

Onkologi

#3 • 2024 •
I SVERIGE

**NOPHO 2024
främjar global
samverkan inom
barnonkologi**

**Så ska
patienter
med njur-
cancer
leva längre**

**Hälsoeffekter
av träning
under cancer-
behandling**

**Podden som
ger svar till
nyfikna
patienter**

Eva Jolly

– drivkraften bakom en bättre cancervård

**Ny ordförande i SOF
driver på för ökad
forskningsfinansiering**

OPDIVO® (nivolumab)

Rekommenderas av NT-rådet för adjuvant, första och andra linjens behandling av patienter med cancer i magtarmkanalen¹⁻³

	LOKALT AVANCERAD	AVANCERAD/METASTASERAD	
	ADJUVANT behandling efter neo- adjuvant kemoradioterapi	1L OSCC: PD-L1 TC ≥1% GEA: HER2-, PD-L1 CPS ≥5	2L efter tidigare kemoterapi
Esofagus Skivepitelcarcinom			
Esofagus Adenocarcinom			
Gastroesofageala övergången Adenocarcinom			
Ventrikel Adenocarcinom			
Kolorektal dMMR/MSI-H			

OSCC: Esofagus cancer av skivepiteltyp; GEA: Adenocarcinom i esofagus (OAC), gastroesofageala övergången (GEJC) och ventrikeln (GC); dMMR/MSI-H: kolorektalcancer (CRC) som uppvisar defekt mismatch repair (dMMR) eller hög mikrosatellitinstabilitet (MSI-H).

- 1 NT-rådets yttrande till regionerna 2022-02-25 – www.janusinfo.se.
- 2 NT-rekommendation – www.janusinfo.se.
- 3 OPDIVO Produktresumé 25 mars 2024.

OPDIVO® (nivolumab) 10 mg/ml koncentrat till infusionsvätska, lösning. Antineoplastiska medel, monoklonala antikroppar, ATC-kod: L01FF01. **Indikationer:** Opdivo är indicerat för behandling av vuxna med:

- metastaserande kolorektalcancer som uppvisar defekt mismatch repair eller hög mikrosatellitinstabilitet efter tidigare fluoropyrimidinbaserad kemoterapi i kombination, i kombination med Yervoy
- icke-resektabel avancerad, återkommande eller metastaserande esofagus cancer av skivepiteltyp med tumörcellsuttryck av PD-L1 ≥1%, i första linjen i kombination med Yervoy eller fluoropyrimidin- och platinabaserad kemoterapi.
- icke-resektabel avancerad, återkommande eller metastaserande esofagus cancer av skivepiteltyp efter tidigare fluoropyrimidin- och platinabaserad kemoterapi i kombination
- esofagus cancer eller cancer i gastroesofageala övergången som har kvarstående mikroskopisk sjukdom efter tidigare neoadjuvant kemoradioterapi (adjuvant behandling)
- HER2-negativt avancerat eller metastaserande adenocarcinom i ventrikeln, gastroesofageala övergången eller esofagus, vars tumörer uttrycker PD-L1 ≥5 enligt metoden combined positive score (CPS), första linjens behandling i kombination med fluoropyrimidin- och platinabaserad kemoterapi

Varningar och försiktighet: Behandling ska initieras och övervakas av specialtläkare med erfarenhet av cancerbehandling. **Immunrelaterade biverkningar:** Opdivo är associerat med immunrelaterade biverkningar som kan påverka flera system i kroppen samtidigt. Fall med dödlig utgång har förekommit. Tidig diagnos av dessa och lämplig behandling är nödvändig för att minimera livshotande komplikationer. Baserat på biverkningens allvarlighetsgrad, ska uppehåll med Opdivo eller kombinationsbehandling med Opdivo göras och kortikosteroider administreras. Patienter bör övervakas kontinuerligt (i minst 5 månader efter sista dosen) då en biverkning kan ske när som helst under eller efter avslutad behandling. Immunrelaterade biverkningar inträffade med högre frekvens när Opdivo administrerades i kombination med Yervoy jämfört med Opdivo som monoterapi. **Andra viktiga varningar och försiktighetsåtgärder:** Kan öka avstöttningsrisken hos organtransplanterade patienter. Allvarliga infusionsreaktioner har rapporterats. **Interaktioner:** Användning av systemiska kortikosteroider och annan immunsuppressiv behandling bör undvikas före start av Opdivo på grund av dess möjliga påverkan på

den farmakodynamiska aktiviteten. **Esofagus cancer av skivepiteltyp:** Innan behandling av patienter med snabbt progredierande sjukdom, ska läkaren överväga den fördröjda effekten av Opdivo och Opdivo i kombination med Yervoy. **Förpackningar:** 1 injektionsflaska om 4 ml, 10 ml, 12 ml eller 24 ml. **Övrig information:** Rx, EF. För fullständig information, se www.fass.se. Baserat på produktresumé: 25 mars 2024. Bristol Myers Squibb, Tel. 08-704 71 00, www.bms.com/se

YERVOY® (ipilimumab) 5 mg/ml koncentrat till infusionsvätska, lösning. Antineoplastiska medel, monoklonala antikroppar, ATC-kod: L01FX04. **Indikationer:** Yervoy är indicerat för behandling av vuxna med:

- metastaserande kolorektalcancer som uppvisar defekt mismatch repair eller hög mikrosatellitinstabilitet efter tidigare fluoropyrimidinbaserad kemoterapi i kombination, i kombination med Opdivo
- icke-resektabel avancerad, återkommande eller metastaserande esofagus cancer av skivepiteltyp med tumörcellsuttryck av PD-L1 ≥1%, i kombination med Opdivo som första linjens behandling.

Varningar och försiktighet: Behandling ska initieras och övervakas av specialtläkare med erfarenhet av cancerbehandling. **Immunrelaterade biverkningar:** Yervoy är associerat med inflammatoriska biverkningar till följd av förhöjd eller alltför hög immunaktivitet (immunrelaterade biverkningar). Fall med dödlig utgång har förekommit. Tidig diagnos av dessa och lämplig behandling är nödvändig för att minimera livshotande komplikationer. Baserat på biverkningens allvarlighetsgrad, ska uppehåll med Yervoy eller kombinationen av Yervoy och Opdivo göras och kortikosteroider administreras. Patienter bör övervakas kontinuerligt (i minst 5 månader efter sista dosen) då en biverkning kan ske när som helst under eller efter avslutad behandling. Immunrelaterade biverkningar inträffade med högre frekvens när Opdivo administrerades i kombination med Yervoy jämfört med Opdivo som monoterapi. **Andra viktiga varningar och försiktighetsåtgärder:** Yervoy ska undvikas hos personer med allvarlig aktiv autoimmun sjukdom och kan öka avstöttningsrisken hos organtransplanterade patienter. Allvarliga infusionsreaktioner har rapporterats. **Esofagus cancer av skivepiteltyp:** Innan behandling av patienter med snabbt progredierande sjukdom, ska läkaren överväga den fördröjda effekten av Yervoy i kombination med Opdivo. **Interaktioner:** Användning av systemiska kortikosteroider och annan immunsuppressiv behandling bör undvikas före start av Yervoy på grund av dess möjliga påverkan på den farmakodynamiska aktiviteten. **Förpackningar:** 1 injektionsflaska om 10 ml eller 40 ml. **Övrig information:** Rx, EF. För fullständig information, se www.fass.se. Texten är baserad på produktresumé: 15 februari 2024. Bristol Myers Squibb, Tel. 08-704 71 00, www.bms.com/se

Mer pengar till forskning och internationell samverkan

Onkologins landskap i Sverige och globalt genomgår, som vi alla känner till, en snabb och dynamisk utveckling. Uppdateringen av den svenska cancerstrategin och EUs strategi för likvärdig cancervård för alla medborgare i Europa (Europe's Beating Cancer Plan) understryker vikten av internationellt samarbete.

De senaste framstegen inom onkologin visar på forskarnas fantastiska arbete och outtröttliga engagemang. Men det är nödvändigt att öka finansieringen ytterligare för att möta de utmaningar som den snabba utvecklingstakten inom onkologin medför.

För att maximera effekten av dessa genombrott är det också avgörande att stärka de globala samarbetena inom onkologiforskningen. Genom att dela kunskap och resurser kan vi accelerera utvecklingen av effektiva behandlingar och säkerställa att alla patienter, oavsett geografisk plats, får tillgång till den bästa möjliga cancervården.

Sammantaget står vi inför både stora utmaningar och fantastiska möjligheter inom onkologin. Med rätt stöd och internationellt samarbete kan forskningen fortsätta att göra framsteg som inte bara förlänger liv utan också förbättrar livskvaliteten för cancerpatienter världen över.

I denna tidskrift kommer vi fortsätta att bevaka och rapportera om de senaste forskningsresultaten, intervju ledande experter och analysera de politiska beslut som formar framtidens cancervård. Tillsammans kan vi bidra till att forma en framtid där cancer inte längre är en obotlig sjukdom, utan ett hanterbart tillstånd med hög livskvalitet.

Trevlig sommarläsning!

Ulrika Nyberg

ULRIKA NYBERG

chefredaktör Onkologi i Sverige
ulrika@pharma-industry.se
070-880 04 07

»Det är nödvändigt att öka finansieringen ytterligare för att **möta de utmaningar som den snabba utvecklingstakten inom onkologin medför**«





TOVE WÄSTERLID

Specialistläkare, Hematologkliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset och post-doc på Enheten för klinisk epidemiologi vid Karolinska Institutet



ANNA DIMBERG

Docent och forskargrupsledare, Institutionen för immunologi, genetik och patologi, Uppsala universitet



NIKLAS LOMAN

Docent, Lunds universitet och bröstcanceronkolog vid Skånes universitetssjukhus



SHARMINEH MANSOORI

Specialist i onkologi, forskar inom GI-cancer, Akademiska sjukhuset, Uppsala



CAMILLA THELLENBERG KARLSSON

Överläkare vid Cancercentrum, Norrlands universitetssjukhus och adjungerad lektor vid Institutionen för strålningsvetenskaper, Umeå universitet



Onkologi i Sverige kommer ut med sex nummer per år och publiceras av det oberoende förlaget Pharma Industry Publishing AB som är helägt av Add Health Media AB. Vi har ingen koppling till något annat företag eller organisation inom vare sig privat näringsliv eller offentlig sektor.

Citera oss gärna, men ange källan – Onkologi i Sverige. Innehållet i artiklarna överensstämmer inte nödvändigtvis med redaktionens åsikter.

ISSN1653-1582

© Pharma Industry Publishing AB 2005

CHEFREDAKTÖR

& ANSVARIG UTGIVARE

Ulrika Nyberg
ulrika@pharma-industry.se

≈

GRAFISK FORM & LAYOUT

Ersta Sthlm Media AB

TRYCK Stibo Complete

OMSLAGSFOTO

Bosse Johansson

FOTO (NÄR INGET ANNAT ANGES)

Getty Images

≈

ANNONSPOLICY

Förutom begärda placeringar placeras annonserna slumpvis.

≈

ADRESS

Onkologi i Sverige
c/o Convendum
Gävlegatan 16 (Box 6019)
Telefon 08-648 49 00
e-mail: ois@pharma-industry.se
Hemsida: www.onkologiisverige.se

≈

För prenumerations-
ärenden, kontakta:
redaktionen@pharma-industry.se.

