

Palliativ behandling

Systemisk behandling, strålebehandling og støttebehandling

Når, hvorfor og hvordan

Cecilie Delphin Amdal MD, PhD
Overlege ved Avdeling for kreftbehandling
Oslo universitetssykehus HF

OnkoLis 02.02.2018

Palliasjon og palliativ behandling

Pallium (Latin)

- kappe
- verne mot ondskap

Palliasjon

Tiltak for å **bedre livskvaliteten** til pasienter **og deres familier** som står overfor livstruende sykdom ved å **forebygge og lindre** deres plager gjennom å **tidlig** identifisere, vurdere og behandle smerte og andre symptomer av **fysisk, psykososial og spirituell** karakter

WHO, 2002, 2011



Palliasjon

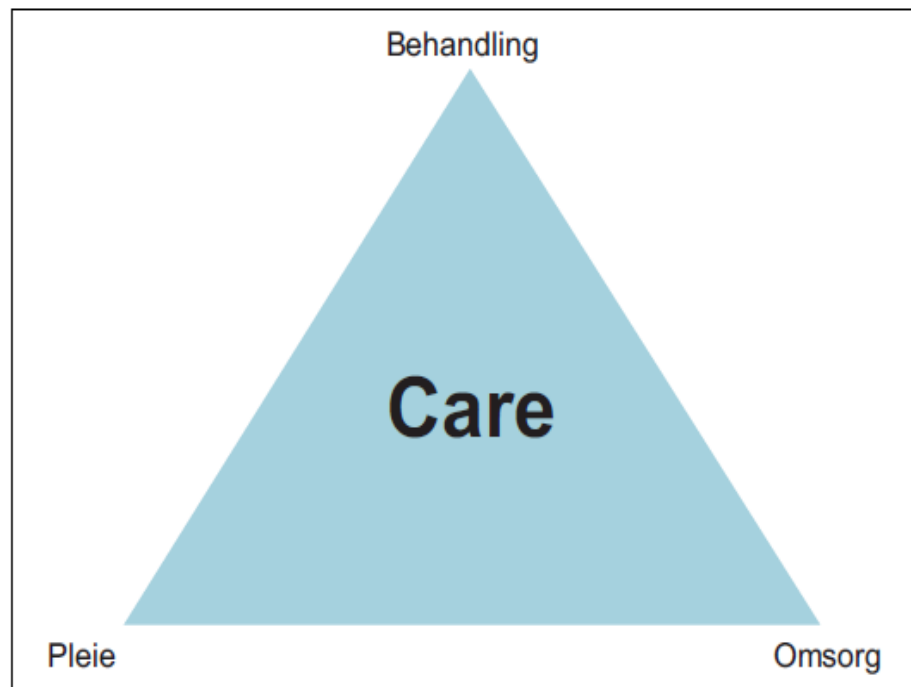
NOU

Norges offentlige utredninger **2017: 16**

På liv og død

Palliasjon til alvorlig syke og døende

Utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon 11. mai 2016.
Avgitt til Helse- og omsorgsdepartementet 20. desember 2017.

