

19. Palliation – kræftrelateret palliativ behandling

Lars Bastholt, Henrik Schmidt, Inge Marie Svane, Julie Gehl, Caroline A. Gjørup, Krzysztof T. Drzewiecki
Ansvarlig: Lars Bastholt. Opdateret: 14-11-2013

Palliativ behandling defineres af Verdenssundhedsorganisationen (WHO) som en indsats, der har til *”formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art”*.

Den palliative indsats bør ved behov igangsættes tidligt i behandlingsforløbet og ikke først når kurativ behandling er opgivet.[1]

Palliativ behandling er en multidisciplinær opgave. Indsatsen koordineres i mange tilfælde af palliative teams fra hospitalerne med udgående funktion og med støtte fra kommunen.

Symptomer, som søges lindret, kan være relateret til voksende cancer eller bivirkninger til behandling. Symptomer er oftest både fysiske og psykosociale. En dansk spørgeskemaundersøgelse omfattende 977 cancerpatienter i stadium 3 eller 4 har vist, at 57 % lider af træthed, 51 % nedsat rollefunktion (arbejde og fritid), 48 % har søvnbesvær, 39 % har smerter og 37 % vejrtrækningsproblemer.[2] En skandinavisk og en dansk undersøgelse relateret til melanom, har vist at patienterne har en emotionel krise, emotionel ubalance, soveforstyrrelser og angst.[3] Mindre end 10 % havde kroniske smerter og 1/3 sensibilitetsforstyrrelser sv.t. de opererede områder.[4] Angst, depression, stress og uro kan ses i alle stadier af melanom.[5]

Knoglemetastaser

Radioterapi spiller en vigtig rolle i forbindelse med palliation af symptomgivende knoglemetastaser hos melanompatienter. Som regel foretrækkes et kort intensivt stråler regime og god palliation kan påregnes hos ca. 2/3 af patienter, afhængig af lokalisering og tumorbyrde. 60-75 % af patienter med smertegivende knoglemetastaser vil have gavn af palliativ strålebehandling. Dosis og antal fraktioner kan variere og gives iht. lokale retningslinier.

Hjernemetastaser

Omkring halvdelen af patienterne med metastaserende melanom udvikler hjernemetastaser. Disse vil i mange tilfælde føre til en markant forringelse af deres livskvalitet. Patienter med solitære

hjernemetastaser påvist på MR scanning bør vurderes mht. kirurgi eller stereotaktisk strålebehandling.[6, 7] Der bør foretages multidisciplinær vurdering idet lokalisation er afgørende for om kirurgi kan gennemføres uden stor morbiditet/mortalitet, mens den stereotaktiske strålebehandlings begrænsninger primært er tumors størrelse (max 3-4 cm).

Patienter med multiple metastaser (≥ 3 metastaser) bør vurderes onkologisk. Patienter med svære symptomer bør umiddelbart starte med højdosis steroid og tilbydes palliativ helhjerne-strålebehandling. Behandlingsregime kan ligeledes variere og gives iht. lokale retningslinier. Patienter med begrænsede symptomer bør vurderes mht. systemisk antineoplastisk behandling. Der er stigende grad af evidens for at systemisk antineoplastisk behandling virker lige så godt på hjernemetastaser som på extracerebrale metastatiske manifestationer.[8, 9]

Kutane metastaser

Kutane metastaser kan forårsage smerter og blødning. Multidisciplinær vurdering (kirurger og onkologer) er af stor vigtighed for at sikre den enkelte pt det bedste behandlingstilbud. De seneste års store fremskridt indenfor medicinsk behandling gør det specielt vigtigt med denne tværfaglighed.

Den primære palliative behandling er kirurgisk. I tilfælde hvor kirurgi ikke er muligt på grund af tumorstørrelse, udbredelse eller patient hensyn kan strålebehandling eller elektrokemoterapi anvendes.

Elektrokemoterapi er en engangsbehandling og der opnås lokalt komplet tumorsvind i 68 – 88 % af tumorer med størrelse op til 3 cm.[10-12] Elektrokemoterapi kan anvendes i tidligere strålebehandlede områder. Patienter kan henvises til Onkologisk Afdeling på Herlev Hospital.

Andre metastatiske lokalisationer

Også hos denne patientgruppe er den multidisciplinære vurdering (kirurger og onkologer) af stor vigtighed for at sikre den enkelte pt det bedste behandlingstilbud.

