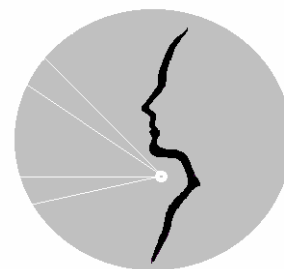


DAHANCA.dk

Danish Head and Neck Cancer Group



## Retningslinier for behandling og pleje ved recidiv eller primært fremskreden hoved-halscancer.

Udarbejdet af DAHANCA's recidivgruppe 2007

### **Baggrund**

Behandling af patienter med recidiv af hoved-hals cancer efter primær behandling kan have både kurativt og palliativt sigte. Indsatsen kan spænde fra extensive kirurgiske indgreb til simpel anlæggelse af gastrostomisonde. Behandlingsmodaliteterne omfatter strålebehandling (ekstern genbehandling, stereotaksi og brachyterapi), kirurgiske indgreb, kemoterapi, targetteret terapi eller kombination heraf. Behandlingsmulighederne bliver stadig mere omfattende.

Disse retningslinier er tænkt som en hjælp til beslutning om behandlingsmodaliteter og behandlingsniveau (visitationsvejledning). Der er lagt vægt på at optimere og standardisere behandlingen i Danmark - ved dels at angive retningslinier for de enkelte behandlingsmodaliteter men også ved at beskrive behandlingstilbud, der kun findes ved et eller få af de 5 onkologiske centre eller centre i udlandet. De omtalte behandlingsmuligheder er i videst muligt omfang søgt evidensbaserede.

Standardiseringen skaber grundlag for national videnskabelig udvikling. I den forbindelse er omhyggelig registrering på DAHANCA skemaer vigtig.

Retningslinierne er udarbejdet af DAHANCAS recidivgruppe bestående af onkologer og kirurger, som repræsenterer de onkologiske centre. Det er gruppens ansvar løbende at ajourføre retningslinierne.

# Indholdsfortegnelse

1. Kirurgisk recidivbehandling .....	3
1.1 Larynx cancer .....	3
Partiel laryngektomi .....	3
Total laryngektomi .....	3
Halsdissektion .....	4
1.2 Pharynx cancer .....	4
Rhinopharynx cancer .....	4
Oropharynx cancer .....	4
Hypopharynx cancer .....	4
1.3 Cavum oris cancer .....	4
1.4 Næse-bihule cancer .....	4
1.5 Spytkirtel cancer .....	5
1.6 Thyreoideacancer .....	5
2. Strålebehandling .....	6
2.1 Palliativ Strålebehandling .....	6
2.2 Genbehandling (kurativ) .....	6
2.3 Brachyterapi .....	6
3. Kemoterapi .....	6
Første linie behandling .....	7
Anden linie behandling .....	7
4. Biologisk målrettet terapi .....	8
5. Fotodynamisk terapi .....	9
6. Understøttende behandling .....	9
6.3 Smertebehandling .....	9
6.2 Anden symptomatisk behandling .....	9
Kvalmestillende behandling .....	9
Mundtørhed .....	10
Slimgener .....	10
Lugtgener .....	10
Blødning .....	10
Infektion .....	10
6.3 Ernæring .....	10
Ernæringsvejledning: .....	11
Diætist: .....	11
Sondeanlæggelse .....	11
Tandproblemer .....	11
Intravenøs ernæring .....	11
6.4 Sociale tiltag: .....	12
Forsørgelsesgrundlag .....	12
Kritisk sygdom .....	12
Legat fra Kræftens Bekæmpelse – evt. andre legater .....	12
Pension .....	12
Sondemad .....	12
Medicin .....	12
Terminale patienter .....	12
Referenceliste .....	13

# 1. Kirurgisk recidivbehandling

Ved recidiv skal her forstås både resttumor efter afsluttet primærbehandling og egentligt recidiv, som er opstået efter en kortere eller længere tidsperiode uden kliniske tegn på canceren. Kirurgisk behandling af recidiv kan udføres med enten kurativt eller palliativt sigte.