≈

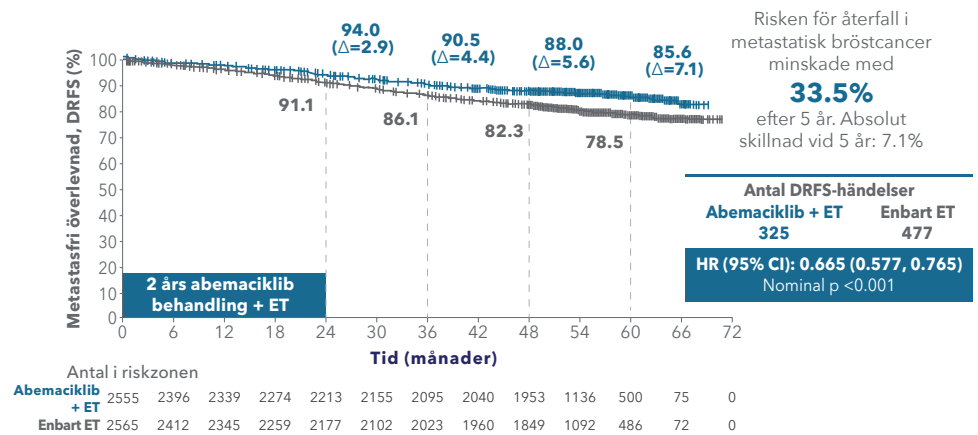
Onkologi i Sverige
är TS-kontrollerad.
Upplaga 5 000 exemplar.



VERZENIOS® (ABEMACIKLIB) ÄR DEN FÖRSTA OCH ENDA CDK4 & 6-HÄMMAREN SOM ÄR GODKÄND SOM ADJUVANT BEHANDLING AV PATIENTER MED HR+/HER2-, LYMFKÖRTELPOSITIV BRÖSTCANCER I TIDIGT STADIUM MED HÖG RISK FÖR ÅTERFALL*1-5

5 års resultat visade att Verzenios i kombination med ET fortsätter att minska risken för återfall i metastatisk bröstcancer med en fördjupad effekt bortom 2 års behandling^{‡4}

monarchE: Signifikant förlängd metastasfri överlevnad (DRFS) Kohort 1[‡]



- Risken för återfall i metastatisk bröstcancer minskade med 33.5% efter 5 år. Absolut skillnad vid 5 år: 7.1%^{‡4}
- Inga nya signaler om biverkningar rapporterades, resultaten var samstämmiga med Verzenios sedan tidigare känd biverkningsprofil. 49% av patienterna hade biverkningar av grad 1-2, 46% grad 3 och 4% grad ≥4. De flesta biverkningarna kunde hanteras med dosjustering och/eller dosuppehåll.^{1,5,6}

Effekten och säkerheten av Verzenios i kombination med adjuvant endokrin behandling utvärderades i monarchE, en randomiserad, öppen, två kohort, fas 3-studie, på kvinnor och män med HR-positiv, HER2-negativ, nodpositiv tidig bröstcancer med hög risk för återfall. Totalt randomiserades 5 637 patienter (varav 5 120 var Kohort 1) i förhållandet 1:1 att få 2 års behandling med Verzenios 150 mg två gånger dagligen plus läkarens val av standard endokrin behandling eller enbart standard endokrin behandling. Primärt effektmått: Invasiv återfallsfri överlevnad (IDFS). Sekundärt effektmått: Metastasfri överlevnad (DRFS).^{1,5}

*Hög risk för återfall i kohort 1 definierades: Antigen ≥ 4 pALN (positiv axillära lymfkörtlar), eller 1-3 pALN och minst ett av följande kriterier: tumörstorlek ≥ 5 cm eller histologisk grad 3.

[‡]Risken för återfall i invasiv sjukdom (IDFS) minskade med 33% efter 5 år. HR (95% KI): 0.670 (0.588, 0.764). Absolut skillnad vid 5 år: 7.9%. Nominal p<0.001. Risken för återfall i metastatisk sjukdom (DRFS) minskade med 33.5% efter 5 år. HR (95% KI): 0.665 (0.577, 0.765). Absolut skillnad 7.1%. Nominal p<0.001

Figurens absoluta skillnad kan skilja sig något från differensen mellan de två gruppernas %-tal på grund av avrundning.

Verzenios (abemaciklib), Antineoplastiska medel, proteinkinashämmare, ATC-kod: L01EF03, filmdragerade tabletter 50, 100, 150 mg. Receptbelagt läkemedel (Rx) **Indikation:** Tidig bröstcancer. Förmån, Verzenios i kombination med endokrin behandling är indicerat som adjuvant behandling av vuxna patienter med hormonreceptorpositiv (HR-positiv), human epidermal tillväxtfaktorreceptor 2-negativ (HER2-negativ), lymfkörtelpositiv bröstcancer i tidigt stadium med hög risk för återfall. Till pre- eller perimenopausala kvinnor ska endokrin behandling med aromatashämmare kombineras med en luteiniserande hormonagonist (LHRH-agonist). Behandlingslängd: Verzenios ska tas kontinuerligt i två år eller tills sjukdomsrecidiv eller oacceptabla biverkningar uppkommer. **Indikation: Avancerad eller metastaserad bröstcancer.** Förmån, Verzenios är indicerat för behandling av kvinnor med HR-positiv, HER2-negativ lokalt avancerad eller metastaserande bröstcancer i kombination med en aromatashämmare eller fulvestrant som initial endokrinbaserad behandling, eller som tidigare fått endokrin behandling. Till pre- eller perimenopausala kvinnor ska endokrin behandling kombineras med en LHRH-agonist. Behandlingslängd: Verzenios ska tas kontinuerligt så länge patienten har klinisk nytta av behandlingen eller tills oacceptabla biverkningar uppkommer. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. **Varningar och försiktighet:** De vanligaste biverkningarna är diarré, infektioner, neutropeni, leukopeni, anemi, trötthet, illamående, kräkningar, alopeci och nedsatt aptit. Neutropeni har rapporterats hos patienter som får abemaciklib. Dosjustering rekommenderas för patienter som utvecklar neutropeni av grad 3 eller 4. Infektioner rapporterades hos patienter som får abemaciklib tillsammans med endokrin behandling i högre grad jämfört med patienter som behandlades med placebo och endokrin behandling. Förhöjda ALAT- och ASAT-värden har rapporterats hos patienter som får abemaciklib. Venös tromboembolism och interstitiell lungsjukdom (ILD)/pneumoni har rapporterats, monitorera patienterna avseende tecken och symtom på djup ventrombos och pulmonella symtom indikativa för ILD/pneumoni och lungemboli och behandla på medicinskt lämpligt sätt. En potentiellt ökad risk för allvarliga arteriella tromboemboliska händelser (ATEs), inklusive ischemisk stroke och hjärtinfarkt har observerats i studier på metastaserande bröstcancer när abemaciklib administrerades i kombination med endokrin behandling. Samtidig användning av CYP3A4-inducerare ska undvikas på grund av risken för sämre effekt av abemaciklib. **Fertilitet, graviditet, amning:** Verzenios rekommenderas inte under graviditet eller till fertila kvinnor som inte använder preventivmedel. Fertila kvinnor ska använda mycket effektiva preventivmedel (t.ex. en dubbel barriärmetod) under behandlingen och i minst 3 veckor efter behandlingens slut. Patienter som får abemaciklib ska inte amma. **Datum för översyn av produktresumén:** 2023-11-09 **För ytterligare information och priser se www.fass.se** Ytterligare upplysningar om detta läkemedel kan erhållas hos ombudet för innehavaren av godkännandet för försäljning: Eli Lilly Sweden AB, Box 721, 169 27 Solna. 08-737 88 00, www.lilly.se

1. Verzenios (abemaciklib) produktresumé, www.fass.se 2. Ibrance (palbociklib) produktresumé, www.fass.se 3. Kisqali (ribociklib) produktresumé, www.fass.se 4. Rastogi P et al J Clin Oncol January 9, 2024 DOI <https://doi.org/10.1200/JCO.23.011994> 5. Johnston SRD et al. Lancet Oncol. 2023;24(1):77-90. 6. Rugo HS et al. Ann Oncol. 2022;33(6):616-27.

PP-AL-SE-0294 05.2024

Lilly and Verzenios® are registered trademarks of Eli Lilly and Company.

© 2024 Eli Lilly and Company. All rights reserved.



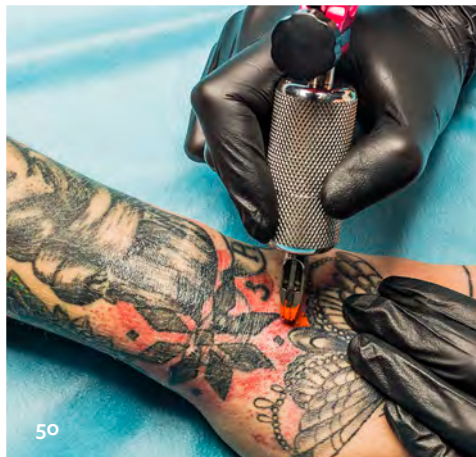
Foto: BOSSE JOHANSSON



Foto: FABIAN ROSENBERG



Foto: BOSSE JOHANSSON



08 AKTUELLT Helgenomsekvensering för alla barn

16 INTERVJU Ny ordförande i SOF vill lobba för mer möjlighet till forskning
Text **ULRIKA NYBERG**

18 NJURCANCER Nya kombinationsbehandlingar förlänger överlevnaden
Text **EVELYN PESIKAN**

24 PODDTIPSET Folkbildning i poddformat
Text **EVELYN PESIKAN**

26 HÄLSA Fysisk aktivitet och träning under cancerbehandling
Text **ANNA JOHANSSON**

30 FORSKARPORTRÄTT Eldsjäl tar täten för cancer vården
Text **EVELYN PESIKAN**

36 KONFERENS Onkologidagarna – det årliga nätverksmötet alla längtar till
Text **ULRIKA NYBERG**

38 BARNONKOLOGI NOPHO 2024 – för ökat internationellt utbyte inom barnonkologin
Text **MONIKA EHNMAN**

44 POLITIK 49 miljoner kronor till precisionshälsa och cancerdiagnostik

46 INTERNATIONELLA NYHETER CAR T-cell therapy makes its mark in CLL

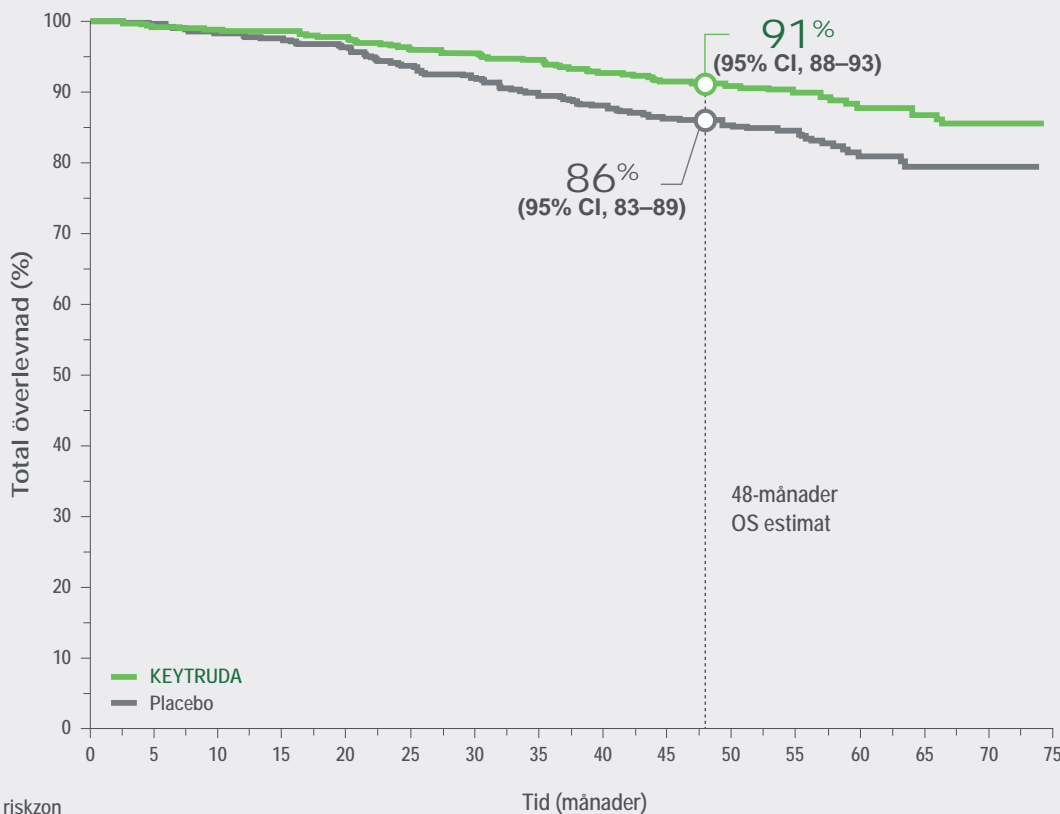
48 POLITIK Arbetet med standardiserade vårdförlopp ska följas upp