Patienter med oligometastatiske manifestationer (≤ 2 metastaser) i et organ, bør vurderes multidisciplinært med henblik på eventuel lokal behandling. Både kirurgi og stereotaktisk radioterapi bør indgå i de terapeutiske overvejelser.[13, 14]

Tabel 19a. Evidens for palliativ behandling	Evidensniveau	Referencer
Strålebehandling yder god smertelindring hos patienter med knoglemetastaser fra melanom	IV	7

Strålebehandling yder god symptomlindring hos patienter med symptomgivende hjernemetastaser fra melanom	IV	7
Medicinsk behandling kan anvendes til behandling af patienter med begrænsede symptomer fra cerebrale metastaser fra melanom	III	8, 9
Stereotaktisk strålebehandling kan anvendes som alternativ til kirurgi ved ekstrakranielle oligometastatisk melanom	III	13
Engangsbehandling med elektrokemoterapi af kutane metastaser forårsager effektivt tumorsvind	III	10, 11
Engangsbehandling med elektrokemoterapi af kutane metastaser forårsager hæmostatisk effekt	IV	10, 12
Angst, depression, stress og uro kan ses i alle stadier af melanom	III	5
Melanompatienter har ofte et ikke opfyldt behov for psykosocial støtte vedr. frygt for recidiv og metastasering, angst samt usikkerhed om fremtiden	III	1

Tabel 19b. Anbefalingsgrader for palliativ behandling	Anbefalingsgrad
Strålebehandling yder god smertelindring hos patienter med knoglemetastaser fra melanom	A
Strålebehandling yder god symptomlindring hos patienter med symptomgivende hjernemetastaser fra melanom	A
Medicinsk behandling kan anvendes til behandling af patienter med begrænsede symptomer fra cerebrale metastaser fra melanom	B
Stereotaktisk strålebehandling kan anvendes som alternativ til kirurgi ved ekstrakraniell oligometastatisk melanom	B
Engangsbehandling med elektrokemoterapi af kutane metastaser forårsager effektivt tumorsvind	A
Engangsbehandling med elektrokemoterapi af kutane metastaser forårsager hæmostatisk effekt	A

Reference List

1. White K, D'Abrew N, Katris P, O'Connor M, Emery L. Mapping the psychosocial and practical support needs of cancer patients in Western Australia. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2012; **21**(1): 107-116.
2. Johnsen AT, Petersen MA, Pedersen L, Groenvold M. Symptoms and problems in a nationally representative sample of advanced cancer patients. *Palliat Med* 2009; **23**(6): 491-501.

3. Bergenmar M, Mansson-Brahme E, Hansson J, Brandberg Y. Surgical resection margins do not influence health related quality of life or emotional distress in patients with cutaneous melanoma: results of a prospective randomised trial. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2010; **44**(3): 146-155.
4. Hoimyr H, von Sperling ML, Rokkones KA, Stubhaug A, Finnerup K, Jensen TS *et al.* Persistent pain after surgery for cutaneous melanoma. *Clin J Pain* 2012; **28**(2): 149-156.
5. Kelly B, Raphael B, Smithers M, Swanson C, Reid C, McLeod R *et al.* Psychological responses to malignant melanoma. An investigation of traumatic stress reactions to life-threatening illness. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; **17**(2): 126-134.
6. Sperduto PW, Chao ST, Sneed PK, Luo X, Suh J, Roberge D *et al.* Diagnosis-specific prognostic factors, indexes, and treatment outcomes for patients with newly diagnosed brain metastases: a multi-institutional analysis of 4,259 patients. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2010; **77**(3): 655-661.
7. Tarhini AA, Agarwala SS. Management of brain metastases in patients with melanoma. *Curr Opin Oncol* 2004; **16**(2): 161-166.
8. Dummer R, Rinderknecht J, Goldinger SM, *et al.* An open-label pilot study of vemurafenib in previously treated metastatic melanoma patients with brain metastases. ASCO. 29, 8548. 2011.

Ref Type: Conference Proceeding

9. Weber JS, Amin A, Minor D, Siegel J, Berman D, O'Day SJ. Safety and clinical activity of ipilimumab in melanoma patients with brain metastases: retrospective analysis of data from a phase 2 trial. *Melanoma Res* 2011; **21**(6): 530-534.
10. Kee S, Gehl J, Lee E. *Clinical Aspects of Electroporation*. New York, USA: Springer, 2011.
11. Marty M, Sersa G, Garbay JR, *et al.* An easy, highly effective and safe treatment of cutaneous and subcutaneous metastases: Results of ESOPE (European Standard Operating Procedures of Electrochemotherapy) study. 4[Ejc Supplements], 3-13. 2006.

Ref Type: Generic

12. Matthiessen LW, Chalmers RL, Sainsbury DC, Veeramani S, Kessell G, Humphreys AC *et al.* Management of cutaneous metastases using electrochemotherapy. *Acta Oncol* 2011; **50**(5): 621-629.
13. Rusthoven KE, Kavanagh BD, Burri SH, Chen C, Cardenes H, Chidel MA *et al.* Multi-institutional phase I/II trial of stereotactic body radiation therapy for lung metastases. *J Clin Oncol* 2009; **27**(10): 1579-1584.
14. Velu PP, Cao C, Yan TD. Current surgical management of melanoma metastases to the lung. *J Thorac Dis* 2013; **5**(Suppl 3): S274-S276.