

Tillämpning av Nationellt vårdprogram för Huvud- och halscancer

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2019-00867) giltig tom oktober 2021.

Utarbetad av regional vårdprocessgrupp för Huvud- och halscancer, RCC Väst.

Nytt sedan föregående revidering

- Ett helt nytt omvårdnadskapitel.
- Det reviderade vårdprogrammet har anpassats till TNM 8.
- I vårdprogrammet rekommenderas att PET med diagnostisk datortomografi samt MR, används något mer vid utredning av huvud- och halscancer jämfört med tidigare.
- Behandlingsrekommendationerna har ändrats något, men oftast till färre rekommenderade behandlingsalternativ jämfört med tidigare. Immunterapi har tillkommit som en andra linjens behandling vid palliativ behandling, likaså har protonbestrålning på Skandionkliniken i Uppsala tillkommit som ett möjligt behandlingsalternativ i utvalda fall.
- Den regionala Huvud- och halscancergruppen har beslutat att alla uppföljande tumörkontroller sker på Sahlgrenska Universitetssjukhuset det första året efter avslutad behandling, därefter på hemortssjukhuset.

Bakgrund

Baserat på Nationellt vårdprogram för Huvud- och halscancer (HH-cancer) 2019.

Regional tillämpning

Observera att endast undantag från det Nationella vårdprogrammet (NVP) beskrivs, och där vårdprogrammet anger flera behandlingsalternativ ges mer detaljerade anvisningar. Riktlinjer för de nio diagnosgrupperna beskrivs per diagnos nedan.

LÄPPCANCER

Utredning

T1 tumör utan kliniska palpationsfynd submentalt eller på halsen kräver ingen radiologisk utredning. T2–T4 tumör ska utredas med CT huvud-hals-thorax inför multidisciplinär konferens (MDK). Finnålspunktion från metastasmissänkta lymfkörtlar ska utföras, ev. ultraljudsledd.

Behandling

Vid T2-T4 N0M0 tumörer ska profylaktisk halskörtelutrymning (nivå I, II, III) göras på samma sida. För tumörer som växer vid/över medellinjen skall även area IA kontralateralt utrymmas. Postoperativ strålbehandling ges till stadium III-IV.

Uppföljning

T1N0M0 tumörer

Följs på behandlande klinik var 3:e månad första två åren och sedan en gång per år upp till fem år.

Tumörer större än T1

Vid stadium III-IV ska CT-huvud-hals utföras 3 månader efter avslutad behandling.

Tyreoidaeafunktionen skall kontrolleras årligen hos patienter som har fått strålbehandling.

Kontrolleras under det första året var 3:e månad på det behandlande sjukhuset.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortslasarettet.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortslasarettet.

MUNHÅLECANCER

Utredning

Radiologisk utredning ska omfatta CT-Huvud-hals-thorax **och** MR munhåla. Vid behov kompletteras utredningen med CBCT eller PET-CT (t.ex. vid misstanke om kontralateral lymfkörtelmetastas eller lungmetastaser). Finnålspunktion från metastasmisstänkta lymfkörtlar ska utföras, ev. ultraljudsledd. Observera att tumörens infiltrationsdjup påverkar T-klassificeringen varför det är viktigt med djupa biopsier.

Behandling

Tumörer i stadium I och II behandlas enbart med kirurgi medan kombinationsbehandling rekommenderas vid stadium III och IV.

Kirurgisk behandling

Primärtumörer i munhålan exstirperas kirurgiskt, när ingreppet bedöms kunna göras med bevarande av rimligt god funktion och kosmetik. Vid omfattande kirurgi kan rekonstruktion bli aktuellt. Vid skelettengagemang utförs lådresektion eller hemimandibel-/hemimaxillektomi. Vid skelettingrepp inopereras titanfixturer för senare infästning av tandprotes eller gomplatta. Vid tveksam eller bristfällig radikalitet måste man i första hand överväga utvidgad resektion alternativt postoperativ strålbehandling. Om tumören inte är kirurgiskt resektabel rekommenderas kurativt syftande strålbehandling eventuellt med tillägg av medicinsk tumörbehandling.