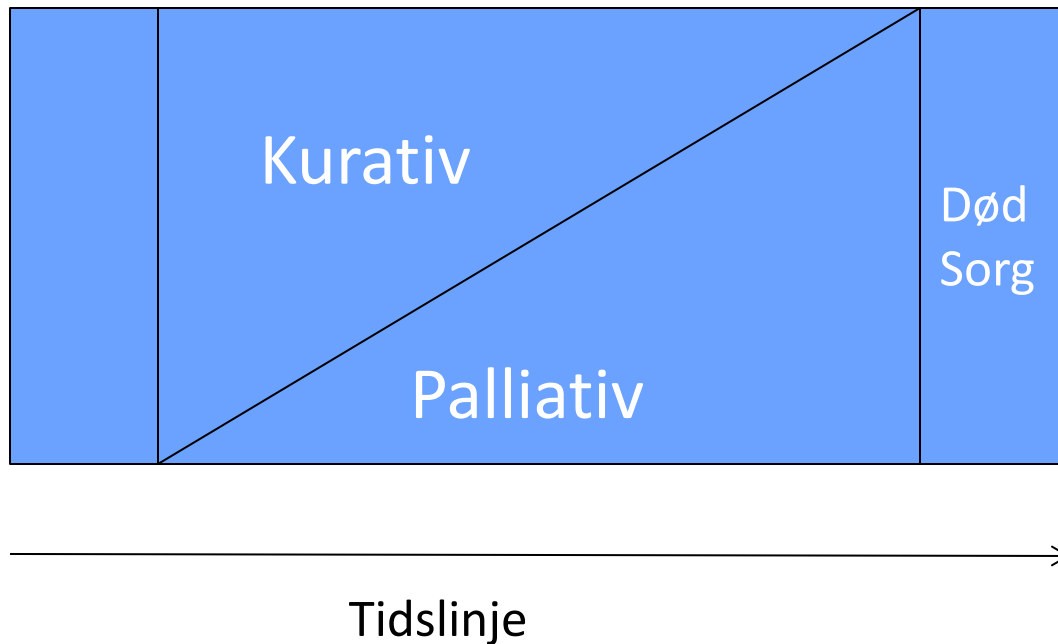


Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon
Informasjonsforvaltning

Oslo 2017

Når? - starte tidlig

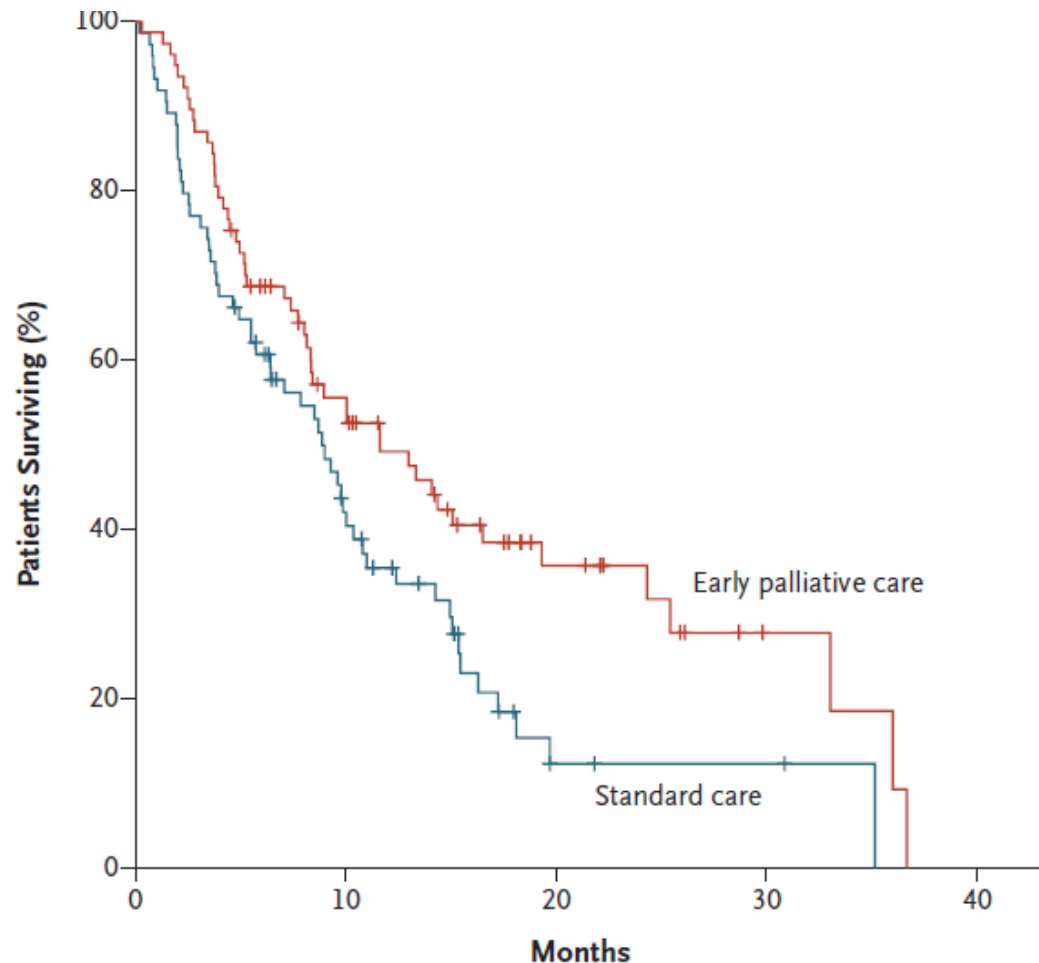
Praktisk definisjon: Pasient som trenger lindring



Palliativt team

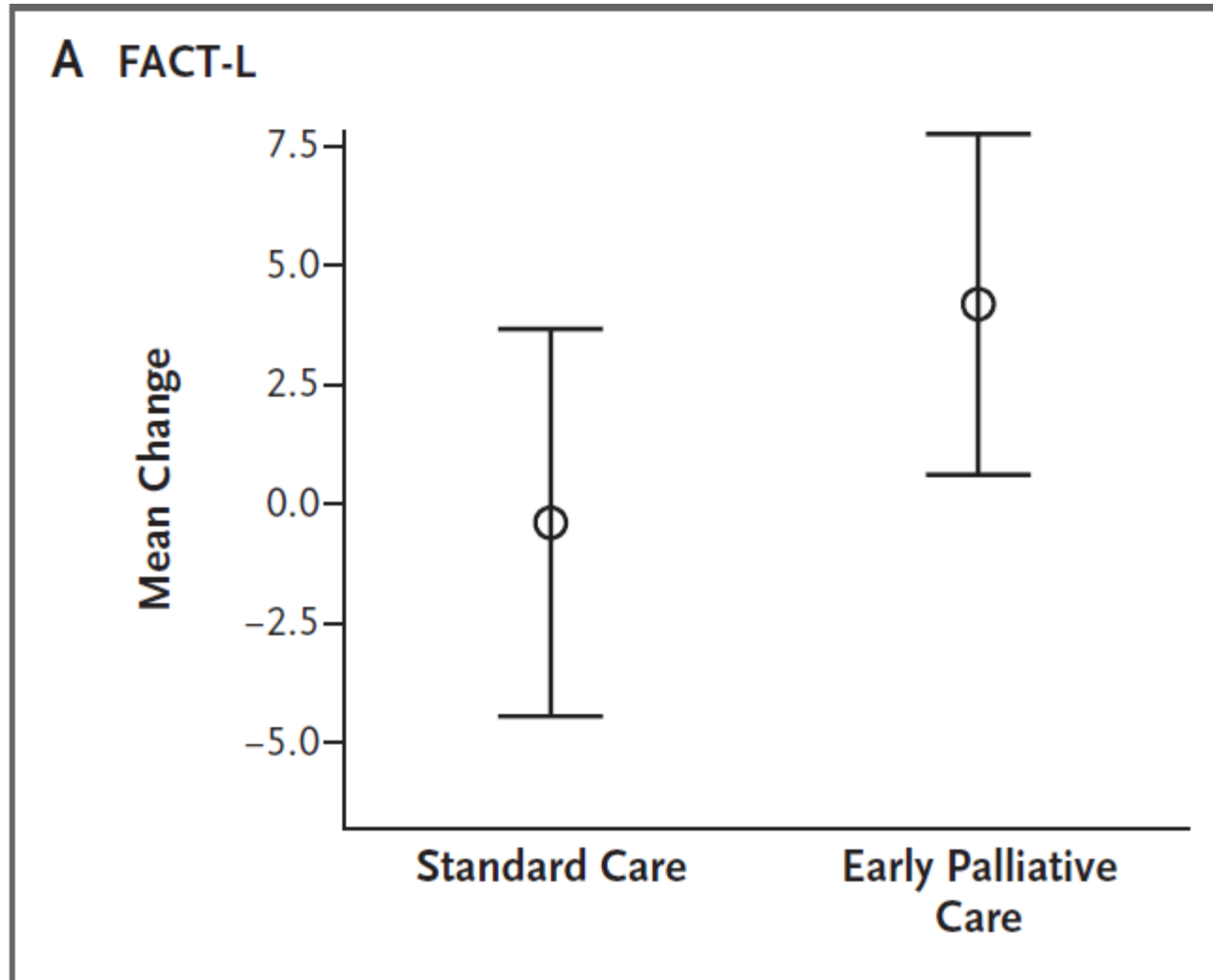
- Involvere tidlig
- Kartlegge behov, familiesituasjon
- Tilrettelegge i hjemmet
- Koble inn hjelp i kommunen