50 FORSKNING Ny forskning visar samband mellan tatueringar och lymfom

52 REGIONALA CANCER CENTRUM – RCC Nationell nätverksträff för kontaktsjuksköterskor
Text **ULRIKA BERG ROOS**

58 KALENDARIUM Viktiga datum att hålla koll på

Den första och enda ADJUVANTA behandlingen som visat överlevnadsfördel för patienter med NJURCANCER som hade ökad risk för återfall efter kirurgi jämfört med placebo¹



38%
mindre risk
för dödsfall¹

86%
hade intermediär
- hög risk för
återfall²

Antal i riskzonen	Tid (månader)															
KEYTRUDA	496	489	486	484	479	470	468	462	451	443	397	270	168	81	22	0
Placebo	498	494	487	483	476	463	455	441	433	423	382	248	155	79	22	0

	KEYTRUDA (n=496)	Placebo (n=498)
Händelser, n	55	86
Median, mån (95% CI)	IU (IU-IU)	IU (IU-IU)
Medianuppföljning IA3 var 57,2 månader (47,9 - 74,5) ¹		

HR = 0,62^a (95% CI 0,44-0,87); P = 0,005^b

* IU = inte uppnådd
 Kaplan Meierestimat, grafen anpassad av MSD från referens 1
 a. Baserad på Cox stratifierad proportionell riskmodell.
 b. Baserad på stratifierat log-ranktest.

Studiedesign

Effekten av pembrolizumab som adjuvant behandling hos njurcancerpatienter med hög risk för återfall efter nefrektomi, med eller utan metastasektomi, undersöktes i KEYNOTE-564, en dubbelblind, fas 3, randomiserad 1:1, placebokontrollerad studie.
Primärt effektmått: Sjukdomsfri överlevnad (DFS) för KEYTRUDA vs. placebo.
Sekundärt effektmått: Total överlevnad (OS) och säkerhet för KEYTRUDA.²

Effektresultat interimanalys (IA) 3, primär endpoint DFS

Fördelen för Keytruda avseende DFS fortsatte observeras, vilket stämde överens med tidigare resultat.¹

Säkerhet IA3

Säkerhetsresultaten förblev konsekventa med tidigare IA. Högre incidens av behandlingsrelaterade allvarliga biverkningar (gr 3/4) associerades med KEYTRUDA, 18,6% vs placebo 1,2%. Inga dödsfall tillskrivna KEYTRUDA inträffade.¹

KEYTRUDA® (pembrolizumab) 25 mg/ml koncentrat till infusionsvätska, lösning. Antineoplastiska medel, PD-1/PDL-1-hämmare, L01FF02, Rx, Subventioneras ej, SPC 03/2024.

INDIKATIONER: Njurcancer (RCC)

- KEYTRUDA som monoterapi är indicerat för adjuvant behandling av vuxna med RCC vid ökad risk för recidiv efter nefrektomi eller efter nefrektomi och resektion av metastaserade lesioner hos vuxna.
- KEYTRUDA i kombination med axitinib eller lenvatinib är indicerat som första linjens behandling av avancerad RCC hos vuxna.

KONTRAINDIKATIONER: Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne.

VARNINGAR OCH FÖRSIKTIGHET:

- Immunmedierade biverkningar, inklusive allvarliga fall och fall med dödlig utgång, har förekommit hos patienter som fått KEYTRUDA. Vid förekomst av immunmedierade biverkningar ska nödvändiga åtgärder vidtas enligt anvisningar i produktresumén.
- Hos patienter som genomgått allogen hematopoetisk stamcellstransplantation (HSCT) har akut GVHD, inklusive GVHD med dödlig utgång, rapporterats efter behandling med KEYTRUDA.
- Transplantationsrelaterade biverkningar: Avstötning av organtransplantat har rapporterats hos patienter som behandlas med PD-1-hämmare.

- Infusionsrelaterade reaktioner: Allvarliga infusionsrelaterade reaktioner, inklusive överkänslighetsreaktioner och anafylaxi, har rapporterats.
- KEYTRUDA ska inte användas under graviditet såvida inte kvinnans kliniska tillstånd kräver behandling med pembrolizumab.
- Vid behandling av avancerad RCC i kombination med axitinib ska leverenzymerna kontrolleras innan påbörjad behandling. Kontrolleras därefter regelbundet under hela behandlingen. Högre frekvenser än väntat har rapporterats av förhöjda ALAT och ASAT av grad 3 och 4.
- Patienter ska förses med ett patientkort i samband med förskrivning.

INTERAKTIONER: Användning av systemiska kortikosteroider eller immunsuppressiva läkemedel före start av pembrolizumab bör undvikas på grund av potentiell påverkan på pembrolizumabs farmakodynamiska aktivitet och effekt.

För fullständig information se www.fass.se

msd.se 08-5871 35 00
 Copyright© 2024 Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA
 and its affiliates. All rights reserved.
 SE-RCC-00058 05/2024



Professor Maréne Landström, grundare av MetaCurUm Biotech AB, och bolagets vd Maarten de Chateau.

Umeåbolagets mål: 100 miljoner för fortsatt utveckling av ny cancerbehandling

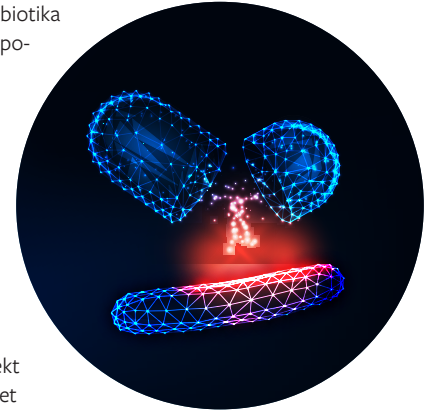
Maréne Landström, professor i patologi vid Umeå Universitet, utsågs till Årets cancerforskare i Sverige 2024. Hennes upptäckter inom forskningen, en speciell onkogen TGFβ-signalväg som används av cancerceller för att bli invasiva och metastasera, håller på att utvecklas till en cancerbehandling i bolaget MetaCurUm Biotech. Forskningen har som mål att utveckla en antikropp för att stoppa signalvägen och därmed spridning av tumörceller.

– Vi siktar på att ta in runt 100 miljoner kronor och det finns ett bra intresse från institutionella investerare både i Sverige och Europa, säger vd Maarten de Chateau.

Antibiotikaresistens riskerar göra cancerbehandlingar oanvändbara inom 10 år

För första gången har Cancerfonden

låtitt undersöka hur mycket antibiotika cancerpatienter hämtar ut på apotek jämfört med befolkningen i stort. Undersökningen visar att sannolikheten att nydiagnostiserade cancerpatienter hämtar ut antibiotika är tre gånger så hög. De stora skillnaderna ger en tydlig indikation om antibiotikans livsviktiga funktion för cancerpatienter. Resistent bakterier hotar inte bara antibiotikas effekt vid vanliga infektioner i samhället utan även framtidens cancerbehandlingar, varför den globalt ökande antibiotikaresistensen riskerar att göra vissa cancerbehandlingar oanvändbara inom bara tio år.



10

miljoner kronor är nu öronmärkt från regeringen.

Foto: SOFIA SABEL

Helgenomsekvensering för alla barn

Regeringen öronmärker nu 10 miljoner kronor till det fortsatta arbetet med den nationella implementeringen av helgenomsekvensering för alla barn som drabbas av cancer, GMS Barncancer. Satsningen innebär fortsatt utveckling av innovations-

projektet BrainChild, som ska integrera data med AI-teknologi för att förenkla åtkomsten till hälsodata kopplat till barncancer. Detta för att främja utvecklingen av precisionsmedicin och individanpassad vård vid barncancer

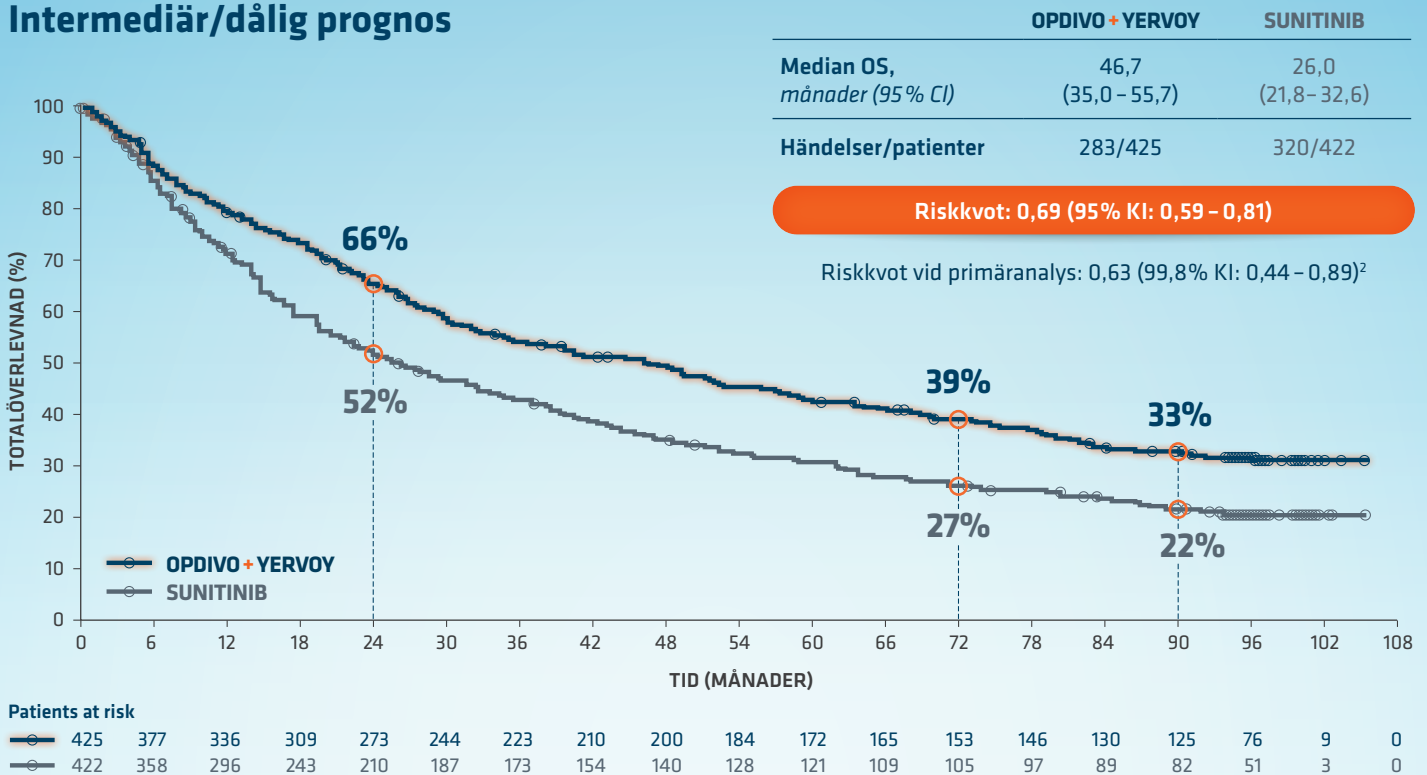
Finansieringen innebär att Barncancerfonden nu kan gå vidare och bygga en första prototyp som bidrar till att på ett säkert sätt samla befintliga barncancerdata och integrera AI-teknologi.