Kirurgiske teknikker samt perioperativ behandling og pleje beskrives ikke i disse retningslinier. Der henvises til lærebøger i hoved- halskirurgi.

## 1.1 Larynx cancer

Den aktuelle primære behandling af larynx cancer i Danmark er strålebehandling. Der diagnosticeres cirka 250 nye tilfælde om året. Recidiver forekommer oftest lokalt eller regionalt. Dissemineret sygdom er sjælden, men forekommer og da hyppigst til lunger og mediastinum.

Gevinsten af kirurgisk recidivbehandling ved larynx cancer er estimeret i en dansk undersøgelse (1). Ved at se på forskellen mellem lokalregional kontrol og sygdomsspecifik overlevelse 5 år efter afsluttet strålebehandling fandt man, at kirurgisk recidivbehandling resulterede i en overlevelsesgevinst for glottiske karcinomer på 11-28% afhængig af T-stadium. For supraglottiske larynx cancerer lå gevinsten på 19%.

Kirurgisk recidivbehandling af larynx cancer er således effektiv. Ved recidiv i T-site foretages hyppigst total laryngektomi, men også partiel laryngektomi eller blot aflastende behandling (debulking) kan komme på tale. Afhængig af udbredelsen af recidiv kan rekonstruktion være nødvendig. Ved recidiv i N-site udføres halsdissektion.

### **Partiel laryngektomi**

Ved årsmødet i Dansk Hoved og Halskirurgisk Selskab november 2004 blev det besluttet, at partielle laryngektomier i videst muligt omfang skal udføres som laserkirurgiske procedurer, idet man herved kan undgå samtidig trakeotomi og derved reducere morbiditet og behandlingsslængde.

I tilfælde med involvering af commisura anterior er laserkirurgisk recidivbehandling ikke altid velegnet og en klassisk partiel laryngektomi med ekstern adgang kan blive aktuel. Ved denne fremgangsmåde kan man ved frysemikroskopi sikre sig frie resektionsrande. Der vil som regel være behov for midlertidig trakeotomi.

### **Total laryngektomi**

Total laryngektomi udføres når et lokalt recidiv i larynx ikke kan fjernes radikalt med en partiel procedure. Frekvensen af total laryngektomi er i Danmark på cirka 20% (1). I 2004 udførtes i alt 39 laryngektomier i Danmark.

Halsdissektion

Ved cervikalt lymfeknude recidiv udføres halsdissektion. Denne kan modificeres eller selekteres i det nødvendige omfang (2). Level I dissekeres sjældent.

## **1.2 Pharynx cancer**

Muligheden for kirurgisk recidivbehandling af pharynx cancer er meget afhængig af lokalisation og udbredning. I 2000 blev der ved histologisk undersøgelse diagnosticeret 238 nye tilfælde. Primær behandling er i Danmark strålebehandling.

### **Rhinopharynx cancer**

Ved recidiv er lokal kirurgisk behandling meget sjældent indiceret eller mulig. Ved regionalt lymfeknuderecidiv udføres halsdissektion oftest involverende level II-V.

### **Oropharynx cancer**

Valget af kirurgisk recidivbehandling ved recidiv i T-site afhænger af muligheden for radikalitet og omfanget af morbiditet ved operationen. Selv relativt store resektioner i svælget kan rekonstrueres med en stillet myokutan lap (pectoralis major) eller et frit transplantat. Ved regionale lymfeknude recidiver gøres halsdissektion oftest involverende level II-V. Fotodynamisk terapi er en mulighed ved inoperable patienter.

### **Hypopharynx cancer**

Hypopharynx cancer har generelt en dårlig prognose. Kun få lokale recidiver er operable. Oftest er det nødvendigt at udføre en partiel pharyngektomi samtidig med total laryngektomi. I nogle situationer udføres rekonstruktion med frit jejunum transplantat, anden fri lap eller stillet myokutan lap. Regional lymfeknude recidiver behandles med halsdissektion.

