

Regionalt processmöte vulva/cervix 231117

Närvarande: Edvin Andersson, Anders, Henrik Leonhardt, Nina Hautanen, Katja Stenström-Bohlin, Anna-Maria Boëthius, Mari Henriksson-Näsman, Claudia Mateiou, Karin Bergmark, Josefin Stenqvist

- Vi går igenom föregående protokoll och kommenterar:
 - Situationen på onkologen SU: Ytterligare en ny kollega på onkologen Sahlgrenska. Caroline kommer att jobba halvtid SU, halvtid i Uddevalla. Hon läser också vidareutbildningen till sexolog för tillfället. Linn Söderlund Diaz är nu upptränad på brachyn så att de är två som kan utföra dessa. Karin Bergmark kommer troligen opereras 21/11.
 - Respektive RMR ligger nu under respektive diagnos, på regionspecifikt innehåll, Regionala medicinska riktlinjer (rubrik) finns länk (cancersjukdomar...) så det ska bli lättare att hitta på RCC:s hemsida. Går också att googla.
 - Diskussion kring att stadieindelning står under rubriken "Tumörklassificering" i vårdprogrammet. Önskemål att detta ändras till "Stadieindelning".
 - På våren sammanställer föregående års siffror för våra diagnoser, så har vi gjort en genomgång inför processturnén.
 - Tekniken kring MDK fungerar bättre.
- RCC informerar:
 - Nina kommer ta över RCC-s uppdrag i denna grupp efter Edvin i årsskiftet.
 - Det pågår en utredning kring omorganisation av RCC väst. Först planerades att hela RCC skulle förläggas under SU i samband med Sahlgrenska Comprehensive Cancer Center. Man har nu insett att det blir problem med kvalitetsregister och ägande av uppgifter i detta, varför statistiker och de som arbetar med registren kommer att ligga kvar på koncernkontoret under IT/dataanalys. Det är dock fortfarande många frågetecken. T.ex. kring om RCC hamnar under en områdeschef, verksamhetschef eller annat. Även svårigheter kring representation ut mot övriga RCC i landet. RCC kommer fortsatt ha samma uppdrag som tidigare.
 - Kraftens hus har nu öppnat i Göteborg. Tipsa gärna patienter om detta, är för alla cancerberörda. Man kan läsa mer på Kraftens hus på deras hemsida. <https://goteborg.kraftenshus.se>
 - Julinternatet 7-8 december har inte många anmällda.
- Utbildningsdag för vulvacancer blir 17 maj -24. SU håller i det denna gång. I nuläget är Stammen bokad för detta. Eventuellt byter vi datum för att hitta en bättre lokal. Temat denna gång är "Svåra fall".
- Anders redogjorde för SHAPE-studien.
 - Ännu inte publicerad, presentationen bygger på abstract och en presentation från ASCO (drogs även på ESCO och IGCS). Randomiserad studie, jämför radikal hysterektomi och enkel hysterektomi vid stadium 1A2 och 1B1 (<2cm). PFS, OS och QoL med en treårsuppföljning. 50% skopi, 25% robot, 25% tomi. Lokala recidiv 2,2 (rad hyst) respektive 2,5% (enkel hyst) vid tre år. 700 patienter på 130 center över sju år. Konklusion - det är inte sämre PFS/OS med enkel hysterektomi och klart mindre komplikationsfrekvens. Avslut 31/12 - förhoppningsvis även publicerad under december. ConCerv och Lesser är

liknande prospektiva studier i Texas respektive Brasilien som visar på samma resultat.