Långvarig överlevnad med dubbel immunterapi

Nästan en tredjedel av njurcellscancerpatienterna är vid liv efter 8 års medianuppföljning^{1,2}

Intermediär/dålig prognos



Patienter med tidigare obehandlad avancerad njurcellscancer med intermediär/dålig prognos, som behandlats med OPDIVO (nivolumab) i kombination med YERVOY (ipilimumab) (n=425), erhöll en 31% minskad risk för död jämfört med patienter som fått sunitinib (n=422) åtta efter studiestart.

Inga nya säkerhetssignaler sågs för kombinationen.^{1,2}

1 Nivolumab plus ipilimumab versus sunitinib for first-line treatment of advanced renal cell carcinoma: long-term follow-up data from the phase 3 CheckMate 214 trial, Rapid Oral Abstract Session ASCO GU 2024, abstract 363.

2 Motzer RJ, et al. N Engl J Med 2018;378:1277-1290.

OPDIVO® (nivolumab) 10 mg/ml koncentrat till infusionsvätska, lösning. Antineoplastiska medel, monoklonala antikroppar, ATC-kod: L01F-F01. **Indikationer:** Opdivo är indicerat för behandling av vuxna med: • avancerad njurcellscancer med intermediär/dålig prognos i första linjen i kombination med Yervoy • avancerad njurcellscancer i första linjen i kombination med kabozantinib • avancerad njurcellscancer efter tidigare behandling

Varningar och försiktighet: Behandling ska initieras och övervakas av specialläkare med erfarenhet av cancerbehandling. **Immunrelaterade biverkningar:** Opdivo är associerat med immunrelaterade biverkningar som kan påverka flera system i kroppen samtidigt. Fall med dödlig utgång har förekommit. Tidig diagnos av dessa och lämplig behandling är nödvändig för att minimera livshotande komplikationer. Baserat på biverkningens allvarlighetsgrad, ska uppehåll med Opdivo eller kombinationsbehandling med Opdivo göras och kortikosteroider administreras. Patienter bör övervakas kontinuerligt (i minst 5 månader efter sista dosen) då en biverkning kan ske när som helst under

eller efter avslutad behandling. Immunrelaterade biverkningar inträffade med högre frekvens när Opdivo administrerades i kombination med Yervoy, och med liknande frekvens när Opdivo administrerades i kombination med kabozantinib, jämfört med Opdivo som monoterapi. **Andra viktiga varningar och försiktighetsåtgärder:** Kan öka avstöttningsrisken hos organtransplanterade patienter. Allvarliga infusionsreaktioner har rapporterats. **Interaktioner:** Användning av systemiska kortikosteroider och annan immunsuppressiv behandling bör undvikas före start av Opdivo på grund av dess möjliga påverkan på den farmakodynamiska aktiviteten. **Njurcellscancer:** När Opdivo ges med kabozantinib har högre frekvens av ALAT- och ASAT-stegring, Grad 3 och 4, rapporterats jämfört med Opdivo monoterapi. Leverenzymvärden ska monitoreras innan behandling påbörjas och regelbundet under pågående behandling. Följ riktlinjerna i respektive produkts produktresumé. **Förpackningar:** 1 injektionsflaska om 4 ml, 10 ml, 12 ml eller 24 ml. **Övrig information:** Rx, EF. För fullständig information, se www.fass.se. Baserad på produktresumé: 25 mars 2024. Bristol Myers Squibb, Tel. 08-704 71 00, www.bms.com/se

YERVOY® (ipilimumab) 5 mg/ml koncentrat till infusionsvätska, lösning. Antineoplastiska medel, monoklonala antikroppar, ATC-kod: L01F-X04. **Indikationer:** Yervoy är indicerat för behandling av vuxna med: • avancerad njurcellscancer med intermediär/dålig prognos i kombination med Opdivo som första linjens behandling.

Varningar och försiktighet: Behandling ska initieras och övervakas av specialläkare med erfarenhet av cancerbehandling. **Immunrelaterade biverkningar:** Yervoy är associerat med inflammatoriska biverkningar till följd av förhöjd eller alltför hög immunaktivitet (immunrelaterade biverkningar). Fall med dödlig utgång har förekommit. Tidig diagnos av dessa och lämplig behandling är nödvändig för att minimera livshotande komplikationer. Baserat på biverkningens allvarlighetsgrad, ska uppehåll med Yervoy eller kombinationen av Yervoy och Opdivo göras och kortikosteroider administreras. Patienter bör övervakas kontinuerligt (i minst 5 månader efter sista dosen) då en biverkning kan ske när som helst under eller efter avslutad behandling. Immunrelaterade biverkningar inträffade med högre frekvens när Opdivo administrerades i kombination med Yervoy jämfört med Opdivo som monoterapi. **Andra viktiga varningar och försiktighetsåtgärder:** Yervoy ska undvikas hos personer med allvarlig aktiv autoimmun sjukdom och kan öka avstöttningsrisken hos organtransplanterade patienter. Allvarliga infusionsreaktioner har rapporterats. **Interaktioner:** Användning av systemiska kortikosteroider och annan immunsuppressiv behandling bör undvikas före start av Yervoy på grund av dess möjliga påverkan på den farmakodynamiska aktiviteten. **Förpackningar:** 1 injektionsflaska om 10 ml eller 40 ml. **Övrig information:** Rx, EF. För fullständig information, se www.fass.se. Texten är baserad på produktresumé: 15 februari 2024. Bristol Myers Squibb, Tel. 08-704 71 00, www.bms.com/se

Kardiologen först ut med ”Virtual Nursing”

En ”digital sjuksköterska” gör att kompetensen hos erfarna sjuksköterskor kan nyttjas även på distans. Kardiologen på Karolinska är först ut med införandet av konceptet. Arbetssättet Virtual Nursing (ViRN) – eller digital sjuksköterska som det ofta kallas på svenska – finns på flera håll runtom i världen. Vårdavdelning kardiologi på Karolinska Universitetssjukhuset har varit först i Sverige med införandet av en modell liknande den i USA. Det var 2022 som Carolin Nymark, universitetssjuksköterska på tema Hjärta Kärl Neuro, fick höra talas om konceptet under den årliga konferensen 2022 mellan Karolinska Universitetssjukhuset, KI och Mayo Clinic.



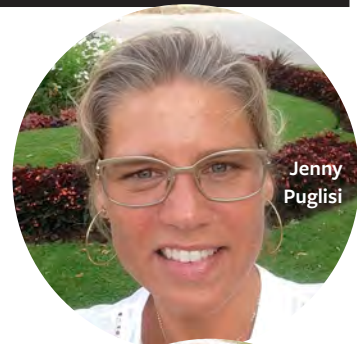
Konceptet har utvecklats tillsammans med Katarzyna Isaksson och Jila Ghasemi, omvårdnadschefer på kardiologen i Huddinge respektive Solna.

Årets kontaktsjuksköterska och Årets processledare 2024

RCC uppmärksammar varje år kontaktsjuksköterskans och processledarens viktiga roller genom att dela ut utmärkelser under RCC-dagarna i maj. RCC Stockholm Gotland gratulerar år 2024 Jenny Puglisi och Svetlana Bajalica Lagercrantz som tilldelats utmärkelsen för sitt engagemang och driv för en bättre cancervård.

Årets kontaktsjuksköterska sammankallar patient- och närstående rådgivare

Jenny Puglisi har arbetat som kontaktsjuksköterska på Bröstcentrum Capio St. Görans sjukhus sedan 2017. I motiveringen till utmärkelsen nämns hennes engagemang och sammankallande roll för den välorganiserade gruppen med patient- och närstående rådgivare (PNR) på Bröstcentrum.



Jenny Puglisi

Årets processledare driver Centrum för personanpassad cancerprevention

Svetlana Bajalica Lagercrantz är onkolog, klinisk genetiker, professor i ärftlig cancer vid Karolinska Universitetssjukhuset och har arbetat som processledare för ärftlig cancer sedan 2012. I motiveringen till utmärkelsen nämns det arbete hon initierat och leder, ett projekt kring Centrum för personanpassad cancerprevention där målet är att öka kunskapen om genetik och förbättra omhändertagandet av patienter med höga risker för cancer.



Svetlana Bajalica Lagercrantz

Kroppens ”flaskpost” levererar målriktad cancerbehandling

Forskare vid Karolinska Institutet har utvecklat en målsökande cancerbehandling som utnyttjar kroppens egen flaskpost – små membranbubblor som våra celler kommunicerar med. En ny studie publicerad i tidskriften Nature Biomedical Engineering visar att behandlingen minskar tumörtillväxten och förbättrar överlevnaden hos möss. För att våra celler ska kunna kommunicera med varandra skickar de ut små membranbubblor, så kallade extracellulära vesiklar, som innehåller olika signalmolekyler. Intresset för dessa små bubblor, som ibland kallas för kroppens flaskpost, har ökat på senare år eftersom de bland annat skulle kunna användas för att leverera läkemedel i kroppen.



imbruvičá® + venetoklax
(ibrutinib)

IMBRUVICA® (ibrutinib) + venetoklax

Läs mer på
Janssenmedicalcloud.se

Den första, tidsbestämda, kemofria kombinations-
behandlingen i tablettform i 1L KLL.¹⁻⁴

IMBRUVICA® subventionerades med begränsning den 25 augusti
2023 även som tidsbestämd behandling i kombination med
venetoklax vid behandling av 1L KLL.^{1,5}



Referenser: 1. IMBRUVICA® (ibrutinib) Produktresumé www.fass.se. 2. Venclyxto (venetoklax) Produktresumé www.fass.se. 3. Kater AP, et al. NEJM Evidence. 2022; doi:10.1056/EVIDoa2200006. 4. Tam CS et al., Fixed-duration ibrutinib plus venetoclax for first-line treatment of CLL: primary analysis of the CAPTIVATE FD cohort. Blood. 2022 Jun 2;139(22):3278-3289. 5. <https://www.tvl.se/beslut/beslut-lakemedel/begransad-subvention/arkiv/2023-08-25-imbruvica-ingar-i-hogkostnadsskyddet-med-begransning-for-ytterligare-en-patientgrupp.html> (08/25 2023)