Tidlig igangsetting bedre overlevelse



Metastatisk lungecancer, Temel JS, 2010

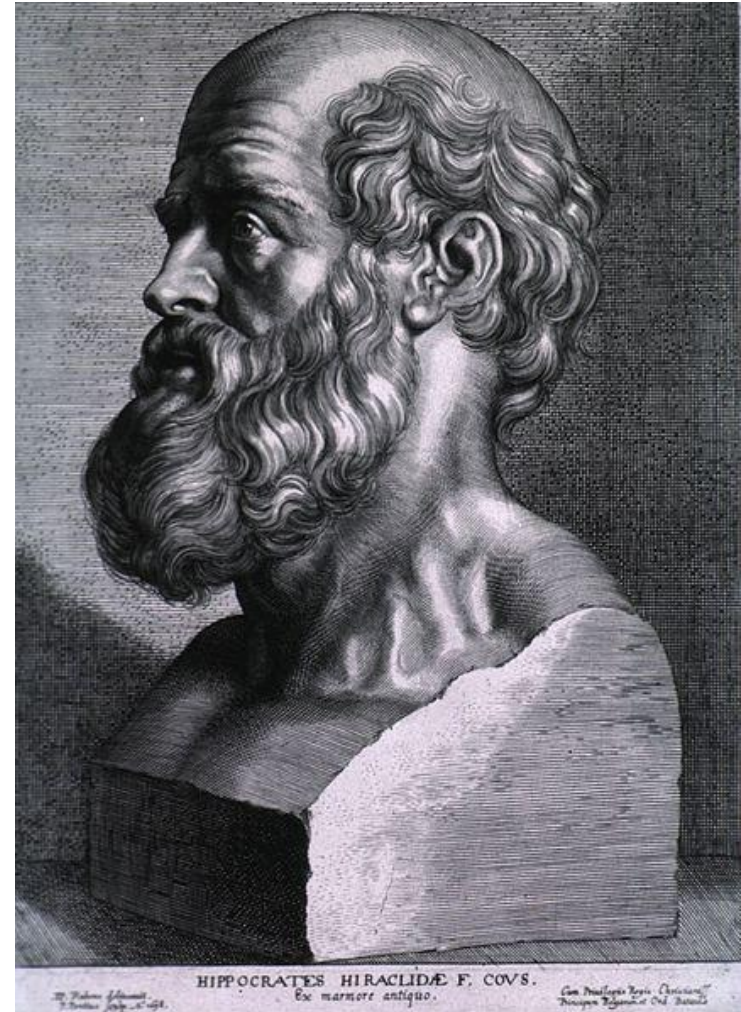
Tidlig igangsetting bedre livskvalitet



Metastatisk lungecancer, Temel JS, 2010

Hvorfor?

- *Av og til kurere - ofte lindre- alltid trøste*



Behandlingsmål

Opprettholde eller bedre livskvalitet

- Livsforlengelse
- Symptomforebygging
- Symptomlindring



Pasientmedvirkning

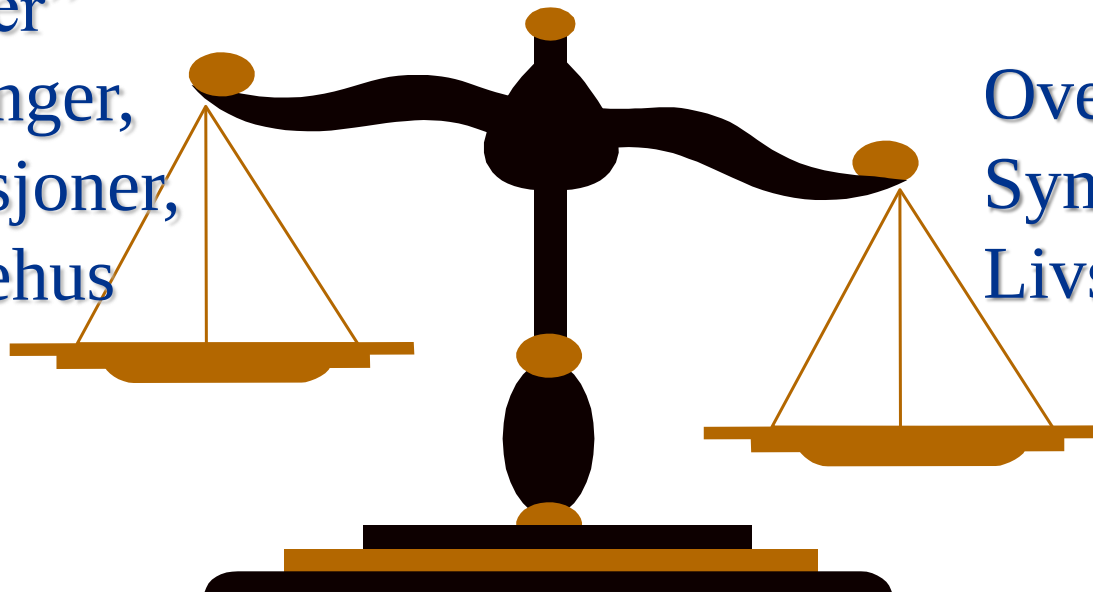
- Pasient- og brukerrettighetsloven
 - § 3-1 Pasientens rett til medvirkning
 - § 3-2 Pasientens rett til informasjon
- Informasjon- sjekk at det er forstått
- Samvalg
 - Er det riktig å starte behandling?
 - Hva kan man oppnå? Hva skal til for å avbryte/ slutte behandlingen
- Utfordringer? Tid og kontinuitet