Kirurgi på halsen görs endast om primärtumören opereras. Vid säkerställd eller stark misstänkt halslymfkörtelmetastas utförs modifierad radikal halskörtelutrymning ipsilateralt (nivå I-V samt eventuellt v. jugularis interna och m. sternocleidomastoideus). Då regionala lymfkörtelmetastaser inte föreligger utförs en diagnostisk supraomohyoidal halskörtel-utrymning (nivå I-III) ipsilateralt utom vid gingivomaxillär cancer, då man avstår från kirurgi på halsen. När primärtumören växer nära eller över medellinjen, medtas även nivå I a (submentalt) kontralateralt.

Strålbehandling

Vid stadium III och IV rekommenderas en kombinationsbehandling med primär kirurgi följt av strålbehandling. Vid T3-T4N0 ges postoperativt fulldos strålbehandling mot primärtumören (68 Gy) och profylaktisk dos (52,7 Gy) mot halsen. Vid N+ hals ges fulldos strålbehandling mot halsen (68 Gy). Vid inoperabel tumör ges strålbehandling primärt till doser enligt ovan.

Medicinsk tumörbehandling

Konkomitant cisplatin (40 mg/m²) kan ges veckovis som tillägg till strålbehandlingen till patienter med WHO "performance status" 0–1, om radikalitet inte uppnås vid primäroperationen och/eller vid regional metastasering med periglandulär växt. Cisplatin kan även ges i de fall där tumören initialt bedöms vara icke-resektabel. Om det finns kontraindikationer för cisplatin ger man i stället cetuximab (Erbix 400 mg/m² veckan innan samt 250 mg/m² veckovis under strålbehandlingen).

Innan påbörjad behandling ska audiogram och njur-clearance undersökning utföras.

Uppföljning

Uppföljning med MR eller CT munhåla-hals rekommenderas 3 månader efter avslutad behandling.

Tyreoidaeafunktionen skall kontrolleras årligen hos patienter som har fått strålbehandling.

Patienterna kontrolleras var 3:e månad under första året på behandlande sjukhus.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortslasarettet.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortslasarettet.

OROPHARYNXCANCER

Utredning

Om möjligt tas biopsi i lokalbedövning. Palpation i narkos utförs inte standardmässigt. P16 analys skall alltid göras primärt och HPV-typning är önskvärt för alla oropharyngeala tumörer. Radiologisk utredning ska omfatta CT huvud-hals-thorax och MR svalg. Finnålspunktion från metastasmissänkta lymfkörtlar ska utföras, ev. ultraljudsledd.

Behandling

Strålbehandling

Dosnivåer 68 Gy, 2 Gy per fraktion, 6 fraktioner per vecka till primärtumör och engagerade körtelstationer. 52,7 Gy med 1,55 Gy per fraktion med 6 fraktioner per vecka till adjuvant volym (oftast kontralaterala halskörtlar). Brachyterapi kan ges som tillägg vid tungbascancer T3-4 med 12 Gy PDR teknik ca 14 dagar efter extern strålbehandling.

Medicinsk tumörbehandling

Är aktuell för patienter i performance status 0-1 med p16 negativ cancer stadium III-IV och för patienter med p16 positiv cancer och lymfkörtelmetastaser eller

T3-T4-tumörer.

Innan påbörjad behandling ska audiogram och njur-clearance undersökning utföras.

Cisplatin 40 mg/m² ges veckovis under strålbehandlingen. Innan påbörjad behandling ska audiogram och njur-clearance undersökning utföras. Vid kontraindikation för cisplatin ges istället veckovis cetuximab (Erbix 400 mg/m² veckan innan samt 250 mg/m² veckovis under strålbehandlingen).

Kirurgisk behandling

Primärtumören opereras endast i undantagsfall.

