukdomar och/eller få riskfaktorer:  
Capecitabin eller 5 FU singel

## **Primärt resektabel metastaserad kolorektal cancer**

Syftet med peri-operativ onkologisk behandling är att minska frekvensen recidiv och förlänga sjukdomsfri överlevnad. Inför val av behandling utförs analys av RAS och BRAF mutationsstatus.

PS 0-1:

- XELOX 3 (-4) kurer eller FOLFOX 4 kurer preoperativt → operation(er) → eventuellt adjuvant cytostatika vid primär respons och i frånvaro av recidiv.

PS 2 eller PS 0-2 med interkurrenta sjukdomar t ex diabetes, neuropati

- Capecitabin 3 kurer preoperativt → operation(er) → eventuellt adjuvant cytostatika vid primär respons och i frånvaro av recidiv

Adjuvant behandling efter metastaskirurgi:

- Postoperativ adjuvant behandling med samma cytostatikaregim, totalt 6 mån (om preoperativ respons uppnåddes)

## Primärt icke-resektabel metastaserad kolorektal cancer

Syftet med onkologisk behandling är att lindra symtom, förlänga överlevnad och ge förutsättningar för värdering av kirurgi. Potentiellt konverterbara patienter (god respons på behandling) tas utan dröjsmål upp på MDK.

### PS 0-1, BRAF och RAS ej muterat

EGFR hämmare eller Bevacizumab + endera av XELIRI, FOLFIRI, FLIRI, FOLFOX, FLOX eller XELOX under 2 mån → utvärdering inför operationsställningstagande. Capecitabin-regim och Flox bör pga bristande evidens inte kombineras med EGFR-hämmare.

### PS 0-1, BRAF och/ eller RAS muterat:

Bevacizumab + endera av XELIRI, FOLFIRI, FLIRI, FOLFOX, FLOX eller XELOX under 2 mån → utvärdering inför operationsställningstagande

### PS 2, PS 0-2 med interkurrenta sjukdomar:

Capecitabin singelbehandling 2–3 mån → utvärdering inför operationsställningstagande

För patienter med högrisktumörer och gott PS kan trippelbehandling ad modum Folfoxiri övervägas. Behandlingen kan vara aktuell i tidigt skede där konvertering åsyftas. Behandlingsrespons utvärderas efter 2 mån.

## Adjuvant behandling efter metastaskirurgi

- ges med samma cytostatikaregim (utan MAB) under totalt 6 mån (om preoperativ respons uppnåddes)

**Sjukdomsrecidiv efter kurativ behandling kräver förnyad bedömning på MDK**

## Palliativ behandling

### Generellt:

Personcentrerad vård med individuell bedömning avseende behandlingsintensitet eftersträvas för patienter i palliativ behandlingsskede:

### Om inte kombinationskemo bedöms lämplig/möjlig

Palliativ behandling med cytostatika (5-FU-baserad behandling enbart, 1:a linjen)

- Capecitabin/ 5 FU singel +/- Bev

**Patient med stor tumör och/eller -symtombörda, aggressivt förlopp eller hotande metastaslokalisering där snabb respons eftersträvas:**

### 1:a linjen

PS 0-1, inga andra sjukdomar

- Kombination ges med endera av XELIRI, FOLFIRI, FLIRI, FOLFOX, FLOX eller XELOX

PS 0-1, utan påtaglig toxicitetsrisk, RAS och BRAF **ej** muterat

- EGFR-hämmare eller Bev selektivt + endera av XELIRI, FOLFIRI, FLIRI, FOLFOX, FLOX eller XELOX (Capecitabin-regim och Flox bör pga bristande evidens inte kombineras med EGFR-hämmare)

PS 0-1, utan påtaglig toxicitetsrisk, RAS eller BRAF muterat

- Bev selektivt + endera av XELIRI, FOLFIRI, FLIRI, FOLFOX, FLOX eller XELOX

### 2:a linjens behandling

Fortsatt palliativ behandling med cytostatika med valfri och individanpassat val av monoklonal antikropp (MAB) kan övervägas vid terapivikt i första linjen. Var god se flödesschema.

### 3:e linjens behandling

med cytostatika och/eller eventuellt EGFR hämmare

(RAS/ BRAF ej muterat) ges restriktivt och företrädesvis de patienter som responderat på tidigare behandlingskombinationer, har tumorsymtom samt både ork och vilja att fortsätta terapin.

**Kommentar:**

Vid stabil sjukdom/ respons efter 4-6 månaders induktionsbehandling kan maintenance-behandling Cap/5 FU +/- Bev (om Bev används i induktion) övervägas som alternativ till behandlingspaus.