Beslutning om behandling

Vekte nytte mot ulemper for den enkelte

”Kostnader”

Bivirkninger,
komplikasjoner,
tid i sykehus



Overlevelse
Symptomlindring
Livskvalitet

Informasjon om dårlige nyheter

SPIKES kriterier

- 1. **Setting:** Privat og uforstyrret Øye til øye Pasient (og lege!) rimelig bekvemme. Vurder om andre enn lege og pasient skal være til stede
- 2. **Perception:** Hva er pasientens oppfatning av situasjonen?
- 3. **Invitation:** Hva ønsker pasienten å vite?
- 4. **Knowledge:** Gi kunnskap og informasjon i tilpassede doser
- 5. **Empathy:** Ta del i pasientens reaksjoner. Forhold deg aktivt til pasientens emosjonelle respons.
- 6. **Summary:** Summer opp. Legg strategi for videre handling.

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen, 2015

- Dokumentasjon
 - Dokumentasjon
 - Dokumentasjon
 - Dokumentasjon

Palliativ behandling

- Tumorrettet behandling
 - Systemisk behandling
 - Strålebehandling
 - Kirurgi
 - Stenting
- Ikke tumorrettet behandling
 - Symptomlindring
 - Ernæring
 - Informasjon/ samtaler
 - Trygge rammer

Palliativ tumorrettet behandling

- Tumorskrumpning kan være god palliativ behandling, men trenger ikke være det
- Respons på svulsten $\neq$ forlenget overlevelse
- Respons på svulsten $\neq$ klinisk nytte
- Ingen respons $\rightarrow$ stabil sykdom $\rightarrow$ bedret livskvalitet?

Systemisk behandling

Hva skal vi velge?

- Dokumentasjon
 - Vitenskapelige studier - gyldige for vår pasient?
 - Retningslinjer
- Erfaring – «legekunst» -fare = lett å huske «den ene»
- Pasientens preferanser

Pasienthistorie 1

Mann 65 år med tonsillecancer, ECOG 0, full jobb

Får påvist lungemetastaser < 6 mnd etter radiokjemoterapi.

Lokalt residivfri, ingen symptomer

Henvist for vurdering av videre behandling- hva er best behandling?

Palliativ strålebehandling?

CiFu + cetuximab hver tredje uke?

Metotrexat, Cetuximab eller docetaxel ukentlig?

Ingen behandling?

Pasienthistorie 2

Mann 75 år med munnhulekreft, alkoholiker, nedsatt funksjonsstatus. Ikke noe nettverk

Lokalt residiv ett år etter strålebehandling

Hva skal vi anbefale? Hva vil dere vektlegge?

Symptomer? -smerter i munnen og nedsatt gapeevne

Palliativ strålebehandling?

CiFu + cetuximab eller Metotrexat, Cetuximab ukentlig?

Ingen behandling?

Negative prediktive faktorer

Table 1. Factors Associated With Worse Outcomes in Patients With SCCHN Treated With Systemic Chemotherapy for Advanced and/or Metastatic Disease