Uppföljning

Radiologisk utvärdering med i första hand MR utförs 3 månader efter avslutad behandling.

Tyreoidafunktionen skall kontrolleras årligen.

Kontroller var 3:e månad första året på behandlande klinik.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortslasarettet.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortslasarettet.

NASOPHARYNXCANCER

Utredning

Den kliniska utredningen består av biopsi från primärtumören för PAD och EBV-analys, finnålspunktion för cytologi alternativt mellannål för vävnadsbiopsi från misstänkta lymfkörtelfynd.

Om tumören är EBV-positiv bör man överväga serologi för EBV-DNA, som ett baslinjesvärde för behandlingsbedömning och uppföljning.

Radiologisk utredning

CT av huvud, hals och thorax och MR av primärtumörområdet. PET-CT vid lokoregionalt avancerade tumörer. Ev. ultraljuds ledd finnålspunktion av halsens lymfkörtlar.

Vid nasofarynxcancer baseras T-stadium inte på tumörstorlek utan på lokal utbredning och engagemang av närliggande strukturer. Därför krävs både CT och MR för att bedöma tumörens utbredning och spridning.

Behandling

Strålbehandling

Dosnivåer 68 Gy, 2 Gy per fraktion, 6 fraktioner per vecka till primärtumör och engagerade körtelstationer. 52,7 Gy med 1,55 Gy per fraktion med 6 fraktioner per vecka till adjuvant volym (oftast kontralaterala halskörtlar).

Medicinsk tumörbehandling

Är aktuell för patienter i performance status 0-1. **Stadium II:** Cisplatin 40 mg/m² ges veckovis under strålbehandlingen. Innan påbörjad behandling ska audiogram och njur-clearance undersökning utföras. Vid kontraindikation för cisplatin ges istället veckovis cetuximab (Erbix 400 mg/m² veckan innan samt 250 mg/m² veckovis under strålbehandlingen).

Stadium III-IV: Induktionskemoterapi med 2 cykler cisplatin 75 mg/m² samt 5FU 750 mg/m² dag 1-5 följt av veckovis cisplatin 50 mg fix dos (CVK, audiogram och njur-clearance innan behandlingsstart).

Uppföljning

Radiologisk utvärdering med MR bör utföras årligen, med första undersökning 3 månader efter avslutad behandling. Vid svårtolkad undersökning kompletteras den radiologiska uppföljningen med PET-CT.

Tyreoidafunktionen skall kontrolleras årligen och hypofysfunktionen vid behov. Vid EBV-positiv sjukdom bör EBV i serum följas.

Kontroller var 3:e månad första året på behandlande klinik.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortslasarettet.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortslasarettet.

HYPOPHARYNXCANCER

Utredning

Endoskopisk utredning omfattar hypofarynx, larynx, trakea och övre esofagus för att kartlägga tumörutbredningen och biopsier för PAD. Finnålspunktion från metastasmissstänkta lymfkörtlar ska utföras, ev. ultraljudsledd. Vid skopi, inför MDK, ska resektabiliteten, dvs tumörutbredning bedömas och dokumenteras.

Radiologisk utredning omfattar CT av huvud, hals och thorax, och komplettera ev. med MR av primärtumörområdet. Vid avancerad sjukdom och då kurativt syftande behandling ev. PET-CT helkropp.

Behandling

Profylaktisk behandling med PEG ska erbjudas alla patienter inför behandlingsstart.

Strålbehandling

Dosnivåer 68 Gy, 2 Gy per fraktion, 6 fraktioner per vecka till primärtumör och engagerade körtelstationer. 52,7 Gy med 1,55 Gy per fraktion med 6 fraktioner per vecka till adjuvant volym (oftast kontralaterala halskörtlar).