## **1.3 Cavum oris cancer**

De fleste cavum oris cancere behandles med primær kirurgi og afhængig af udbredelse og lokal metastasering med efterfølgende strålebehandling. Ved recidiv er yderligere kirurgisk resektion ofte mulig men begrænses af dobbeltsidig tungeinvolvering. Resektionerne fordrer ofte anvendelse af rekonstruktive teknikker i form af fri lap, fri osteomyokutanlap eller stillet myokutanlap. Disse indgreb udføres i Århus, Odense og på Rigshospitalet. Alternativt kan fotodynamisk terapi anvendes. Ved regionalt lymfeknuderecidiv gøres halsdissektion oftest involverende level I-V.

## **1.4 Næse-bihule cancer**

Den primære behandling er beskrevet i det nationale referenceprogram for behandling af næse-bihulecancer. Der henvises til dette. Ved recidiv anvendes kirurgi eller strålebehandling afhængig af den aktuelle situation. Ved recidiv i cavum nasi eller ethmoid

og frontalsinus kan anvendes endoskoipisk adgang, lateral rhinotomy eller adgang via midtansigtet (facial degloving). Tumorer i sinus maksillaris behandles med maksillektomi, som kan rekonstrueres primært eller i senere fase med musculus temporalis lap eller blot med ganeplade protese. Større midtansigtsresektioner fordrer anaplastologisk behandling med protesebehandling forudgået af indsættelse af titaniumskrue og abutments.

### **1.5 Spytkirtel cancer**

Behandles med primær kirurgi og ofte selektiv halsdissektion. Ved lokalt recidiv efter strålebehandling gøres total resektion hvis muligt. Rekonstruktion med frit eller stilket transplantat kan komme på tale. Ved regionalt lymfeknuderecidiv gøres halsdissektion. En særlig form udgør adenoid cystisk carcinom som ofte recidiverer lokalt og med fjernmetastaser. Der kan være behov for adskillige kirurgiske re-resektioner på trods af fjernmetastasering.

### **1.6 Thyreoideacancer**

Primærbehandlingen er for langt størstedelen kirurgi. Ved regionalt lymfeknuderecidiv gøres halsdissektion. Der henvises til det nationale referenceprogram for behandling af thyreoideacancer.

## 2. Strålebehandling

### 2.1 Palliativ Strålebehandling

Principper for gennemførelse af den palliative strålebehandling følger afdelingens vanlige retningslinier derfor.

Der tilbydes varierende doser mellem 8-10 Gy/1F, 20 Gy/4-5F. Enkelte steder tilbydes potentielt kurative regimer med 54 Gy/18F eller 52 Gy/13F.

Der eksisterer aktuelt en protokol for palliativ hypofraktioneret strålebehandling (DAHANCA 20).

### 2.2 Genbehandling (kurativ)

I tilfælde af lokoregionalt recidiv vil det sjældent være muligt at genbehandle i relevante kurative doser. Undtagelsesvist kan man tilbyde stråleterapi i kurative doser, såfremt tidsintervallet fra primær stråleterapi er adskillige måneder/år og senkomplikationer har været begrænsede.

Teoretisk set bør hyperfraktioneret stråleterapi benyttes for at minimere risikoen for senkomplikationer. Såfremt der ikke er væsentligt normalvæv i behandlingsvolumen, kan man overveje stereotaktisk stråleterapi. Dybest set drejer genbehandling sig ikke om at applicere dosis, men om ikke at overstige normalvævstolerancen.

Da de fleste recidiver efter genbehandling forekommer i boostvolumen, har man argumenteret for, at behandlingsvolumen bør omfatte 'gross tumor volume' med 'snæver margin', og altså uden elektiv bestråling af lymfeknuderegioner (5).

Ved recidiv i rhinopharynx er stereotaktisk strålebehandling en mulighed.