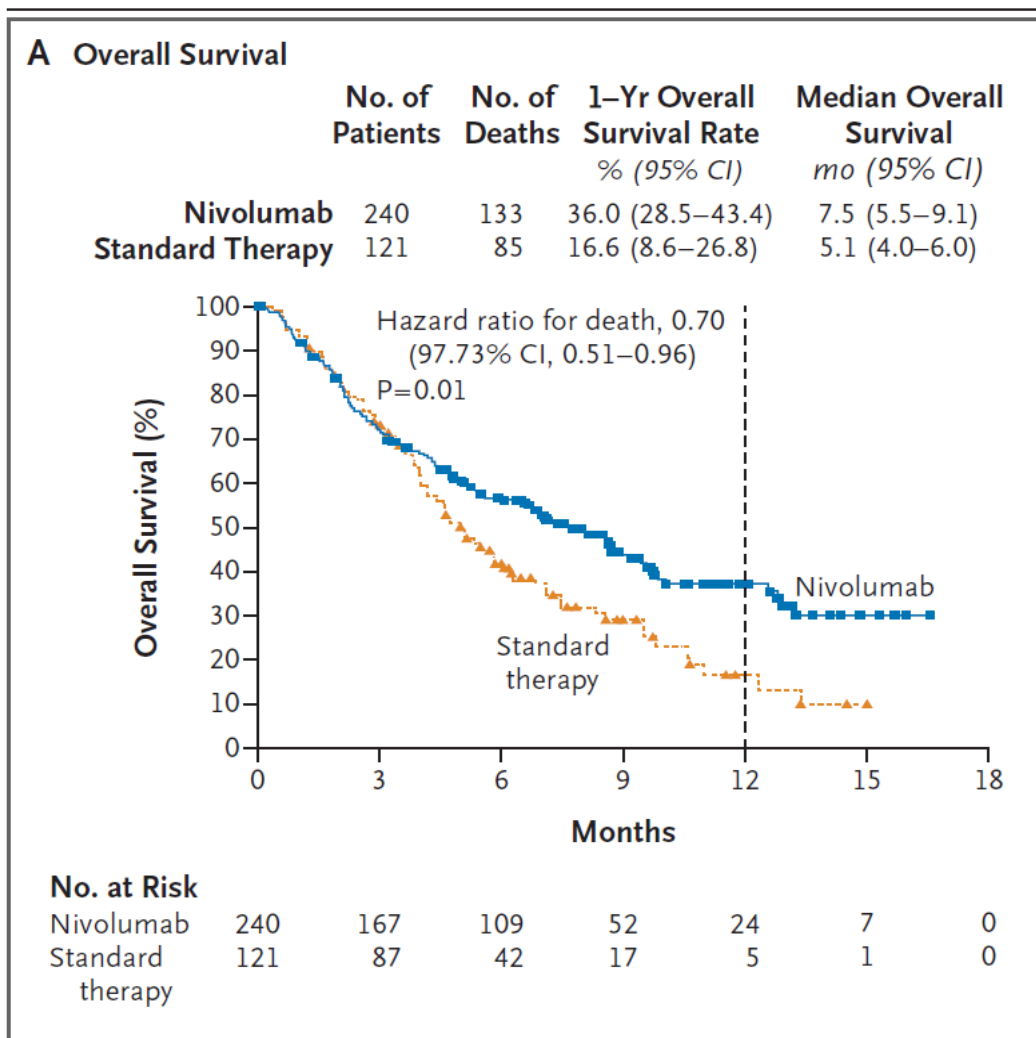
Factors
Patient related
Poor performance status
Presence of comorbidity
Poor cognitive functioning
Lack of social support
Ongoing carcinogen use
Tobacco
Betel quid
Alcohol
Disease related
Advanced stage, bulky locoregional, or metastatic disease
History of aggressive disease
Hypercalcemia of malignancy
Treatment related
Prior treatment
Lack of or minimal response to treatment

Convoy AD jco 2007

Immunterapi?

Immunterapi – livsforlengende

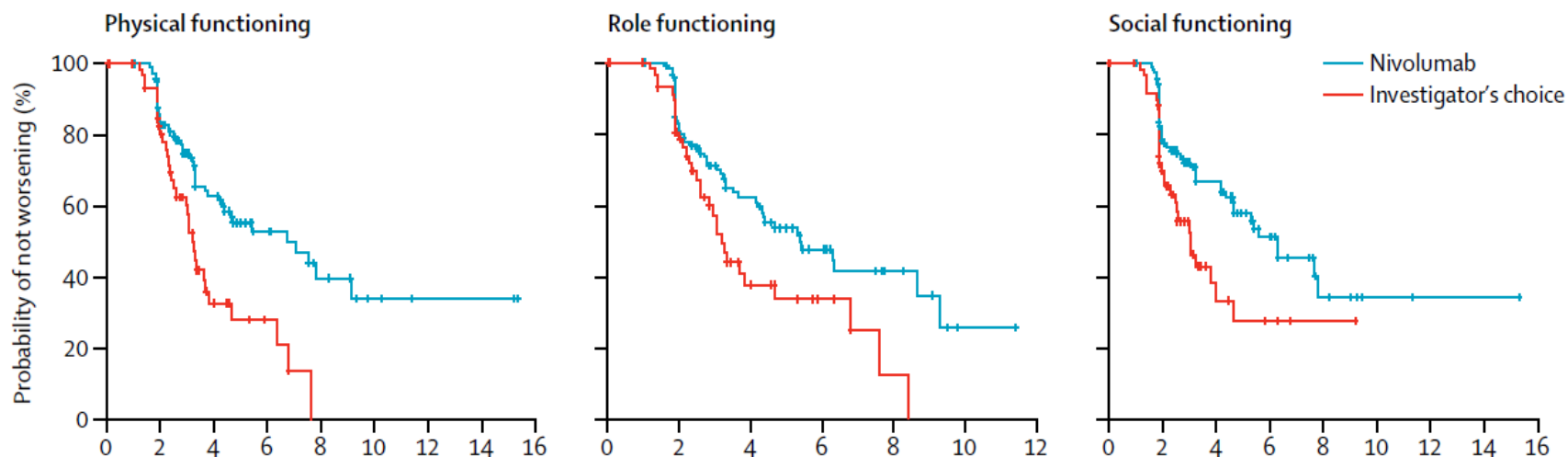
CheckMate 141



*Ferris et al,
NEJM 2016*

Immunterapi – bedre livskvalitet

A



Number at risk
(censored)

Nivolumab	240	84	46	21	9	4	2	2	0	240	82	46	21	7	1	0	240	82	48	22	6	2	1	1	0
	(0)	(139)	(159)	(178)	(186)	(190)	(192)	(192)	(194)	(0)	(139)	(157)	(173)	(185)	(189)	(190)	(0)	(137)	(158)	(175)	(187)	(191)	(192)	(192)	(193)
Investigator's choice	121	39	10	4	0	0	0	0	0	121	38	12	5	1	0	0	121	35	8	4	1	0	0	0	0
	(0)	(72)	(81)	(86)	(87)	(87)	(87)	(87)	(87)	(0)	(72)	(81)	(87)	(89)	(89)	(89)	(0)	(70)	(85)	(87)	(90)	(91)	(91)	(91)	(91)

For hvem?