Medicinsk tumörbehandling

Är aktuell för patienter i performance status 0-1 i stadium III-IV. Cisplatin 40 mg/m² ges veckovis under strålbehandlingen. Innan påbörjad behandling ska audiogram och njur-clearance undersökning utföras. Vid kontraindikation för cisplatin ges istället veckovis cetuximab (Erbix 400 mg/m² veckan innan samt 250 mg/m² veckovis under strålbehandlingen).

Uppföljning

I första hand rekommenderas radiologisk utvärdering med CT hals-thorax 3 månader efter avslutad behandling.

Kontroll av tyreoidfunktionerna skall göras årligen.

Kontroller var 3:e månad första året på behandlande klinik.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortslasarettet.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortslasarettet.

LARYNXCANCER

Utredning

Stämbandens rörlighet ska anges och videodokumenteras. Tumörutbredning bedöms genom mikrolaryngoskopi med biopsi under narkos. Stämband, subglottiska och det supraglottiska rummet bedöms. Misstänkta lymfkörtelmetastaser bör finnålpunkteras.

Radiologisk utredning

CT hals-thorax skall göras och kompletteras ev. med MR av primärtumörområdet. Finnålpunktion från metastasmisstänkta lymfkörtlar ska utföras, ev. ultraljudsledd.

Behandling

Kirurgisk behandling

Vid glottiskt larynxcancer T1a bör kirurgisk extirpation övervägas. T4 tumörer behandlas i första hand med laryngectomi och kirurgisk behandling kan även övervägas för glottiska T3-tumörer i vissa fall. Postoperativ strålbehandling bör ges efter laryngectomi.

Strålbehandling

68 Gy ges mot larynx. Vid tumörstadium $\geq T2$ ges även profylaktisk körtelbestrålning till 52,7 Gy. Supraglottisk larynxcancer T1-T3 strålbehandlas till kurativ dos mot larynx (68 Gy) samt profylaktisk dos mot halsen bilateralt (52,7 Gy).

Medicinsk behandling

Är aktuell för patienter i performance status 0-1 i stadium III-IV. Cisplatin 40 mg/m² ges veckovis under strålbehandlingen. Innan påbörjad behandling ska audiogram och njur-clearance undersökning utföras. Vid kontraindikation för cisplatin ges istället veckovis cetuximab (Erbix 400 mg/m² veckan innan samt 250 mg/m² veckovis under strålbehandlingen).

Behandlingsutvärdering

Efter kirurgisk behandling av T1-tumörer görs laryngoskopi, eventuellt i narkos, efter 3 månader. Radiologisk uppföljning efter kirurgi bedöms individuellt.

Efter strålbehandling - klinisk kontroll efter 6 veckor. Vid T2-T4 tumörer görs CT-

larynx 3 månader efter avslutad behandling och därefter laryngoskopi, eventuellt i narkos. I svårvärderade fall görs PET-CT.

Uppföljning

Tyreoidafunktionen skall kontrolleras årligen hos strålbehandlade patienter.

Kontroller var 3:e månad första året på behandlande klinik.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortslasarettet.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortslasarettet.

SPOTTKÖRTELCANCER

Utredning

Finnålspunktion ska utföras av primärtumören. Vid oklar cytologi rekommenderas ompunktion eller mellannålsbiopsi.

Radiologisk utredning

CT av huvud, hals och thorax och MR av primärtumörområdet. Finnålspunktion från metastasmisstänkta lymfkörtlar ska utföras, ev. ultraljudsledd. Vid avancerad spottkörtelcancer och högmaligna tumörer, stadium III och IV, rekommenderas helkropp PET/CT för detektion av körtelmetastaser och fjärrspridning.

Behandling

Behandling av primärtumören sker enligt NVP. Vid primärtumör utan kända regionala lymfkörtelmetastaser utryms lymfkörtlarna i nivå I-III. Vid säkerställd eller mycket stark misstanke om halslymfkörtelmetastaser utförs modifierad radikal halslymfkörtelutrymning ipsilateralt.