DAHANCA har tidligere vurderet en behandlingsprotokol for genbehandling efter tidligere stråleterapi i form af konkomitant radiokemoterapi. Idet DAHANCA har stor erfaring med konkomitant ugentlig cisplatin og strålebehandling, er det tillokkende at bruge dette regime for at booste den tumoricide virkning af stråledoser i nær-kurativ størrelse. En mulig genbehandling kan være accelereret hyperfraktioneret stråleterapi med 1,2 Gy x 2 dgl. 5 dage om ugen i 5 uger svarende til en totaldosis på 60Gy.

### 2.3 Brachyterapi

Der er i Danmark ikke tradition for at tilbyde brachyterapi til patienter med kræft i hovedhals området. Patientgrundlaget er lille og enkelte patienter har været henvist til behandling i udlandet, eksempelvis Gøteborg.

Indikationer er lokaliseret recidiv i implantérbart område svarende til området mellem mundhulens forreste del og mundsvælgets nederste del. Man kan evt. overveje brachyterapi til lokaliseret recidiv i rhinopharynx eller vestibulum nasi.

## 3. Kemoterapi

De nationale standardbehandlinger med kemoterapi til egnede patienter fremgår af nedenstående tabel:

<b>Center</b>	<i>1. linie</i>	<i>2. linie</i>
<i>Rigshospitalet</i>	Taxol/Xeloda	Cisplatin/5FU
<i>Herlev</i>	Taxol/Xeloda	Cis/Gem
<i>Odense</i>	Cisplatin	Taxol/Xeloda
<i>Vejle</i>	-	-
<i>Århus</i>	Taxol/Xeloda	Carbo/Vinorelbine
<i>Aalborg</i>	Taxol/Xeloda	-

*I Odense og Århus starter en protokol med Cisplatin +/- Alimta efteråret 2007 og forventes lukket ved starten på 2009.*

### ***Første linie behandling***

Kemoterapi til recidiverende eller metastatisk planocellulær hoved-halscancer er en palliativ behandling og chancen for palliation bør altid vurderes i forhold til behandlingens toxicitet. Methotrexat, Cisplatin, Carboplatin, Paclitaxel, Docetaxel 5Fu, Ifosfamid, Vinorelbine, Oxaliplatin og Pemetrexed som enkeltstofbehandling har alle vist signifikant antitumoreffekt på metastatisk eller recidiverende planocellulær hoved-halscancer (6). Kombinationsbehandling med 2 eller 3 stoffer giver generelt højere responsrater, men også højere toxicitet. Kombinationsbehandling med Cisplatin , specielt Cis/fu er det nærmeste man kommer en international standardbehandling. Denne kombination giver en responserate på omkring 30% og en forventet median overlevelse på 7-9 mdr. Imidlertid er Cisplatinbehandling associeret med en betydelig toxicitet – ikke mindst til denne gruppe patienter. Kombinationsbehandling med Taxol og Xeloda har i en dansk fase 2 us. (7) vist respons og overlevelse i samme størrelsesorden, men med en betydeligt lavere toxicitet, hvorfor det nu er indført som 1.ste linie behandling til recidiverende, inoperabel hoved-halscancer på alle danske centre.

### ***Anden linie behandling***

Ved progression/manglende respons på 1.ste linie behandling vil der kun ret sjældent være indikation/ behov for 2. linie kemoterapi. Chancen for respons er generelt ringere end ved 1.ste linie behandling. Hvis patienten ønsker det har de ret til at få muligheden for yderligere behandling vurderet af sundhedsstyrelsen second opinionudvalg. I tabellen kan man se hvilke regimer man i udvalgte tilfælde har brugt på de forskellige centre i Danmark. Adskillige nye stoffer, herunder EGFR receptor antistoffer og tyrosinkinasehæmmere, er i tidlige faser af kliniske undersøgelser. Endnu har ingen vist overbevisende effekt til recidiverende hoved-halscancer.