IMBRUVICA® (ibrutinib) Proteinkinashämmare. ATC kod: L01EL01. Receptbelagt (Rx).
Beredningsform och styrka: Kapsel: (Tillhandahålls ej) Vit, ogenomskinlig, hård kapsel, 22 mm lång, märkt med "ibr 140 mg" i svart bläck. Varje kapsel innehåller 140 mg ibrutinib.
Tablett: 140 mg filmdragerade tabletter: Gul-gröna till gröna runda tabletter (9 mm) präglade med "ibr" på ena sidan och "140" på andra sidan. **280 mg filmdragerade tabletter:** Lila avlånga tabletter (15 mm långa och 7 mm breda) präglade med "ibr" på ena sidan och "280" på andra sidan. **420 mg filmdragerade tabletter:** Gul-gröna till gröna avlånga tabletter (17,5 mm långa och 7,4 mm breda) präglade med "ibr" på ena sidan och "420" på andra sidan. **560 mg filmdragerade tabletter:** Gula till orange avlånga tabletter (19 mm långa och 8,1 mm breda) präglade med "ibr" på ena sidan och "560" på andra sidan. **Indikationer:** IMBRUVICA som monoterapi är indicerat för behandling av vuxna patienter med recidiverande eller refraktärt mantelcellslymfom (MCL). IMBRUVICA som monoterapi eller i kombination med rituximab eller obinutuzumab eller venetoklax är indicerat för behandling av vuxna patienter med tidigare obehandlad kronisk lymfatisk leukemi (KLL). IMBRUVICA som monoterapi eller i kombination med bendamustin och rituximab (BR) är indicerat för behandling av vuxna patienter med KLL som har fått minst en tidigare behandling. IMBRUVICA som monoterapi är indicerat för behandling av vuxna patienter med Waldenströms makroglobulinemi (WM) som har fått minst en tidigare behandling, eller som första linjens behandling hos patienter som är olämpliga för immunkemoterapi. IMBRUVICA i kombination med rituximab är indicerat för behandling av vuxna patienter med WM. **Dosering och administreringssätt:** Rekommenderad dos för behandling av MCL är 560 mg (fyra kapslar) en gång dagligen. Rekommenderad dos för behandling av KLL och WM, antingen som monoterapi eller i kombination, är 420 mg (tre kapslar) en gång dagligen. Behandlingen med IMBRUVICA ska fortsätta till sjukdomsprogression eller tills den inte längre tolereras av patienten. I kombination med venetoklax för behandling av KLL ska IMBRUVICA administreras som monoterapi i 3 cykler (1 cykel är 28 dagar) följt av 12 cykler med IMBRUVICA plus venetoklax. Se produktresumén för venetoklax för fullständig information om dosering. När IMBRUVICA administreras i kombination med anti-CD20-terapi

rekommenderas att IMBRUVICA administreras före anti-CD20-terapi om de ges på samma dag. **Varningar och försiktighet:** Dödliga och allvarliga hjärtrytmier och hjärtsvikt har inträffat hos patienter som behandlats med IMBRUVICA. Patienter med hög ålder, *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) funktionsstatus ≥ 2 eller hjärtkomorbiter kan ha en högre risk för händelser, inklusive plötsliga hjärthändelser med dödlig utgång. Förmaksflimmer, förmaksfladder, ventrikulär takarytmi och hjärtsvikt har rapporterats särskilt hos patienter med akuta infektioner eller hjärtriskfaktorer inklusive hypertoni, diabetes mellitus och tidigare anamnes på hjärtrytmi. Leverfunktion och viral hepatitstatus ska fastställas innan behandling med IMBRUVICA påbörjas. Samtidig användning av IMBRUVICA och läkemedel som kraftigt eller måttligt hämmar CYP3A4 kan öka exponeringen för ibrutinib och starka CYP3A4-hämmare bör undvikas. Imbruvičá bör inte påbörjas för patienter med överkänslighet mot den aktiva substansen eller dess hjälpämnen. **Kvinnor i fertil ålder:** Kvinnor i fertil ålder måste använda en mycket effektiv preventivmetod under behandling med IMBRUVICA. **Graviditet:** IMBRUVICA ska inte användas under graviditet. **Kontraindikationer:** Användning av medel som innehåller johannesört är kontraindicerat hos patienter som behandlas med IMBRUVICA. **Trafikvarning:** Trötthet, yrsel och asteni har rapporterats hos en del patienter som tagit IMBRUVICA och bör beaktas vid bedömning av en patients förmåga att framföra fordon eller använda maskiner. För fullständig produktinformation, varningar och försiktighet, fertilitet/graviditet/amning, äldre, biverkningar, dosering och pris se www.fass.se. Läkemedlet ingår i förmånen för KLL (F), till patienter med 1) kronisk lymfatisk leukemi som tidigare fått behandling eller som har en kromosomavvikelse; 17p-deletion eller en genmutation; TP53-mutation 2) i monoterapi för patienter med kronisk lymfatisk leukemi med omuterad IGHV eller en kromosomavvikelse; 11q-deletion 3) i kombination med venetoklax vid tidigare obehandlad KLL och 4) för MCL (F) till patienter som inte svarar tillfredsställande på rituximabbaserade cytostatikakombinationer eller av andra skäl inte bedöms vara lämpliga för behandling med kemoimmunoterapi. Datum för senaste översyn av SPC 2024/01. Janssen-Cilag AB, Box 4042, SE-169 04 Solna, Sweden. Tel +46 8 626 50 00 www.janssen.com/sweden.

IMBRUVICA® har utvecklats i samarbete med Pharmacyclics. Janssen-Cilag AB innehar godkännande för försäljning och Janssen-Cilag AB är ansvarig redaktör av detta dokument.

Tio år med banbrytande immunterapi firas på slottet

För tio år sedan fick den första patienten i Europa banbrytande immunterapi, så kallade CAR T-celler, på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Idag används CAR T-celler som behandling av flera cancersjukdomar såsom lymfom och akut lymfatisk leukemi samt vid återfall av maligna lymfom. Behandlingen har även visat effekt hos patienter med myelom och inflammatoriska sjukdomar såsom SLE och MS där kliniska studier pågår i USA och planeras att starta i Sverige. 10 årsdagen i maj uppmärksammades framstegen på ett symposium på Uppsala slott.



2014 genomfördes den första CAR T-cellsbehandlingen i Europa på Akademiska sjukhuset. Det är en form av immunterapi som alltmer ses som den fjärde hörnstenen i arsenalen av cancerbehandlingar vid sidan av strålning, kirurgi och cytostatika.

Foto: AKADEMISKA SJUKHUSET



Cancerbehandling enligt EU-direktiv i Finland

Ungefär 1 000 patienter från Sverige har fått cancerbehandling i Finland på privata Docrates Cancersjukhus under åren 2020–2023. Av dessa patienter har mer än 200 fått ersättning för sin vård från Försäkringskassan enligt EU:s patientdirektiv. Majoriteten av alla patienter har kommit för behandling av prostatacancer, bröstcancer, tarmcancer eller cancer i buken.

40 procent av patienterna har kommit från Stockholmsområdet, cirka 15 procent från Västra Götaland, cirka 15 procent från Skåne och resterande 30 procent från andra delar av Sverige. Docrates har behandlat patienter i alla åldrar, men statistiken visar att ungefär hälften av patienterna är i åldersgruppen 56–70 år.

Stockholm3-studie utsedd till bästa presentation på EAU 2024

Stockholm3-studie utsedd till bästa presentation inom sessionen för biopsi av prostatacancer på kongressen European Association of Urology 2024.

Den årliga urologkongressen arrangerad av European Association of Urology (EAU) 2024 hölls i Paris i april. Mer sofistikerade, riskanpassade strategier för prostatacancer var ett fokusområde och inkluderade sex presentationer som utvärderade Stockholm3 i europeiska och nordamerikanska populationer. En studie där Stockholm3 utvärderades för att förutsäga risken för återfall efter radikal prostatakirurgi utsågs till bästa presentation i sessionen för biopsi av prostatacancer



Dr. Hari Vigneswaran, forskare vid Karolinska Institutet, urolog och medicinsk chef vid A3P Biomedical.

Patienten i centrum på årets Karolinska CCC-dag

Ett stort antal experter inom cancerforskning från Karolinska Institutet och Karolinska Universitetssjukhuset deltog i Karolinska CCC-dagen 2024. Årets tema var cancerprevention, med fokus på forskningens framsteg och återstående utmaningar, men också på betydelsen av delaktiga patienter för hög vårdkvalitet. Professor Joakim Dillner framhöll att prevention är nyckeln till att besegra cancer. Den årliga Karolinska CCC-dagen erbjuder goda möjligheter att presentera forskningens framsteg och dess betydelse för området life science och precisionsmedicin.



Professor
Joakim Dillner.

Foto: MALIN JOCHUMSEN

AstraZeneca inbjuder till

Postgraduatekurs om

PROSTATACANCER

2–4 december 2024, Steningevik, Märsta

Kursen har arrangerats av Astrazeneca i decennier vars ambition är att täcka in hela fältet om handläggning av män med misstänkt eller bekräftad prostatacancer. Tyngdpunkten kommer att läggas på frågeställningar i den kliniska vardagen.

Målgruppen för kursen är specialister i urologi och onkologi.

Välkommen!

För fullständigt program och information, använd länken eller QR-koden. Sista anmälningsdag till kursen är 1 oktober 2024. Anmälan görs via länk <https://qr.short.az/r/PGPC2024OISP> eller QR-kod.



Cancerfondsrapporten 2024:

Stora brister i den palliativa vården

När cancer inte går att bota ska patienter få palliativ vård för att kunna leva så länge som möjligt med så god livskvalitet som möjligt. Men vem som får palliativ vård och i vilken form avgörs idag bland annat av bostadsadress – och slumpen. Det är en av slutsatserna i Cancerfondsrapporten 2024, som släpptes den 16 maj, om svensk palliativ vård.

Palliativa vården – ett geografiskt lotteri

Cancerfondens kartläggning visar att den palliativa vården idag saknar gemensam riktning och mål. I stället bygger den palliativa vården till stor del på individuella eldsjälar i vården. De patienter som får palliativ vård, och även deras närstående, är ofta mycket nöjda. Men det är tydligt att det finns skillnader både mellan och inom regioner när det gäller tillgången till olika former av palliativ vård och i vilken utsträckning patienter får ta del av den. En läkare uttrycker det som att det kan liknas vid ett lotteri där patientens bostadsadress är avgörande för hur tillgången till palliativ vård ser ut.

– God palliativ vård kan förlänga liv och öka livskvaliteten när en botande behandling inte är möjlig. Att så viktig vårdinsats tillåts fungera helt slumpartat är ett svek mot människor i väldigt utsatta situationer och ovärdigt ett välfärdsland som Sverige, säger Cancerfondens generalsekreterare Ulrika Årehed Kågström.

Palliativ vård skrämmer – även när den kan förlänga livet och förbättra livskvaliteten

Cancerfondsrapporten visar också att den behandling som syftar till att bota patienten pågår alltför långt in i sjukdomsförloppet när palliativ vård vore bättre. Detta kan få negativa konsekvenser för patienter i form av sämre livskvalitet och onödigt lidande samt förkortad livslängd.