- ECOG < 2
- Alder?
- 60% av HNC uttrykker PD-L1 bare 20% responderer på PD-1 hemmer
- Høy forekomst av PD-1 ingen garanti for respons- kan være mange inaktive reseptorer



Palliativ strålebehandling

- Lindre lokale symptomer (Hoste, svelgvansker, dyspne)
 - Smerte
 - Hjernemetastaser
 - Truende tverrsnitt
 - Vena cava superior syndrom

Pasienthistorie 3

- Kvinne 70 år
- lungekreft, spredning til skjelettet
- Oppegående, en del symptomer , greier det meste selv
- Epileptisk anfall- påvist hjernemetastaser
- Skal hun få lindrende strålebehandling?

- God allmenntilstand
- Forventet levetid vil være 3 måneder...
- Behandlingen startes
- Etter 3 av 10 behandlinger ➡ hjerneslag
- Halvsidig lammelse, nedsatt bevissthet
- Prognosen er betydelig forverret
- Skal man fortsette?

Strålebehandling av hjerne

Tradisjon vs vitenskap?

- Total hjerne 4Gy x 5 vs 3Gy x 10
Bivirkninger – svekket kognitiv funksjon, redusert livskvalitet
- Er det bedre å behandle enn å ikke behandle?
 - QUARTZ -RCT (538 pasienter): Total hjerne (4Gy x 5) + steroider vs optimal støttende behandling + steroider
 - ingen forskjell i overlevelse eller Livskvalitet
 - Mer akutte bivirkninger med total hjerne

Mulvenna P, Lancet, 2016

Sofietti R, J Clin Oncol 2013

Strålebehandling av hjernemetastaser

- Stereotaktisk strålebehandling ved solitære/ begrenset antall metastaser og adekvate funksjonsstatus
 - $< 3\text{cm}$ i diameter
 - < 4 metastaser (opp til 10 stk)
 - ECOG < 3
 - Fraksjonering 15-25Gy x 1 til 7-9Gy x 3
 - Kan gjentas

Forventet levetid?