## 4. Biologisk målrettet terapi

Targeteret kræftebehandling er rettet mod specifikke molekyler eller receptorer i blodet, endotelceller eller kræftceller. Stofferne inddeles i makromolekyler eller antistoffer, der blokerer enten liganden i blodet eller selve receptoren på celleoverfladen og tyrosin-kinase hæmmere, der hæmmer enzymet tyrosin-kinase i den intracellulære del af receptoren og derved hæmmer vækstsignalet. Følgende stoffer er beskrevet anvendt til patienter med recidiverende eller dissemineret planocellulært carcinom i hoved-hals området:

*Makromolekyler (antistoffer):*

Bevacizumab (Avastin®): Antistof mod Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF)-molekylet

Cetuximab (Erbix®): Antistof mod EGF-receptoren på tumorcelleoverfladen

HuMax®: Antistof mod EGF-receptoren på tumorcelleoverfladen

*Små molekyler (tyrosin-kinase hæmmere):*

Gefitinib (Iressa®): EGF-receptor-specifik tyrosin-kinase hæmmer

Erlotinib (Tarceva®): EGF-receptor-specifik tyrosin-kinase hæmmer

Fase II undersøgelser af gefitinib 500 mg dgl. og 250 mg dgl. til patienter med dissemineret eller recidiverende sygdom har resulteret i responsrater på hhv. 11% (8) og 1.4% (9), mens responsraten for erlotinib som enkeltstof (150 mg dgl.) er 4% (10). Medianoverlevelsen i disse undersøgelser er ca. 6 mdr. og 1-års overlevelsen 20-30%. Enkeltstof-behandling med cetuximab er undersøgt som 2. linie behandling til patienter med recidiverende eller dissemineret sygdom; 13% af patienterne responderede, medianoverlevelsen var 5.9 mdr (11).

To undersøgelser har belyst effekten af EGF-receptor antistof i kombination med kemoterapi til denne patientgruppe. Burtness *et al.* randomiserede 123 patienter mellem cisplatin + placebo og cisplatin + cetuximab; responsraterne var hhv. 10 og 26%, der var ingen forskel i progressionsfri overlevelse og median overlevelse mellem de to behandlingsarme (12). Et EORTC-studie (EXTREME-studiet) af effekten af cisplatin og 5-FU +/- cetuximab blev præsenteret ved ASCO 2007. Undersøgelsen viser signifikant overlevelsesgevinst på ca. 3 mdr. (7,4 mdr. vs. 10.1 mdr.) for kombinationen med cetuximab (13). Dette studie er interessant både fordi det dokumenterer en effekt af EGF-receptor antistof og fordi dette er det første studie nogensinde, hvori man har påvist en signifikant overlevelsesgevinst for patienter med dissemineret eller recidiverende hoved-hals cancer.

Meget tyder således på, at EGF-receptor inhibition indenfor den nærmeste fremtid vil få en plads i den primære behandling af patienter med kræft i hoved-hals området.

Der findes endnu ikke publicerede studier af VEGF/VEGF-receptor antistoffer eller af tyrosinkinase-hæmmere med effekt på VEGF-receptor funktionen.

## 5. Fotodynamisk terapi

er en ny og lovende behandlingsform af maligne og præmaligne hoved/hals tumorer. Nyere ikke-randomiserede fase 2 studier rapporterer et og to års overlevelser på henholdsvis 89% og 75%, hvilket er på højde med resultater fra kirurgi og radioterapi. Ved palliativ behandling er i fase 2 studier observeret komplet respons hos 16-25% og partielt respons hos 38% (6;7).

Behandlingen indebærer intravenøs administration af et lysfølsomhedsfremkaldende stof (f.eks. mTHPC Foscan®) efterfulgt af lyseksposering på tumorområdet, hvilket medfører nekrotisering af det eksponerede væv.