Tumörer i stadium I–II ges postoperativ strålbehandling vid högmalign histologi och liten kirurgisk marginal. Stadium III–IV-tumörer ska alltid strålbehandlas postoperativt. Postoperativ strålbehandling rekommenderas för alla maligna tumörer i glandula submandibularis, förutom små lågradiga tumörer som exciderats med god marginal.

Uppföljning

Radiologisk uppföljning sker individuellt efter kirurgi. För patienter med kombinationsbehandling görs en MR spottkörtlar och hals 3 månader efter avslutad strålbehandling.

Tyreoidafunktionen skall kontrolleras årligen hos strålbehandlade patienter.

Kontroller var 3:e månad första året på behandlande klinik.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortslasarettet.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortslasarettet.

I vissa fall, t.ex vid adenoidcystisk cancer, kan man överväga att följa patienten längre.

NÄS- BIHÅLECANCER

Utredning

Radiologisk utredning

CT av huvud, hals och thorax, gärna med navigationsprotokoll. Bihåle-CT med låg stråldos utan kontrast är otillräcklig. Kompletterande MR av primärtumörområdet. Finnålspunktion från metastasmissstänkta lymfkörtlar ska utföras, ev. ultraljudsledd. Vid avancerad tumörsjukdom ev. PET-CT.

Behandling

Vid T1-T2N0 tumör rekommenderas primär kirurgi enligt NVP.

Vid stadium III-IV ges pre-operativ kemoradioterapi följt av kirurgi om tumören bedöms resektabel. Den pre-operativa strålbehandling ges till 47,6 Gy med 1,7 Gy per fraktion två gånger dagligen, tio fraktioner per vecka. Om kirurgi inte planeras efter ny bedömning blir slutdosen 64,6 Gy med paus efter 47,6 Gy. Profylaktisk strålbehandling mot halsen tillämpas inte. Om postoperativ strålbehandling (exempelvis vid adenoidcystisk cancer) ges konventionell fraktionering till 68 Gy, denna fraktionering används även vid primär fulldosbehandling vid lägre stadier där man inte planerar kirurgi.

Medicinsk behandling

Vid stadium III-IV ges induktionskemoterapi med cisplatin 100 mg/m² och 5FU 1000 mg/m² i fem dagar. Två induktionscykler samt en cykel konkomitant med strålbehandlingen (CVK, audiogram och clearance innan behandlingsstart).

Uppföljning

Radiologisk undersökning med samma metod som primärdiagnostiken tre månader efter avslutad behandling och sedan årligen.

Kontroller var 3:e månad första året på behandlande klinik.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortslasarettet.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortslasarettet.

LYMFKÖRTELMETASTAS PÅ HALSEN MED OKÄND PRIMÄRTUMÖR - CUP-HH

Utredning

För patient med cytologisk verifierad metastas är PET-CT med diagnostisk CT hals och thorax förstahandsundersökning. Om radiologin ej avslöjar primärtumören görs bilateral tonsillektomi och biopsi/ mellannålsbiopsi från tungbas och px från nasopharynx. P16 analys och EBV-diagnostik skall alltid genomföras på histopatologiskt eller cytologiskt preparat.

Behandling

Primär kirurgi med radikal halslymfkörtelutrymning följt av postoperativ

strålbehandling till 68 Gy till ipsilateral hals och centrala svalgrummet och adjuvant dos till kontralateral hals tillämpas. Vid bristande radikalitet eller periglandulär växt ges tillägg av kemoterapi. För patienter med bilaterala körtlar, eller inoperabel körtel, eller där all körtelvävnad exstirperats för diagnostik ges primär radiokemoterapi. Fraktionering och medicinsk behandling sker enligt oropharynxcancer.

Uppföljning

Radiologisk undersökning med samma metod som primärdiagnostiken tre månader efter avslutad behandling och sedan vid behov.

Tyreoideafunktionen skall kontrolleras årligen.

Kontroller var 3:e månad första året på behandlande klinik.

År 2. Kontroll var 3:e månad på hemortslasarettet.