ECOG status, ekstrakranielle metastaser, alder

ECOG status 3-4 neppe nytte av strålebehandling – tilbys steroider

Skjelettmetastaser

8 Gy x 1 vs 3 Gy x 10

lik effekt på smerte

Ingen forskjell i akutt tox

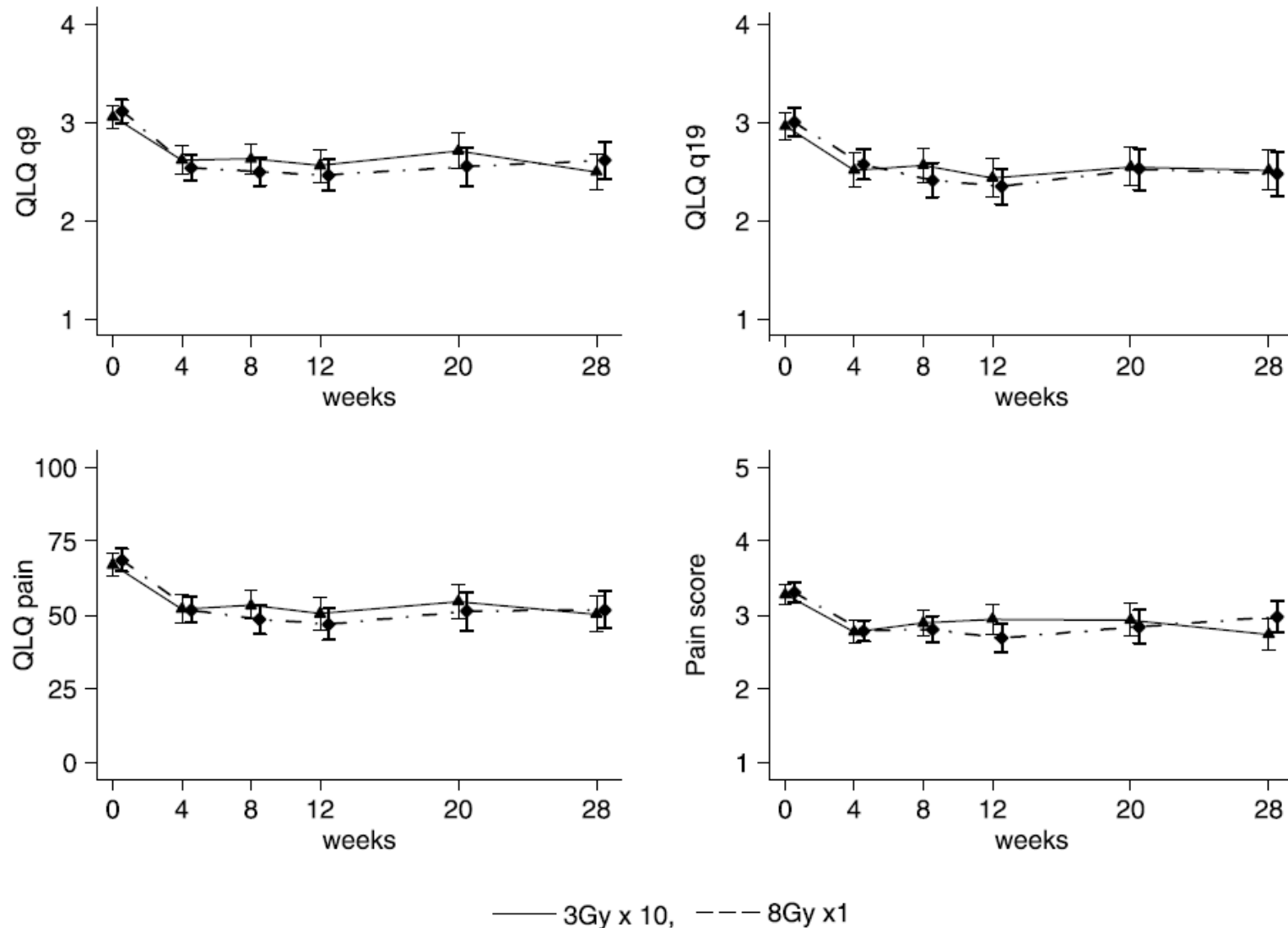
Livskvalitet

Overlevelse

Forebygge brudd

Chow E, Clin Onc, 2012

Skjelettmetastaser



Skjelettmetastaser

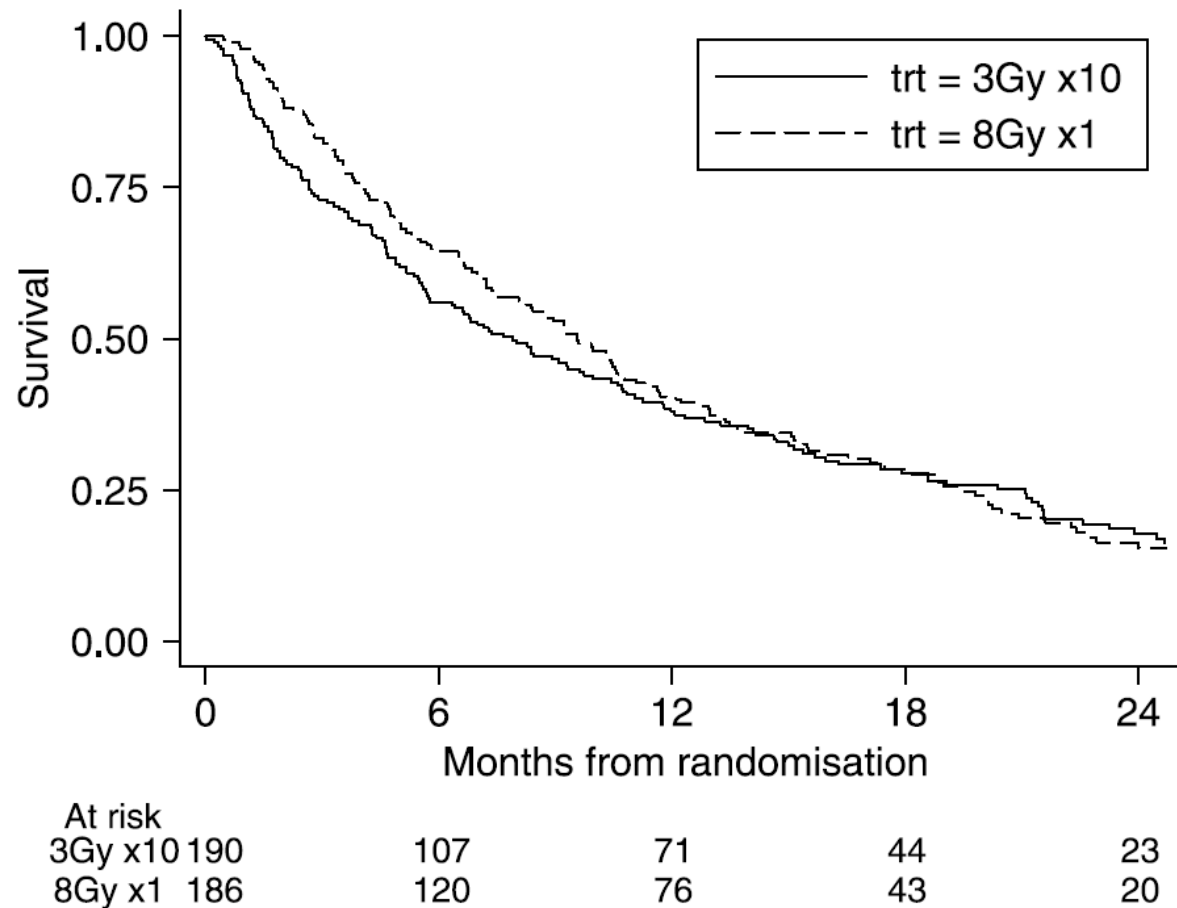


Fig. 1. Overall survival in 376 patients treated with single or multiple fraction radiotherapy for painful bone metastases.

Truende tverrsnitt

- Ø-hjelp
- paralyse > 24 timer –sjelden reverserbar
- Rask diagnostikk og igangsetting av behandling
- MR, steroider, vurdere kirurgi - obs diagnostikk
- Inoperable - strålebehandling
- Standard fraksjonering: 3Gy x 10
- Alternativt 4Gy x 5 eller 8 Gy x 1
- Forventet overlevelse? ECOG status, diagnose, sykdomsutbredelse