Vævspenetrationsen af lys ved fotodynamisk terapi er ca. 0,5-3 cm (ved 652nm lys). Nye interstitielle diode laser teknikker åbner nye muligheder for intralæsional fotodynamisk terapi. Derved synes fotodynamisk terapi *lovende som en palliativ behandling for størstedelen af patienter med lokal recidiverende hoved/hals cancer og med større mulighed for komplet respons.*

Der foreligger et Fase II forsøg på RH med hovedformål: At undersøge effekten af fotodynamisk terapi (PDT) til patienter med recidiv af hoved-halscancer, hvor radioterapi og yderligere kirurgi ikke er mulig eller ønskelig.

## 6. Understøttende behandling

Best Supportive Care vil hyppigt være eneste behandlingsmulighed for patienter med recidiv af HHC pga. høj komorbiditet, dårlig PS og manglende compliance.

### 6.3 Smertebehandling

Smertebehandling til patienter med recidiv af hoved-hals cancer er i princippet ikke anderledes end anden onkologisk smertebehandling. Dog kan der være særlige problemstillinger omkring compliance, administrationsmåde o.l.

### 6.2 Anden symptomatisk behandling

#### ***Kvalmestillende behandling.***

Anamnesen er vigtig før behandling af kvalme hos patienter med recidiv af hoved-hals cancer, da der er mange meget forskellige årsager. Især skal overvejes gastritis, konkomitant medicin, forstoppelse, elektrolytderangering, smerter og hoste. Opioider og NSAID præparater er hyppige årsager til kvalme. Sjældnere ses hyperkaliæmi og levermetastaser som årsag ved hoved-hals cancer. Såfremt det ikke er muligt at korrigere en udløsende årsag, er behandlingen rent symptomatisk. Patienten skal undgå forhold, der udløser kvalme, f.eks. store måltider og madlavning. Ved medicinsk behandling er 1. valg oftest metoklopramid 10-20 mg x 3-4. Ved fortsat kvalme ondansetron 8 mg x 2 (cave obstipation). Ved vedvarende kvalme kan forsøges prednisolon 25-50 mg dagl.

### **Mundtørhed.**

Mundtørhed er en almindelig og ofte irreversibel bivirkning til strålebehandling af hoved-hals cancer. Typiske klager er nedsat mængde spyt, tykt og sejt spyt, vanskelighed ved at tale, spise, synke og smage. Behandlingen er rådgivning. Altid have en flaske vand på sig og drikke hyppigt, skylle munden før spisning, undgå kaffe, alkohol og tobak. Nogen ptt. kan have glæde af sukkerfri tyggegummi eller kunstigt spyt. Kosten kan opfordres til at indeholde mere væske og sovs og undgå tør mad, f.eks. toast og knækbrød. For at undgå caries anbefales flourholdig tandpasta og hyppig skylning af munden med kulsyreholdig vand.

### **Slimgener.**

Øget slim- og sekretproduktion kan være meget belastende og årsag til nedsat livskvalitet. Behandling med robinul (1 ml x 3 p.o.). Alternativt kan Tricykliske antidepressiva anvendes.

### **Lugtgener.**

Hyppigste årsager er dårlig mundhygiejne, nekrotisk tumor, infektion, rygning og alkohol. Patienterne skal instrueres i god mundhygiejne og rådgives om mundtørhed som beskrevet ovenfor. Ved nekrotisk tumor i mund og oropharynx anbefales skylning af munden 5 gange om dagen med kulsyreholdig dansk vand. Ved mistanke om samtidig anaerob infektion kan behandles med metronidazol 400 mg x 2-3 i 10 dage eller doxycyklin 200 mg dag 1 herefter 100 mg dagl i 14 dage.

Ved mistanke om stafylokokinfektion behandles med dicloxacillin 500 mg x 3.

### **Blødning.**

Recidivet har stor tendens til blødning når underliggende kar eroderes og kan være årsagen til patientens død. Ved let blødning kan patienten optransfunderes og der kan gives Cyklocapron (1g x 3 dgl.).

