

Handläggning av patienter med tungcancer, regional vårdriktlinje

Bakgrund

I Sverige drabbas 160 människor/år av tungcancer (1). Enligt SweHNCR är två tredjedelar av tungcancerfallen i stadium I–II vid diagnosen, men ockult metastasering är vanligt förekommande (1).

Symtom

Svullnader/förtjockningar i munhålan, utvecklingen av röda eller röd-vitprickiga förändringar. Sår som inte läker inom 2 veckor. Även oömma knölar på halsen kan vara tecken på cancer i munhålan.

Riskgrupper

- Rökning ökar risken för munhålecancer 4–5 gånger (2).
- Alkoholmissbruk framförallt tillsammans med rökning är en stor riskfaktor (2).
- Dålig tandstatus kan ge slemhinneskador i munnen som kan leda till cancer (3).
- Tidigare munhålecancer medför en upp till 20 ggr så stor risk att utveckla en ny munhålecancer inom 5–10 år (4).

Diagnos och utredning

Diagnos fås genom provtagning av vävnad (biopsi). Detta görs av öron-, näs- och halsläkare. Vidare utredning sker med skiktröntgen (datortomografi) av lungor och magnetröntgen (MR) av halsen. Då undersöker man också om det finns eventuell spridning till lymfkörtlarna på halsen eller i sällsynta fall till lungorna. För bedömning av förändringar på tungan föredras MR-undersökning. MR-undersökning hjälper kirurgen att bestämma kirurgins omfattning (resektabilitet).

Behandling

Små ytliga tumörer behandlas ofta enbart med kirurgi, dvs. partiell tungresektion eller hemiglossektomi. Större tumörer med en kombination av kirurgi och postoperativ strålbehandling. I de fall rekonstruktion bedöms indicerad kan man använda en fri vaskulariserad lambå. Behandlingen omfattar också halsens lymfkörtlar även om man inte kunnat påvisa sjukdom i dessa (se nedan).

Förslag till behandling

Alla patienter ska erbjudas kirurgisk resektion av tumör och ipsilateral halskörtelutrymning av regio I + II + III. Större tumörer kräver samoperation med

plastikkirurg (täckning med radialislambå). Tumörer i stadium III-IV behandlas med kombination av kirurgi och postoperativ strålbehandling. Beslutet om strålbehandling tas på MDK.

Halsens lymfkörtlar

Aktiv behandling av N0 hals rekommenderas eftersom occult metastasering är vanlig (cirka 30%) (5, 6). Patienter i stadium I (T1N0) har under senare tid varit föremål för diskussion gällande elektiv halskörtelutrymning (5, 6). Faktorer av betydelse är tumörens tjocklek (tumour thickness) och tumörens djup (depth of invasion). Tidigare studie har visat att occult metastasering är 5,6% för tumör djup av 3mm och 16,9% för tumör djup av 4mm (7). I en annan studie fann man att risken för occult metastasering är 4,5% för tumörtjocklek av 4mm och 16,6% för tumörtjocklek av 5mm. Andra författare har förespråkat elektiv halskörtelutrymning vid tumörtjocklek och tumör djup av ≥ 2 mm (9).

Efter behandlingen

Tungan är viktig för såväl talet som sväljningen. Tungan formar orden och är det som för maten bak till svalget där den kan sväljas ner. Vilka problem som kan uppstå efter behandlingen beror på hur stor del av tungan man tvingats operera bort. De flesta återfår funktionen men man kan behöva träna både sväljning och tal för att det ska fungera. Rehabilitering med hjälp av logoped och dietist kan vara viktiga framgångsfaktorer.

Att tänka på

Preoperativt

- Remiss till smärtenheten
- Remiss till plastikkirurg i de fall det är nödvändigt med lambå (radialis-lambå)
- Remiss till logoped
- Remiss till kirurgiska kliniken för insättning av PEG (Push PEG), i de fall det är nödvändigt med lambå (radialislambå)
- Kontakt med dietist

Peroperativt

Antibiotika; Zinacef 1,5 g x3 i 1 dygn och Metronidazol 500 mg x3 i 1 dygn. Betapred 4mg x 3 (operationsdagen).

Postoperativt

Smärtlindring.

Uppföljning

Det är viktigt att följa upp patienten för att kontrollera om cancerbehandlingen förorsakar biverkningar, upptäcka ett eventuellt återfall av cancer och säkerställa att patienten återhämtar sig väl. Vid uppföljningen utför man en klinisk undersökning och vid första året beställs en PET-CT.

Mer information

Referenser:

1. SweHNCR (Swedish head and neck cancer register)
2. Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM, Austin DF, Greenberg RS, Preston-Martin S, Bernstein L, Schoenberg JB, Stemhagen A, Fraumeni JF Jr. Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Res.* 1988 Jun 1;48(11):3282-7.
3. Farquhar DR, Divaris K, Mazul AL, Weissler MC, Zevallos JP, Olshan AF3. Poor oral health affects survival in head and neck cancer. *Oral Oncol.* 2017 Oct;73:111-117. doi: 10.1016/j.oraloncology.2017.08.009.
4. Brown B, Barnes L, Mazariegos J, Taylor F, Johnson J, Wagner RL. Prognostic factors in mobile tongue and floor of mouth carcinoma. *Cancer.* 1989 Sep 15;64(6):1195-202.
5. Imai T, Satoh I, Matsumoto K, Asada Y, Yamazaki T, Morita S, Saijo S, Okubo JI, Wakamori S, Saijo S, Matsuura K. Retrospective observational study of occult cervical lymph-node metastasis in T1N0 tongue cancer. *Jpn J Clin Oncol.* 2017 Feb 26;47(2):130-136. doi: 10.1093/jjco/hyw172.
6. Alsaffar HA, Goldstein EV, King V, De Almeida JR et al. Correlation between clinical and MRI assessment of depth of invasion in oral tongue squamous cell carcinoma. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016; 45: 61.
7. D'Cruz AK, Vaish R, Kapre N, Dandekar M, Gupta S, Hawaldar R, Agarwal JP, Pantvaitya G, Chaukar D, Deshmukh A, Kane S, Arya S, Ghosh-Laskar S, Chaturvedi P, Pai P, Nair S, Nair D, Badwe R; Head and Neck Disease Management Group. Elective versus Therapeutic Neck Dissection in Node-Negative Oral Cancer. *N Engl J Med.* 2015 Aug 6;373(6):521-9. doi: 10.1056/NEJMoa1506007. Epub 2015 May 31.
8. Huang SH, Hwang D, Lockwood G, Goldstein DP, O'Sullivan B. Predictive value of tumor thickness for cervical lymph-node involvement in squamous cell carcinoma of the oral cavity: a meta-analysis of reported studies. *Cancer* 2009; 115: 1489-97.
9. Pfister DG, Ang KK, Brizel DM, Burtness BA, Busse PM, Caudell JJ, Cmelak AJ, Colevas AD, Dunphy F, Eisele DW, Gilbert J, Gillison ML, Haddad RI; National Comprehensive Cancer Network. Head and neck cancers, version 2.2013. Featured updates to the NCCN guidelines. *J Natl Compr Canc Netw.* 2013 Aug;11(8):917-23.

Om dokumentet

Fastställt: 2019-04-11

Ansvarig

- Maria Adamsson, öron-, näs- och halskliniken Region Jönköpings län
- (Jahan Abtahi, öron-, näs- och halskliniken Region Östergötland)