År 3-5. Kontroll var 6:e månad på hemortslasarettet.

Vårdprocess- vårdnivå- vårdstruktur

Utredning ska ske enligt Standardiserat Vårdförlopp (SVF) på enhet som har kompetens och resurser att genomföra hela utredningen. Kontaktsjuksköterska och koordinator ska finnas. Alla patienter diskuteras på MDK med undantag för T1 läppcancer (se figur 1).

Behandling sker på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU/S) om inte annat beslutas på MDK. Palliativ behandling bör kunna ges på länssjukhusen. Ansvar för rehabilitering ligger på hemortskliniken när man har fått remiss/meddelande om att patienten är färdigbehandlad. Det ska finnas tillgång till kurator, dietist, smärtenhet, sjukhustandvård, logoped, psykolog och sjukgymnast.

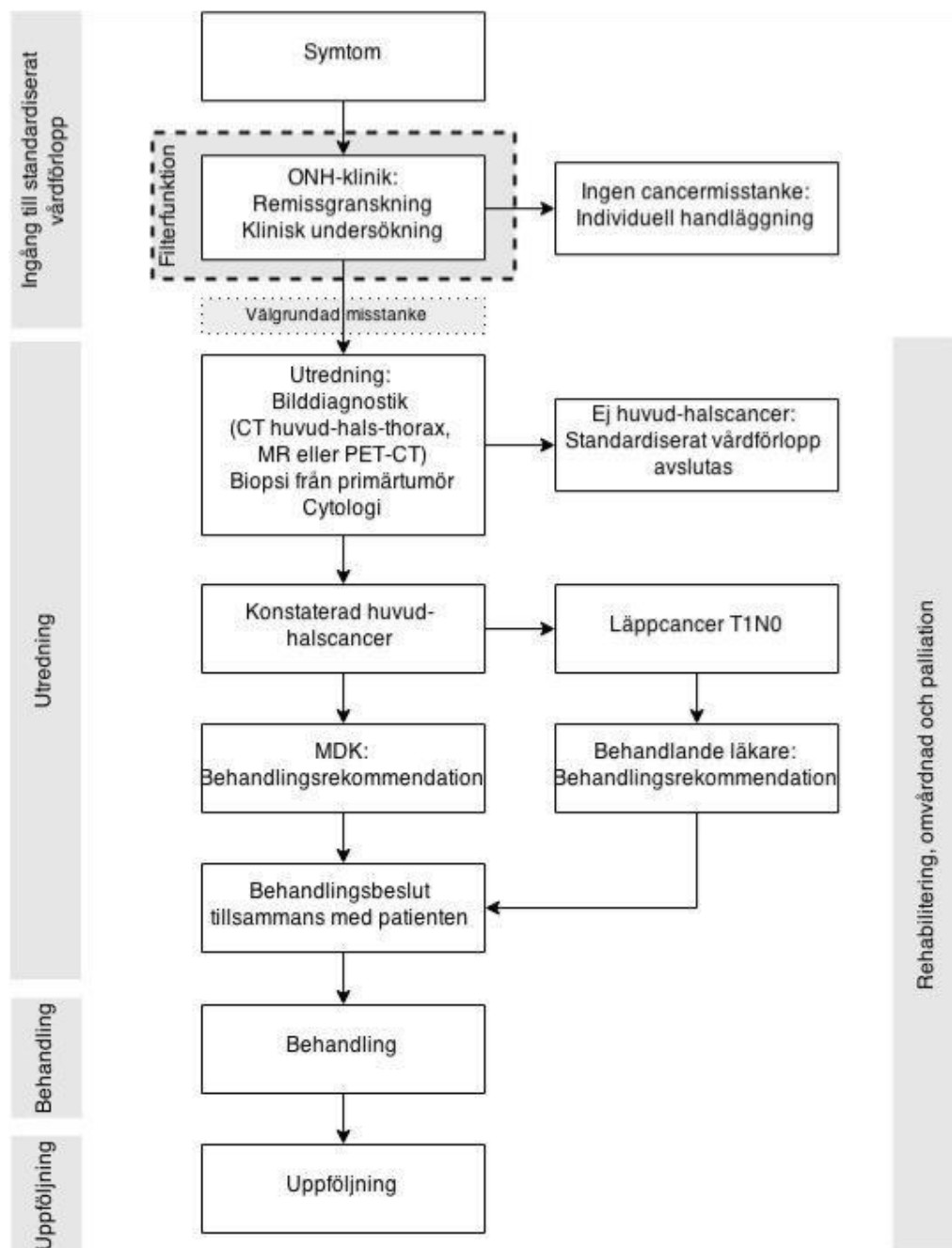
Uppföljning