### **Infektion.**

Behandling af infektion ved hoved-hals cancer følger de generelle retningslinier med antibiotika afhængig af dyrkningssvar. Dog er der oplagte tilfælde af oral candidiasis, der kan behandles med f.eks. fluconazol 50-100 mg dagl. i 1-2 uger uden forudgående dyrkning. Herudover stor nekrotisk tumor med lugtgener, hvor metronidazol eller doxycyklin kan forsøges.

## **6.3 Ernæring**

Ernæring udgør et særligt problem hos patienter med lokalt recidiv af hoved-halscancer. Patienterne er som oftest forinden intensivt behandlet kirurgisk og/eller onkologisk, som led i primær kurativ behandling og har som følge deraf i forvejen spiseproblemer. Ernæringsproblemerne kan skyldes adskillige faktorer som mundtørhed, ændret tandstatus, synkeproblemer og ændret smagsopfattelse.

Udover den påvirkning af ernærings –situationen som den primære behandling kan medføre, vil et recidivet alene på grund af lokaliseringen bidrage yderligere til problemer. Hertil kommer de bivirkninger der er til en eventuel behandling af recidivet.

### ***Ernæringsvejledning:***

Alle patienter bør ernæringssscreenes efter gældende retningslinier. (se Sundhedsstyrelsens vejledning)

Afhængigt af pt. spiseproblemer vejledes der om hensigtsmæssige valg af mad og drikkevarer med henblik på at sikre stabil vægt, samt medvirke til øget livskvalitet.

Relevant informationsmateriale om ernæring kan udleveres og gennemgås.

Ved behov kan der suppleres med ernæringstilskud i form af bl.a. energi- og proteinrige drikke.

### ***Diætist:***

Følgende patienter bør henvises til diætist:

- ved utilsigtet vægttab forud for behandlingsstart:
  - $\geq 5\%$  vægttab den sidste måned
  - BMI  $\leq 18,5$  (dog BMI  $\leq 24$  for ældre over 70 år )
  - ved vægttab, når patienten møder til opfølgende samtale
- svære tygge- eller synkeproblemer
- komplicerede diagnoser (fx diabetes, forhøjet se-lipider)
- patienter der allerede har en sonde, mhp. optimering af ernæring
- patienter der indlægges pga. ernæringsproblemer
- patienter der indlægges mhp. sondeanlæggelse

### ***Sondeanlæggelse***

Indikation for sondeanlæggelse følger afdelingens vanlige retningslinier herfor.

Ved forventet behov for sonde i mere end 1 måned vælges PEG-sonde ellers NG-sonde.

Ved større relativt vægttab kan der lægges en sonde (dog for adipøse (BMI  $\geq 30$ ) > 10% vægttab)

### ***Tandproblemer***

Recidivet kan påvirke såvel tændernes placering som tilpasning af eventuel protese. Patienten kan henvises til kæbekirurgisk afdeling til vurdering og behandling.

### ***Intravenøs ernæring***

Det vil som hovedregel ikke komme på tale. Ofte er recidivbehandlingen af hovedhalscancer palliativ og ved kurativ behandling er en gastrostomisonde at foretrække. Der kan tænkes situationer hvor kurativ behandling kræver en anden ernærings vej og hvor hverken nasogastrisk sonde eller gastrostomisonde kan anvendes.

## **6.4 Sociale tiltag:**

Det er vanskeligt at udtale sig konkret om sociale problemstillinger, da de vil være afhængige af den enkeltes situation (arbejds-mæssigt og familiemæssigt) og om der er tale om kurative eller palliative forløb.

### **Forsørgelsesgrundlag**

Nogle får fuld løn under sygdom, andre sygedagpenge fra kommunen, medens en del får kontanthjælp og nogle har en pension i forvejen.

### **Kritisk sygdom**

Mange patienter har - som regel via deres pensionsopsparinger - en slags forsikring, hvis man får en kritisk sygdom.

### **Legat fra Kræftens Bekæmpelse – evt. andre legater**

For de mindst bemidlede er der mulighed for at søge legat på 3000,- kr. hos Kræftens bekæmpelse. - Der findes desuden en række andre legater som kan søges.