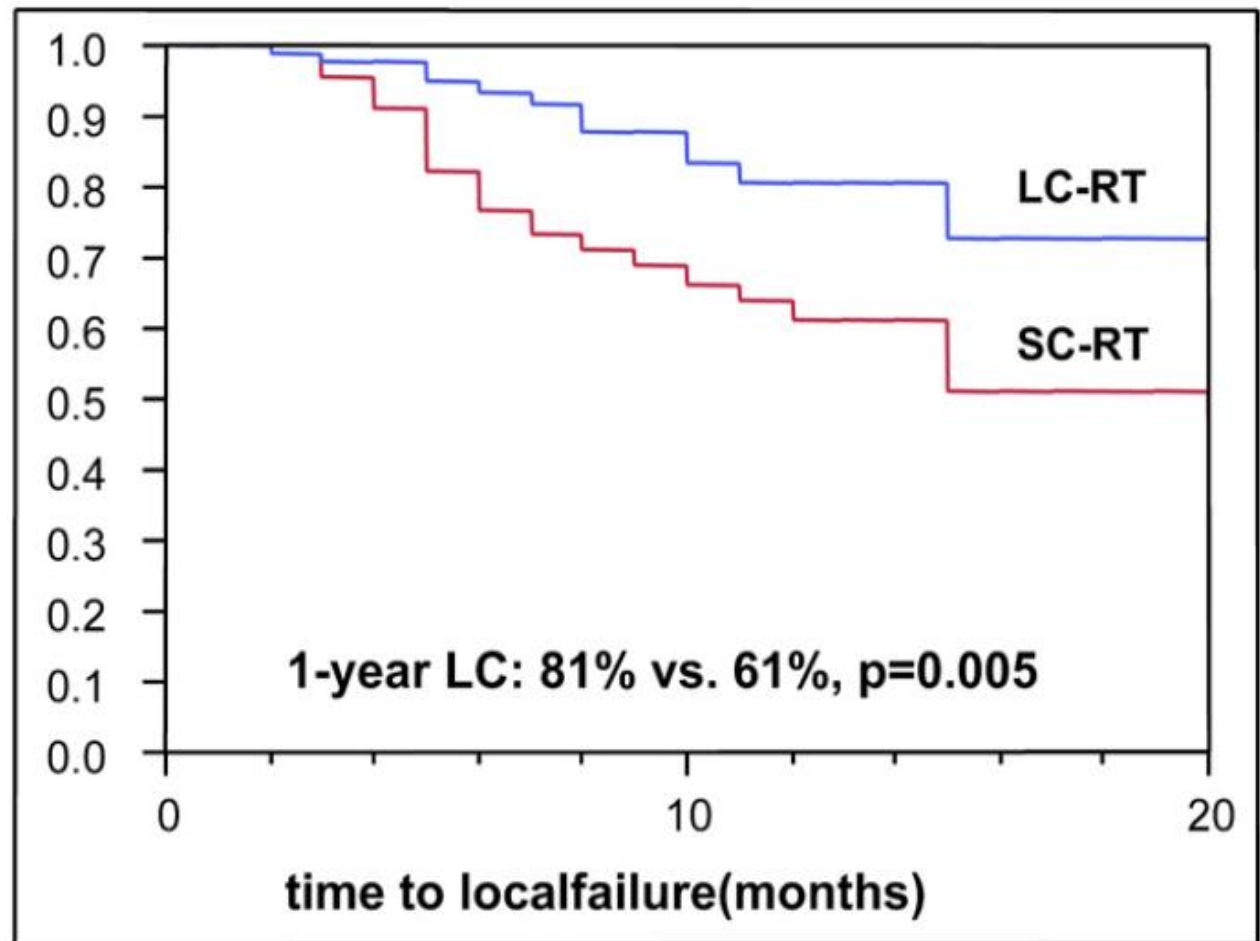
Rades D, Int J radiat Oncol Biol Phys 2011

Truende tverrsnitt

Forventet

Levetid >2-3 mnd

3Gy x10



Rades D, Int J Radiat Oncol Biol Phys 2011

Situasjonen revurderes
ved endring eller hvis noe er uklart



Situasjonen revurderes

- Når behandling blir verre enn sykdom..
- Tenke gjennom
 - mulige bivirkninger
 - andre ulemper ved evt. behandling

Håp

- Realistisk
hjelp til å justere håp underveis
- Kan være så mye
 - Håp om å oppleve våren
 - En merkedag..
 - En god uke
 - En god dag
 - En god død?



Ikke tumorrettet behandling

- Medikamentell og ikke medikamentell
- symptomlindring
- informasjon til pasient og pårørende
- pårørende
- terminal pleie
- sorgarbeid og oppfølging av etterlatte
- dokumentasjon og kommunikasjon mellom aktørene



ROBERT HENRY NEITZ
BRIGADIER GENERAL
UNITED STATES AIR FORCE
MAY 29, 1929

LAURENCE ROBERT NEITZ
CAPTAIN
AIR NATIONAL GUARD OF THE U. S.
DECEMBER 8, 1959 - MAY 19, 1999

Forventet død?

Når bør behandling avsluttes?

- Når pasienten ber om det
- Når behandlingen forlenger et liv med store plager
- Når behandlingen forlenger en plagsom dødsprosess
- Når pasientens mentale funksjon opphører

Avslutte behandling

- Drøfte i tverrfaglig team
- Med pasient og pårørende
- Behandlingsansvarlig lege har beslutningsansvar
 - kan ikke pålegges å fortsette behandling som ikke er faglig forsvarlig eller hensiktsløs
- Ved konflikt/ uenighet
 - Bruk tid – la det få tid til å synke inn
 - Gjenta og forklar på en skånsom måte
 - Søk hjelp – klinisk etikk- komite

Avslutte behandling

- HLR status
 - Drøfte i behandlingsteamet – enighet – del av samtalen med pasient, ikke isolert – fordel med helsepersonell som har kjent pasienten over tid
 - Ikke plikt til å informere pasienten, men fordel
 - Dokumenteres i journal og på kurve
 - Skal revurderes – endres ved behov
 - Ved uenighet- Klinisk etikk komite

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen, 2015

Beslutningsprosesser ved begrensning av livsforlengende behandling 2013

Veivalg

Vår oppgave å hjelpe å finne veien?





Foto: Anne Sophie Delphin Arndal