För alla diagnoser gäller att hemortskliniken och kontaktsjuksköterskan ska informeras när patienten är färdigbehandlad. Uppföljning ska ske enligt riktlinjerna ovan. Det första året efter avslutad behandling sker tumörkontroller på Sahlgrenska Universitetssjukhus och därefter på hemortssjukhuset.

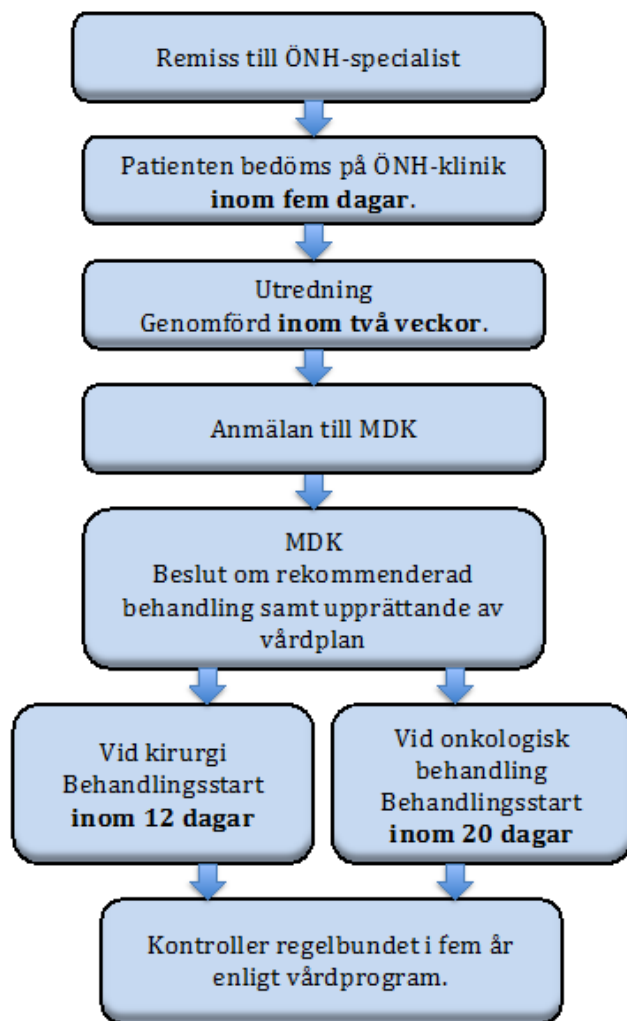
Vid misstanke om recidiv sker utredning på den klinik som ansvarar för de uppföljande kontrollerna. Patienter med lokoregionala recidiv återremitteras till MDK för ställningstagande till ytterligare behandling medan patienter med generaliserad sjukdom kan remitteras direkt till Onkologen SU för bedömning.

Registrering sker i *Svenskt kvalitetsregister för huvud- och halscancer* (SweHNCR) samt i Elvis avseende de mätpunkter som angivits i SVF.

Figur 1. Standardiserat Vårdförlopp



Vårdprocesskarta



Den maximala tiden för vårdförloppet från första besök hos specialist till behandlingsstart för kirurgi respektive onkologi ska vara 30 respektive 38 dagar, enligt standardiserat vårdförlopp.