- Karin berättar om fyra nya studier, ännu inte publicerade, se även bifogad ppt.
 - INTERLACE-studien. Car-Pak innan start av radio-kemoterapi (som en induktionsbehandling, liknande neoadjuvant behandling med sex veckovisa kurer, ofta ej VMAT-strålning i studien) som ger en ökad 5-års OS med 8% och PFS med 9%, med minskad risk för fjärrmetastaser. Dock 60% lokalrecidiv. Behandlingen är dessutom förhållandevis billig och redan tillgänglig. Diskussion i nationella cervixgruppen 231110 om hur vi ställer oss till detta, om det är en behandling som i framtiden kan rekommenderas till patienter i riskgrupp för att utveckla fjärrmetastaser (t ex körtlar högre upp i buk på PET-CT). Kombinationskunskap med Embrace-studien och immunoterapier för att skraddarsy behandlingen till individuella patienter. Ligger tryck på att införa detta snabbt. Kanske snarare något att satsa på i utvecklingsländer där man inte har samma möjligheter att ge immunterapi och VMAT.
 - Keynote A18 - Pembro (PD-L1-hämmare) kontra placebo i tillägg till radio-kemo visar positiv trend för PFS och OS. Ffa på högriskpatienter. 1B2 - IVA (LN+) enligt förra stadieindelningen. Både VMAT och 3DCRT med 70 Gy mot tumören (vi ger gärna uppemot 90Gy). 10,3% ökad PFS efter 24 månader. Förbättrad OS 6,4% efter 24 månader. Ger inte speciellt mycket mer biverkningar när Pembro lagts till. Recidiv av cervixcancer - platinum+taxane ger OS 12,9 månader, tillägg av Avastin ger OS 17,5 månader, tillägg av Pembro ger OS 28,6 månader.
 - BeatCC - Primärt avancerad eller recidiverad sjukdom som tillsammans med radio-kemo med Avastin samt underhållsbehandling med immunterapi (Atezolizumab istället för Pembro) (PD-L1-hämmare) som också visar ökad PFS och OS. Carboplatin och Cisplatin verkar ha likvärdig effekt - man kan välja det minst toxiska. Visat på 3,3 månaders ökad PFS.
 - Innova TV - test av ny andra linjens behandling Tisosumab vedotin (Tivdak), antikropps-konjugat med en monoklonal antikropp, som visat en dryg månads förlängd PFS men är väldigt toxisk och dyr. Närmare hälften får ickereversibla ögonbiverkningar och 25% får neuropatier.
 - Gällande Keynote och INTERLACE inväntar vi artiklar för resultat innan vi nationellt tar beslut om huruvida vi ändrar rekommendationerna för behandling i Sverige.
- Urinvägsbesvär efter bäckencancer - utbildning - filmer från en utbildningsdag. Diskussion kring tryckkammarbehandling som en preventiv behandling för att förebygga strålskador på bäckenorgan. Eventuellt studie på gång. https://rise.articulate.com/share/xTGF1_UVluJymM_uqp-GlbiCVhh3ls2w#/
- Josefin presenterar vad som är nytt i omvårdnadsgruppen - MVP där corpuscancer snart startar upp och om den nationella omvårdnadsgruppen som sitter gemensamt med omvårdnadsdelen av alla gyncancervårdprogram.
- Claudia redovisar från Patologen, se även bifogad ppt.
 - Januari till oktober har 22 eftergranskningsfall på vulvacancer kommit in, varav sex gått till hudteamet pga melanom eller dermatiter.
 - Det har kommit nya rekommendationer kring hur man bedömer invasionsdjup av vulvatumörer. Man går ifrån att mäta från ytligaste delen av närmast

liggande dermala papill och den alternativa (nya) metoden är att mäta från lägsta punkt på närmaste retetapp. Studier har nu visat att detta ger en bättre bild av prognosen på sjukdomen och att man gör färre lymfkörtelutrymningar och därmed lägre morbiditet av behandlingen. Det finns svårigheter i att veta hur man ska mäta beroende på hur preparatet är taget, snittat och hur tumören växer. Vid en genomgång av alla fall i Skåne blev stadiindelningen i stort detsamma med nya metoden att mäta, någon blev till och med bedömd som ett högre stadium. Det ger alltså inte någon stor förändring i vilken behandling patienterna får.

- Silvasystemet - en klassifikation av invasionsmönster vid endocervicalt adenocarcinom. Tre mönster:

A - pushing border, ingen stromalreaktion ingen LVSI

B - kan ha kärlinvasion, fokalt stromalreaktion, inflammation

C - Mer utbredd invasion, stromalreaktion i tumören, oftast LVSI. Låg differentiering.

Mönster A och B utan LVSI ger bättre prognos, lägre risk för lymfkörtelmetastas. För att kunna använda Silvaklassifikation krävs att man har hela tumören radikalt exciderad och kan se tumörens gränser, annars går det inte att skilja mellan mönster A och B. C kan man bedöma även om tumören inte är radikalt exciderad. Hittills har vi börjat använda det när vi bedömer huruvida man behöver lymfkörtelutrymma patienten eller om det räcker med SN.