– Viljan att bli botad är såklart otroligt stark hos både närstående och patienter. I det läget är det väldigt känsligt för vårdpersonalen att föreslå palliativ vård, även när det är det bästa för patienten, säger Ulrika Årehed Kågström.



Cancerfondens
generalsekreterare,
Ulrika Årehed
Kågström.

Foto: KLAS SJÖBERG

Palliativ vård som bryter mot lagen?

Personer som har särskilt stora vårdbehov ska vårdas av särskild specialiserad palliativ hemsjukvårdspersonal. Många regioner erbjuder det dygnet runt, men i vissa regioner erbjuds det enbart under dagtid på vardagar.

Det innebär att patienterna under övrig tid vårdas av ordinarie hemsjukvård.

– Jag tror alla hör hur allvarligt detta är. Det här handlar alltså om människor som har ordinerats särskilt specialiserad vård. Den vården behöver utföras av personal som har den nödvändiga erfarenheten och kompetensen, oavsett om det är måndag morgon eller söndag kväll, säger Ulrika Årehed Kågström.

Enligt det nationella vårdprogrammet för palliativ vård ska specialiserade palliativa enheter stötta personer med komplexa palliativa vårdbehov oavsett ålder, bostadsort, diagnos och vårdform. Trots detta finns

exempel på specialiserade palliativa enheter vars uppdrag exkluderar vissa patientgrupper.

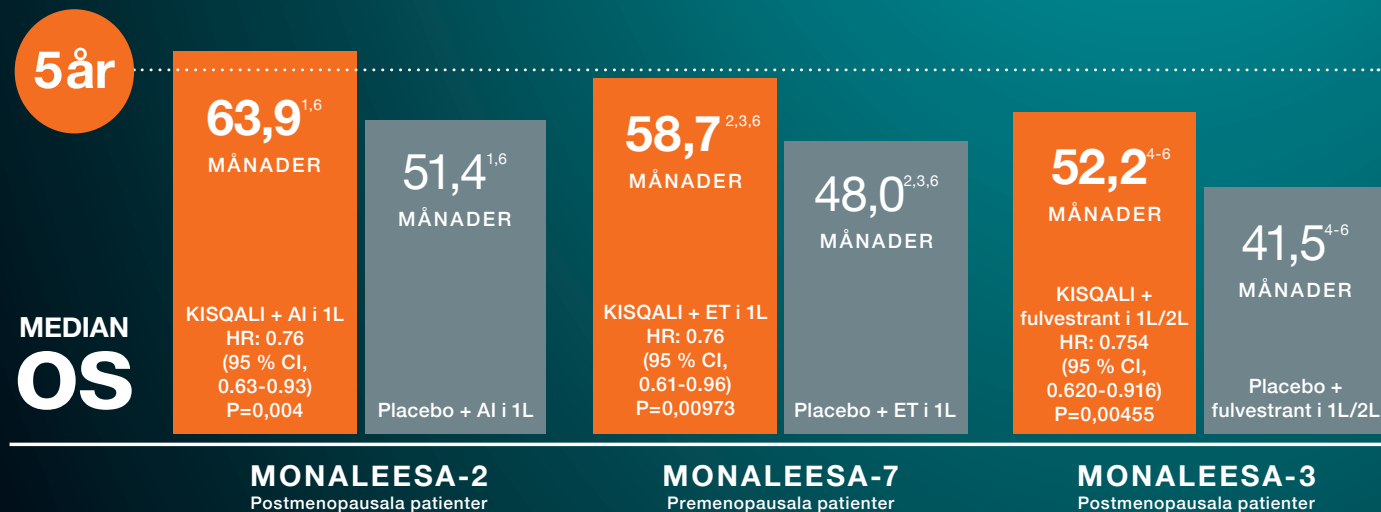
– Svensk lagstiftning är tydlig med att vård ska ges på lika villkor, att vårdbehoven ska vara styrande och att de med störst behov ska prioriteras. Mot bakgrund av vår kartläggning har jag svårt att se att den palliativa vården följer Hälso- och sjukvårdslagen, säger Ulrika Årehed Kågström.

Så gjordes kartläggningen

Cancerfonden har kartlagt den palliativa vården för vuxna. Granskningen bygger bland annat på intervjuer med representanter för den palliativa vården i landets 21 regioner samt intervjuer med företrädare för samtliga Regionala Cancercentrum som är särskilt kunniga inom palliativ vård. Vidare har medicinskt ansvariga i 58 kommuner svarat på en enkätundersökning om palliativ vård.

KISQALI® (ribociclib)

har visat signifikant överlevnadsvinst i samtliga fas III studier för HR+/HER2-ABC, jämfört med kontrollarm¹⁻⁶



MONALEESA-2: N=668, 1:1 randomisering. Som 1L behandling vid avancerad bröstcancer. KISQALI 600 mg eller placebo en gång/dag (3 veckor på/1 vecka av) + letrozol 2,5 mg.

MONALEESA-7: N=672, 1:1 randomisering. Som 1L behandling vid avancerad bröstcancer. KISQALI 600 mg eller placebo en gång/dag (3 veckor på/1 vecka av) + ET (letrozol 2,5 mg eller anastrozol 1 mg, eller tamoxifen 20 mg) + LHRH agonist 3,6 mg.

MONALEESA-3: N=726, 2:1 randomisering. Som 1L behandling eller efter 1L progression vid avancerad bröstcancer. KISQALI 600 mg eller placebo en gång/dag (3 veckor på/1 vecka av) + fulvestrant 500 mg.

Staplar visar uppdaterad analys för OS. P-värden baseras på ursprungsanalys enligt produktresumé.

KISQALI är inte indicerat för kombination med tamoxifen

ABC=avancerad bröstcancer, 1L=första linjen, 2L=andra linjen, ET=endokrin terapi, LHRH=luteiniserande hormonfrisättande hormon, AI=aromatashämmare. HR+=Hormonreceptorpositiv, HER2-=Human epidermal tillväxtfaktorreceptor 2-negativ.

Kan en statistiskt signifikant och kliniskt relevant skillnad i totalöverlevnad påverka val av behandling för din nästa patient?

Referenser:

1. Hortobagyi GN et al. *N Engl J Med.* 2022; 386: 942-50. DOI: 10.1056/NEJMoa2114663. 2. ML7: Im S-A, et al. *N Engl J Med.* 2019;381(4):307-316. 3. ML7: Lu, et al. *Clin Cancer Res.* 2021 Dec 29;clincanres.3032.2021. doi: 10.1158/1078-0432.CCR-21-3032. Epub ahead of print. 4. ML3: Slamon DJ, et al. *N Engl J Med.* 2020;382(6):514-524. 5. Neven P, Fasching PA, Chia S, et al. Updated overall survival from the MONALEESA-3 trial in postmenopausal women with HR+/HER2- advanced breast cancer receiving first-line ribociclib plus fulvestrant. *Breast Cancer Res.* 2023;25(1):103. 6. Produktresumé för KISQALI®, avsnitt 5.1.

KISQALI (ribociclib) Rx, F, L01EF02

Farmakoterapeutisk grupp: Antineoplastiska medel, proteinkinashämmare. **Beredningsform och förpackningar:** 200mg filmdragerade tabletter i blisterförpackningar om 63, 42 eller 21 tabletter (motsvarande daglig dos om 600, 400 respektive 200 mg). **Indikation:** KISQALI är indicerat för behandling av kvinnor med hormonreceptor (HR)-positiv, human epidermal tillväxtfaktorreceptor 2 (HER2)-negativ lokalt avancerad eller metastaserande bröstcancer i kombination med en aromatashämmare eller fulvestrant som initial endokrinbaserad behandling, eller till kvinnor som tidigare fått endokrin behandling. Till pre- eller perimenopausala kvinnor ska den endokrina behandlingen kombineras med en LHRH-agonist (luteiniserande hormonfrisättande hormonagonist). **Varningar och försiktighet:** Neutropeni, avvikande levervärden och förlängd QT-intervall kan uppkomma vid behandling med KISQALI och bör monitoreras under de första behandlingscyklerna. KISQALI ska inte användas till patienter som redan har eller som löper betydande risk att utveckla QTc-förlängning. För patienter med måttlig eller svår leverfunktionsnedsättning rekommenderas en startdos på 400 mg, för patienter med gravt nedsatt njurfunktion rekommenderas en startdos på 200 mg. Interstitiell lungsjukdom (ILD)/pneumonit och toxisk epidermal nekrolys (TEN) har rapporterats med KISQALI. Avbryt behandling med KISQALI hos patienter med allvarlig interstitiell lungsjukdom (ILD)/pneumonit och vid tecken på allvarliga hudreaktioner. KISQALI rekommenderas inte under graviditet. Patienter ska inte amma under behandling med KISQALI och under minst 21 dagar efter sista dosen. KISQALI hämmar CYP3A4. För ingående beskrivning av varningar och försiktighet se www.fass.se. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen, jordnöt, soja eller mot något ingående hjälpämne. För mer information och pris: www.fass.se. **Senast översyn produktresumé:** 2024-02-22. Novartis Sverige AB, Box 1218, 164 28 Kista. Tel: 08 732 32 00, www.novartis.se

Novartis Sverige AB, Box 1218, 164 28 Kista. Tel: 08 732 32 00, www.novartis.se

NOVARTIS

KISQALI®
ribociclib

Ny ordförande i SOF vill lobba för mer möjlighet till forskning

På Svensk Onkologisk Förenings årsmöte under Onkologidagarna i Malmö i mars, valdes professor **Per Karlsson**, bröstcancerforskare vid Sahlgrenska i Göteborg, till ny ordförande efter professor Signe Friesland, från Karolinska i Solna. Här får vi en intervju med Per Karlsson om ambitioner och visioner för sitt nya uppdrag och vad som ligger i fokus för SOF de närmaste åren.

Du är ny ordförande i Svensk Onkologisk Förening sedan i mars i år. Vad har varit ditt fokus som ny ordförande dessa första 100 dagar?

– Mitt första fokus har varit att fundera på var vi står och vart vi vill komma de närmsta åren. Vi ska se till att ta vara på den breda kompetens som vi har i styrelsen och lära känna de nya styrelsemedlemmarna. Vi har också haft möten med mediagruppen för att synkronisera oss runt webinarier, poddar och vår tidning. Utbildningsgruppen har arbetat fram en bakjours-utbildning, då vi ser att alla nya behandlingsmöjligheter och nya biverkningar ställer nya krav på bakjourer inom onkologi. **Hur ser du på föreningens verksamhet och utveckling de kommande tre åren?**

– Ingen specialitet inom hälso- och sjukvården har haft en liknande utveckling som onkologin har genomgått under de senaste åren. Det är enormt stimulerande med alla nya behandlingsmöjligheter, men det finns också en växtvärk inom specialiteten som ställer mycket stora krav på oss som specialister.

– Vi har i föreningen nu tagit fram sju program-punkter, som vi ser som mest angelägna de närmsta åren, och som vi vill lyfta fram för att aktivt möta dessa utmaningar och möjligheter. Dessa punkter ser vi som onkologer viktiga för framtiden. Vi vill som förening verka för att göra dessa punkter kända för såväl chefer, politiker och till andra som har påverkan på hälso- och sjukvården. Punkterna kan naturligtvis behöva utvecklas beroende på den fortlöpande input vi får våra medlemmar och andra intressenter.

Hur ser du på vetenskaplig utveckling och utbildning för medlemmarna?