### **Pension**

Om der kan søges pension må bero på prognosen og en konkret vurdering for den enkelte patient, da ansættelsesforhold, private pensionsordninger og familiemæssige forhold kan spille en væsentlig rolle.

Hvis patienten har pension i forvejen kan der være mulighed for forhøjelse, hvis pensionen er tilkendt efter reglerne der gjaldt før 1/1-2003.

### **Sondemad**

Regionsrådet yder 60 % tilskud også til remedier. Hvis hjemmeplejen er involveret kommer de med remedierne. Mindre bemidlede kan søge yderligere tilskud hos kommunen.

Terminale patienter får 100 % tilskud.

### **Medicin**

Medmindre der er tale om terminalpatient, hvor medicin er gratis, er tilskud til medicin et svært område, da der er forskellige muligheder alt efter konkrete forhold.

### **Terminale patienter**

Stilles som udgangspunkt som om de var indlagte. Det betyder gratis medicin, sondemad m.v.. Der kan ydes plejeorlov til pårørende.

## Referenceliste

1. Jorgensen K, Godballe C, Hansen O, Bastholt L. Cancer of the larynx--treatment results after primary radiotherapy with salvage surgery in a series of 1005 patients. *Acta Oncol* 2002; 41(1):69-76.
2. Robbins KT, Clayman G, Levine PA et al. Neck dissection classification update: revisions proposed by the American Head and Neck Society and the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 128(7):751-758.
3. Godballe C, Jorgensen K, Hansen O, Bastholt L. Hypopharyngeal cancer: results of treatment based on radiation therapy and salvage surgery. *Laryngoscope* 2002; 112(5):834-838.
4. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og klinisk diætister. Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. Sundhedsstyrelsen, 2003.
5. Vergeer et al. Control of nodal metastases in squamous cell head and neck cancer treated by radiation therapy or chemoradiation. *Radiationtherapy and Oncology*, 2006 Apr;79(1):39-44.
6. Colevas AD. Chemotherapy options for patients with metastatic or recurrent squamous cell carcinoma of the head and neck. *JCO*.2006 jun. 24:17.p 2644-2652. Bentzen JD, Hansen HS. Phase II analysis of Paclitaxel and Capecitabine in the treatment of recurrent or disseminated squamous cell carcinoma of the head and neck region. *Head & Neck*, 2007 jan,10.1002.p 47-51.
7. Cohen EE, Rosen F, Stadler WM et al. Phase II trial of ZD1839 in recurrent or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck. *J. Clin. Oncol.* 2003;21:1980-7.
8. Cohen EE, Kane MA, List MA et al. Phase II trial of gefitinib 250 mg daily in patients with recurrent and/or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck. *J. Clin. Oncol.* 2005;11:8418-24.
9. Soulieres D, Senzer NN, Vokes EE et al. Multicenter phase II study of erlotinib, an oral epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitor, in patients with recurrent or metastatic squamous cell cancer of the head and neck. *J. Clin. Oncol.* 2004;22:77-85.
10. Vermorken JB, Trigo J, Hitt R et al. Open-label, uncontrolled, multicenter phase II study to evaluate the efficacy and toxicity of cetuximab as a single agent in patients with recurrent and/or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck who failed to respond to platinum-based therapy. *J. Clin. Oncol.* 2007;25:2152.
11. Burtneess B, Goldwasser MA, Flood W et al. Phase III randomized trial of cisplatin plus placebo compared with cisplatin plus cetuximab in metastatic/recurrent head and neck cancer: an Eastern Cooperative Oncology Group study. *J. Clin. Oncol.* 2005;23:8646-54.
12. Vermorken JB, Mesia R, Vega E et al. Cetuximab extends survival of patients with recurrent or metastatic SCCHN when added to first-line platinum-based therapy – results of a randomized phase III (EXTREME) study (abstract). *Proc. ASCO 2007*, Abstract no. 6091.