- Kvalitetsregistret

- Diskussion kring vilka variabler som finns med, vilka är av värde, vem registrerar vad? dVIN i resektionsranden, p53, p16 samt HPV association är tillagt i registret. dVIN i resektionsranden - ska registreras vid den sista operationen om pat genomgår flera resektioner. I Danmark har man numer 1mm marginal för radikal operation vid HPV-associerad vulvacancer, då dessa har bättre prognos. Idag har vi generellt 5mm marginal på all vulvacancer. Gällande cervixcancer finns det tumörer (ofta lågt differentierade) som ej uttrycker HPV, men de är ändå HPV-associerade. Tyvärr sämre prognos.
- Vi registrerar inte Mb Paget eller basaliom i INCA.
- SNOMED-kod sätts av patolog, registreras i INCA av "Erika och gänget".
- Viktigt att vi får invasionsdjup vid tidiga (osäkra) fall med eventuell övergång från dysplasi till cancer. Viktigt att skriva om det är svårbedömt, så kan dessa skickas för eftergranskning. Kommunicera gärna ut detta till gynpatologer i regionen.
- Diskussion avseende MR och vulvacancer. Bra om man vill klargöra om inväxt i t ex uretra eller analsfinkter, men sämre om den är exofytisk. Kan se ut som den växer på uretra, men egentligen bara trycks mot uretra. Diskussion kring patientens läge (försöka ligga isär med benen) i samband med MR samt om man ska använda vaginalgel. Små åtgärder skulle potentiellt kunna göra stora skillnader för hur väl vi ser på undersökningen.

LUNCHPAUS!

- Katja redogör för våra svenska vulvacancerstudier

- SNEX Sentinel Node EXTended är publicerad. Kan vi utvidga indikationerna för att använda SN? Inkluderade 64 patienter hade vulvatumör ≥ 4 cm, recidiv eller multifokal cancer och utan kliniska symtom på spridd sjukdom. Man fann SN i 95% av fallen. 55% hade metastaser och 86% hade bara metastas i SN. Inga falska negativa. I 26% av fallen bara ITC. I 25% av fallen där man inte

hade upptag av 99Tcm fanns ändå metastas i körteln. 1 SN (1 körtel) tar ca 10-15 minuter att analysera för patologerna. ITC hittas via immunfärgningen. På en SN görs 6 snitt och man immunfärgar alltid, annars görs 2 snitt på en körtel och immunfärgning görs bara vid misstänkt utseende. Metastaser sitter oftast i periferin subkapsulärt i körteln.

- PROVE - PROspective Vulvar Cancer Evaluation - QoL-studie, 105 kvinnor fyllde i alla enkäter. Hög nivå av anxiety preop, 30% hade anxiety efter ett år. Låg grad av depression. Dessa studier är Diana Zachs studier och del i hennes avhandling.
- Många kvalitetsindikatorer/uppföljningsmått, revidering pågår. Går igenom de som finns i NVP och de nominerade nationella kvalitetsindikatorerna. Vi tittar på ett exempel av flödesschema som finns i bilagorna i NVP.
- Rapport från vårdprogramsordförandemötet:
 - Röntgen - Det har skett en kraftig ökning av antalet undersökningar per invånare i åldersgruppen 75-79 år. Hur mycket onödiga undersökningar görs när det upptäcks bifynd vid initial undersökning? Henrik L informerar om utvecklandet av en rutin för när man ska rekommendera gynkonsult när CT gjorts på icke-gyn-indikation. Positiva med fler röntgen undersökning är att vissa typer av cancer upptäcks tidigare, t.ex. njurcancer, som hittas som bifynd.
 - Vårdprogramsgруппerna har fått utbildning i GRADE-systemet, som dock anses vara alltför omfattande för att kunna utföras på varje frågeställning och därför inte rekommenderas i vårdprogrammen. GRADE kan användas vid vissa mer specifika frågeställningar och SBU kan vara behjälpliga med detta. Sällan aktuellt på strål-och kirurgistudier.
 - Enkät (som pop-up på RCC:s hemsida) om hur vårdprogrammen används. Förhoppningsvis kommer sammanställning av enkäten i december.
- Vårmetet alltid fredagen innan Valborg som riktlinje. Alltså 26/4 -24. Höstmötet planerat till 15/11 -24 (fast Karin B kan inte 22/11 istället?). Gynonkforum 1 mars -24.