– Att som onkolog få möjlighet till att kunna bedriva

forskning och utveckling är mycket angeläget, så att vi kan vara med och forma morgondagens sjukvård. När man står på kliniken ser man vilka frågor som behöver beforskas, ur patienternas perspektiv, och vi vill därför skapa förutsättningar för onkologer att bedriva forskning.

– SOF har utlyst några stipendier för att stödja forskning bland våra medlemmar. I en specialitet som onkologi med så många nya behandlingsalternativ är också tid och resurser för kontinuerlig fortbildning ytterst angelägen.

Hur ska ni som förening skapa förutsättningar för onkologer att bedriva forskning, vid sidan av de stipendier ni instiftat?

– Vi kommer bedriva lobbying för att de som är kliniskt aktiva och som vill bedriva forskning skall ges förutsättningar att kunna göra det. Att öka antalet kombinationstjänster med forskning och arbete på klinik är en viktig framtidsfråga. En annan är s.k. "instegs"-tjänster under 3 år som ger möjlighet till 50% forskning och som vi vill skall finnas på flera nivåer, från vägen mot disputation, från disputerad på väg mot docentur, från docent på väg mot lektorat. Sådana tjänster finns på sina håll i landet inom ALF-systemet, men borde bli mer heltäckande för att möta behovet av framtida kliniska forskare och framtida lärare.

Berätta om din vardag på jobbet på Sahlgrenska?

– I vardagen har jag en kombinationstjänst. Jag är professor/överläkare i onkologi, vilket gör att jag i vardagen jobbar kliniskt med bröstcancer parallellt med att jag bedriver forskning och utbildning.

Är du med i några internationella föreningar inom onkologi eller andra internationella sällskap?

– Jag är sedan många år med i Vetenskapliga kom-



Per Karlsson är professor i Onkologi och kombinationsanställd som professor vid Sahlgrenska Akademin och överläkare i Onkologi vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset Comprehensive Cancer Center (CCC). Vidare är Per Karlsson universitetssjukhusöverläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Foto: JOHANNA ST MICHAELS

mittén för International Breast Cancer Study Group (IBCSG). Jag har genom åren varit med och drivit många kliniska studier via IBCSG.

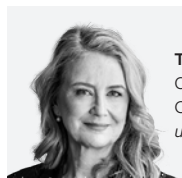
Vilken är din "biggest achievement"?

– Svårt att säkert svara på. Jag var i början på 2000-talet med och utvecklade de gemensamma praktiska "targetmallarna" för strålbehandling av bröstcancer. Dessa har utvecklats och är idag antagna som nationella mallar och har också genom kollegan Dan Lundstedts försorg gått upp i de mallar som används i Europa av ESTRO.

– Jag var också svensk PI för SOFT och TEXT, de stora internationella studierna som lett fram till hur antihormonell behandling skall ges adjuvant vid premenopausal bröstcancer. Att på senare år varit med och utvecklat en precisionsmedicinsk signatur POLAR, som kan avgöra vem som behöver postoperativ strålbehandling vid bröstcancer och vem som klarar sig bra även utan strålbehandling, är förstås också mycket roligt. Vi har dock en bit kvar innan POLAR är fullt klar för att användas i klinisk praxis.

Vad gör du på fritiden?

– Jag har ett litet hus i Göteborgs norra skärgård, där jag är ute med båten, fiskar, paddlar och pysslar med lite av varje. Gillar också att träna och cykeln är numera mitt främsta motionsredskap.



Text **ULRIKA NYBERG**
Chefredaktör
Onkologi i Sverige
ulrika@pharma-industry.se

Svensk Onkologisk Förenings förslag till sju prioriterade programpunkter:

1. Ett långsiktigt hållbart yrkesliv med mening och sammanhang.
2. En vidareutbildning som gör att man som onkolog tillförsäkras adekvat utveckling och fortbildning för att möta framtiden och patienterna med trygghet och entusiasm oavsett om man arbetar på universitetssjukhus eller länsjukhus.
3. En ST-utbildning som ger god förberedelse att arbeta som onkolog och som ger verktyg att långsiktigt kunna trivas inom specialiteten.
4. Möjlighet till forskning för att kunna utveckla och forma morgondagens cancervård.
5. Påverka den nationella cancerstrategin så att den stödjer förutsättningarna för dem som arbetar i vården av cancerpatienterna, inom vårdteamen och på vårdenheterna och inom forskningen, så att satsningarna ger effekt och utfall som förbättrar för patienten och inte bara ger nya administrativa överbyggnader.
6. Skapa nätverk för landets onkologer så att alla Sveriges onkologer oavsett var man jobbar skall känna sig hemma som medlemmar i SOF.
7. Fortsätta utveckla Onkologidagarna så att det blir det naturliga årliga nätverksmötet som alla längtar till.



Per Karlsson (th) och sjukhusfysikerna Henrik Svensson och Roumiana Chakarova, framför linjäracceleratoren i samband med arbetet om "Integration of biological factors in the treatment plan evaluation in breast cancer radiotherapy".

Foto: JÄGER ARÉN, GÖTEBORGS UNIVERSITET

Grupp Per Karlsson

Pers forskargrupp, Grupp Per Karlsson, har flera nationella och internationella projekt, bland annat:

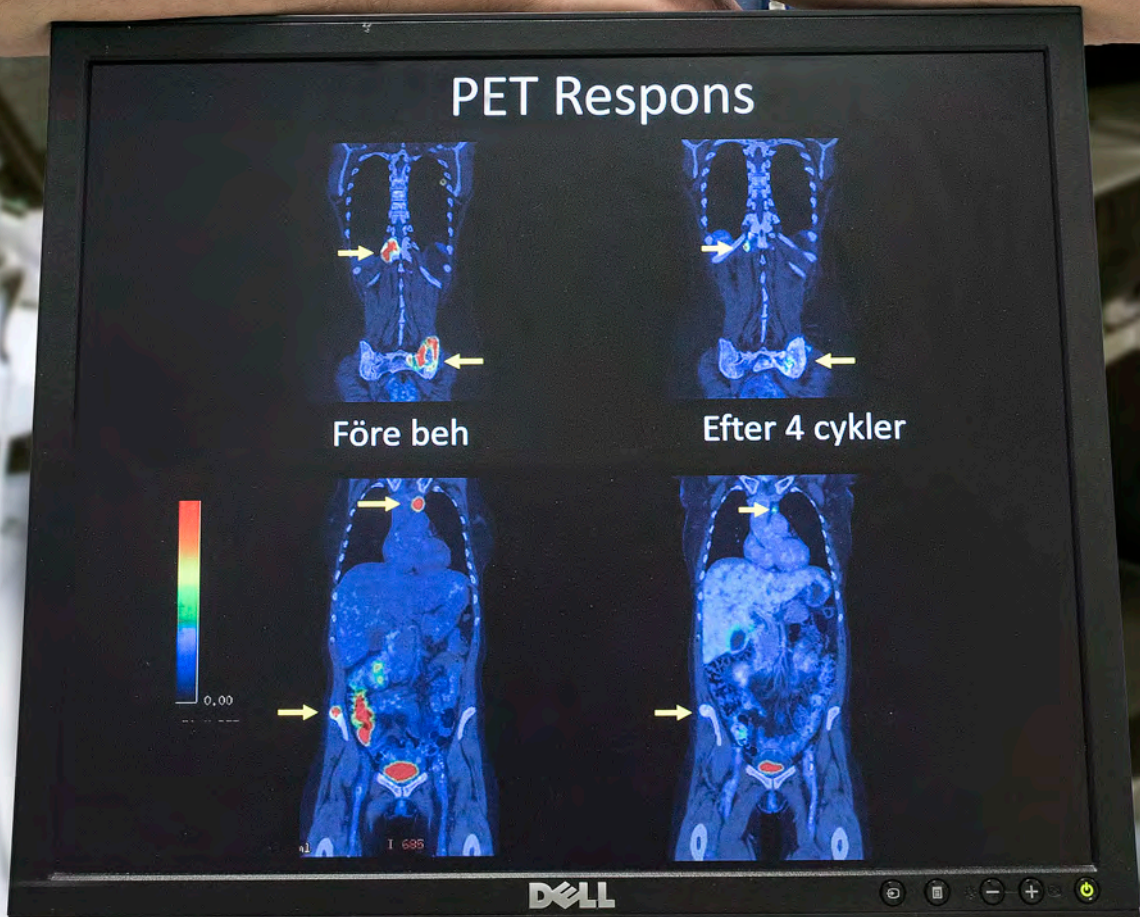
1. Utveckling av tumör och stromala genprofiler och biomarkörer som identifierar vilka bröstcancerpatienter som behöver strålbehandling eller inte.
2. Studier av genprofiler/biomarkörer som identifierar patienter som är känsliga för strålinduktion.
3. Uppföljning av BRCAACA-bärare.

Du kan läsa mer om Grupp Per Karlssons forskning genom att scanna QR-koden här: www.gu.se/forskning/brostcancerforskning-grupp-per-karlsson



Njuncancerforskaren Magnus Lindskog, som har arbetat med denna komplexa cancerform i 14 år, kunde tidigare inte föreställa sig att utvecklingen inom området skulle bli så positiv.

Foto: BOSSE JOHANSSON



I en intervju i Onkologi i Sverige 2021 förutsåg njurcancerforskaren **Magnus Lindskog** att det under de kommande fem åren skulle ske en explosionsartad utveckling inom olika kombinationsbehandlingar vid metastaserad njurcancer. Nu, tre år senare, har detta blivit verklighet. Nya data om förbättrad långtidsöverlevnad vid behandling med en kombination av TKI-hämmare och immunterapi liksom långtidsuppföljning av dubbel immunterapi gör honom optimistisk inför framtiden. ”Det är patienter med riskfaktorer för ett snabbt sjukdomsförlopp som har störst nytta av de nya effektiva kombinationsbehandlingarna, men vi måste bli ännu bättre på individanpassning och på att mäta livskvaliteten,” säger Magnus Lindskog.

Nya kombinationsbehandlingar förlänger överlevnaden

Omkring 1 200 personer, dubbelt så många män som kvinnor, med en medianålder på 69 år, får varje år diagnosen njurcancer i Sverige. Det är med andra ord en relativt ovanlig cancerform. Prognosen vid icke spridd sjukdom är mycket god, omkring 85 procent av patienterna lever mer än fem år efter diagnosen. Vid primärt metastaserad sjukdom är femårsöverlevnaden endast cirka 20–25 procent, sena recidiv har något bättre prognos.

Dödligheten i sjukdomen har minskat de senaste 40 åren liksom andelen patienter med spridd sjukdom vid diagnostillfället, som idag utgör knappt 15 procent av alla som diagnostiseras med njurcancer.

Forskningen har varit intensiv de senaste åren och på behandlingsfronten har det skett en närmast explosiv utveckling när det gäller avancerad njurcancer. Från att ha varit en sjukdom med mycket dålig prognos finns det idag en rad kombinationsbehandlingar, bland annat dubbel immunterapi, som förlänger överlevnaden avsevärt.

Från interferon till adjuvant behandling

Docenten och överläkaren Magnus Lindskog på Tema Cancer, Karolinska Universitetssjukhuset, som ansva-

rar för den onkologiska behandlingen av njurcancer i Region Stockholm, såg ganska ljusst på framtida behandlingsmöjligheter för de svårast sjuka patienterna redan för tre år sedan.

Och idag, efter flera positiva internationella studieresultat, är han ännu mer hoppfull.

– Jag har arbetat med njurcancer sedan 2010 och jag hade inte kunnat föreställa mig denna utveckling. Det enda vi hade att erbjuda patienter med spridd njurcancer fram till början av 2000-talet var interferon. 2005–2006 kom de första målinriktade behandlingarna, de så kallade tyrosinkinashämmarna (TKI) och från 2016 introducerades gradvis immunterapi med checkpointhämmare som banar vägen för T-celler, ett effektivt kroppseget vapen mot njurcancer om man lyckas kringgå tumörens försvar.

– Sedan dess har man infört behandlingar med olika kombinationer av immunologiska läkemedel, så kallad dubbel immunterapi och lärt sig kombinera TKI med immunterapi, förklarar Magnus Lindskog.

Ungefär en sjättedel av alla patienter med njurcancer får återfall efter kirurgi. Nytt sedan 2022 är att så kallad adjuvant behandling med checkpointhämmaren

pembrolizumab efter operation numera är godkänd i Sverige.

– Denna typ av tilläggsbehandling har visat sig kunna minska risken för återfall med nära 30 procent och behandlingen bör diskuteras med alla patienter i gott allmäntillstånd som opererats för klarcellig njurcancer (som är den vanligaste undergruppen) och som har någon av flera definierade riskfaktorer för ökad återfallsrisk.

Tyst cancer med positiva studieresultat

Njurcancer är ett samlingsnamn för många olika typer av cancer som utgår från njuren och patienterna delas in i olika riskgrupper för återfall. Viktigast är tumörstorlek och omfattningen av tumörväxten i njuren och angränsande blodkärl, eventuell spridning till lymfkörtlar, och tumörcellernas aggressivitet (tumörgrad).

Njurcancer kan vara en "tyst" cancersjukdom som inte sällan upptäcks av en slump i samband med andra undersökningar vilket leder till att tumörerna kan ha hunnit växa sig stora innan diagnosen ställs.

Den adjuvanta behandlingen bygger på resultat från den internationella fas 3-studien KEYNOTE-564 som först presenterades på konferensen ASCO-GU 2022. Patienterna i studien hade opererats för klarcellig njurcancer med ökad risk för återfall. De randomiserades till behandling med checkpointhämmaren pembrolizumab eller placebo under ett års tid. Efter två år uppskattades den sjukdomsfria överlevnaden till 77 procent hos dem som fick checkpointhämmare jämfört med 68 procent hos dem som fick placebo.

– Då såg vi för första gången en tydlig positiv effekt av en tilläggsbehandling efter operation för lokalt avancerad eller biologiskt aggressiv njurcancer, säger Magnus Lindskog, som betecknar resultaten som ett paradigmskifte.

I januari i år presenterades 4-årsuppföljningen från samma studie på ASCO-GU-mötet och för första gången har man nu visat att adjuvant immunterapi också förlänger totalöverlevnaden efter operation av njurcancer med riskfaktorer, med en relativ riskreduktion för död på 38 procent.

– Detta är en viktig och kliniskt betydelsefull nyhet, betonar Magnus Lindskog och tillägger:

– Adjuvant behandling ökade som förväntat risken för biverkningar jämfört med placebo och andelen som fick mer allvarlig toxicitet (grad 3–4) var ungefär 1 av 5 patienter.

Dubbel immunterapi

Det senaste året har även långtidsuppföljning (i median 8 år) av CheckMate 214-studien presenterats, den fas 3-studie som var först med att visa en bättre totalöverlevnad för patienter med spridd njurcancer och riskfaktorer som behandlades med två checkpointhämmare (ipilimumab + nivolumab, så kallad "dubbel immunterapi") jämfört med TKI.

– Överlevnadsskillnaden är fortsatt mycket tydlig, vilket stärker oss i övertygelsen att dubbel immunterapi verkligen medför en fortsatt överlevnadsvinst över tid för dessa patienter, säger Magnus Lindskog.

Under de senaste åren har man även börjat kombine-

»Flertalet får inte sämre livskvalitet av kombinationsbehandlingar men livshotande biverkningar förekommer och de kan vara mycket utmanande att hantera.«

ra immunterapi med TKI där tre olika kombinationsbehandlingar nu finns att välja mellan i Sverige. En aktuell fas 3-studie, CheckMate-9ER, har vid långtidsuppföljning visat att denna typ av kombinationsbehandling ger ökad överlevnad för patienter med njurcancer jämfört med enbart TKI-behandling.

Efter en lång uppföljningstid på mer än 4,5 år ser vi att denna behandling ger en överlevnadsfördel för personer som lever med spridd njurcancer. Det är viktiga data som betonar att den gynnsamma effekt som tidigare setts för den här kombinationen verkligen förlänger livet för dessa svårt sjuka patienter. Ytterligare två studier, CLEAR och KEYNOTE-426, har visat likartade data med klar överlevnadsvinst av att kombinera TKI + immunterapi jämfört med enbart TKI. De tre kombinationerna med TKI + immunterapi har aldrig jämförts mot varandra och Vårdprogramsgruppen för Njurcancer i Sverige bedömer dem som likvärdiga. Överlevnadsvinsten med TKI + immunterapi ses hos patienter med riskfaktorer även om patienter med en mer stillsam njurcancersjukdom också kan svara gynnsamt på kombinationsbehandling.

Att det är mycket positivt på gång inom forskning och behandling och att de långtidsdata man ser idag är lovande och glädjande instämmer Magnus Lindskog i, men det finns också mycket kvar att göra, påpekar han.

– Vi behöver bli bättre på att hitta markörer för att se vilken behandling som passar bäst för den individuella patienten. Det är en stor utmaning att differentiera vilka som verkligen har nytta av de många olika behandlingsalternativ som finns idag. Vi måste också börja mäta livskvalitet i större utsträckning än idag. Ökad överlevnad är inte alltid allt. Aggressiv behandling ger ofta biverkningar som kan vara svåra och som därmed påverkar patientens livskvalitet, säger han och fortsätter:

– Flertalet får inte sämre livskvalitet av kombinationsbehandlingar men livshotande biverkningar förekommer och de kan vara mycket utmanande att hantera. Att ta hand om biverkningar och bibehålla patientens livskvalitet är en av våra största utmaningar. Här har kontaktsjuksköterskorna en viktig roll och jag hoppas att vi kommer att bli bättre på att mäta livskvalitet så att vi har ett bra underlag när vi möter patienterna.

Kombinationsbehandlingar är inte alltid bäst

Alla behandlingar passar inte alla, understryker Magnus Lindskog. För vissa patienter, med till exempel



K Magnus Lindskog
Överläkare
Tema Cancer

Läkare



Foto: BOSSE JOHANSSON

»Allt handlar heller inte om läkemedel vid njurcancer. Så kallad precisionstrålbehandling har en viktig roll vid enstaka metastaser liksom kirurgi av njurtumören och ibland en metastas.«

hög samsjuklighet, kan risken med vissa kombinationsbehandlingar vara för stor. Behandlingen behöver därför "skräddarsys" efter förutsättningarna hos varje patient.

– Ja, vi diskuterar varje fall inför behandlingsbeslut, både kollegor emellan när det inte känns självklart, och förstås alltid med patienten, där för- och nackdelar med olika behandlingsval går igenom och patienten får möjlighet att uttrycka sin inställning till de förslag som vi medicinskt bedömer kan vara aktuella. Alla ska erbjudas samma behandlingsmöjligheter oavsett var man bor, säger Magnus Lindskog och påpekar att kombinationsbehandlingar inte alltid är bäst.

– Det är patienter med riskfaktorer för snabbare sjukdomsförlopp som har störst nytta av kombinationsbehandlingar. Men ibland, vid låg risk, kan det vara lika effektivt och skonsammare för patienten att testa ett läkemedel i taget. Allt handlar heller inte om läkemedel vid njurcancer. Så kallad precisionstrålbehandling har en viktig roll vid enstaka metastaser liksom kirurgi av njurtumören och ibland en metastas, säger han och fortsätter:

– Tidigare genomgick nästan alla patienter med nypptäckt njurcancer och metastaser först operation av sin njurtumör. Men de senaste fem åren har vi lärt oss att detta inte tycks vara en fördel för patienter med riskfaktorer för ett snabbt sjukdomsförlopp. Dessa kan i stället ha större nytta av att direkt starta onkologisk behandling. Samtidigt har förmodligen patienter med

en stor njurtumör och små eller enstaka metastaser mycket att vinna på att opereras.

En nordisk fas 3-studie (Nordic Sun Trial), ledd från Danmark, försöker för närvarande besvara frågan om patienter med metastaser vid diagnos har större överlevnadschans om de opereras efter inledande onkologisk behandling jämfört med om de enbart behandlas onkologiskt.

Stort hopp för framtiden

Med allt nytt som hänt inom njurcancerområdet de senaste åren, den rekordsnabba utvecklingen på behandlingsfronten, lovande långtidsdata inom förbättrad överlevnad med mera är det föga förvånande att Magnus Lindskog är glad över att många av de förhoppningar han gav uttryck för 2021 nu blivit verklighet.

– Vi vet så mycket mer idag än när jag började arbeta med njurcancer för fjorton år sedan. Det är en komplex cancerform men det är verkligen roligt att jobba inom detta område, konstaterar han.



Text **EVELYN PESIKAN**
Medicinsk skribent
evelyn.pesikan@gmail.com

**2L R/R
DLBCL**

NT-rådet godkänner Yescarta[®]
vid 2L R/R DLBCL¹

Ett nytt hopp för fler patienter^{2,3}

Yescarta[®] (axicabtagene ciloleucel) – en CAR T-cellsterapi – rekommenderas nu av NT-rådet för behandling av vuxna patienter med diffust storcelligt B-cellslymfom (DLBCL) och höggradigt B-cellslymfom (HGBL) som recidiverat inom 12 månader efter avslutad, eller är refraktärt till, första linjens kemoimmunterapi.^{1,2}

Risken för död minskade med 27% efter fyra år vs. SOC.^{3,a}

Yescarta[®] är den första behandlingen på nästan 30 år som visar en signifikant vinst vad gäller totalöverlevnad jämfört med SOC i denna patientpopulation.³

Läs om CAR T och behandlingsresan
på www.kitecar-t.se.

FÖRBÄTTRAD TOTALÖVERLEVNAD

**55% AV PATIENTERNA VAR VID LIV
EFTER 4 ÅR VS. 46% MED SOC^{2,3}**

a. Riskratio [HR] 0,73; 95 % KI: 0,54–0,98, stratifierat dubbelsidigt log-rank-test, P-värde = 0,03.³

R/R: Relapserad/refraktär. Standard of Care (SOC): Salvage kemoterapi +/- Högdosterapi (HDT) och Autolog stamcellstransplantation (ASCT).

Referenser: **1.** NT-rådet. Yescarta (axicabtagene ciloleucel) vid diffust storcelligt B-cellslymfom (DLBCL), 2:a linjens behandling. NT-rådets yttrande till regionerna 2024-01-12. janusinfo.se/download/18.6dc8258018ce570cce88e318/1705051242144/Yescarta%202L%20DLBCL%202024-01-12.pdf. **2.** Yescarta[®] SmPC 12/2023. **3.** Westin JR, Oluwole OO, Kersten DB, et al. Survival with Axicabtagene Ciloleucel in Large B-Cell Lymphoma. *N Engl J Med.* June 5, 2023. DOI: 10.1056/NEJMoa2301665.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

YESCARTA[®] (axicabtagene ciloleucel), 0,4–2 × 10⁸ celler infusionsvätska, dispersion. R. EF. ATC-kod: L01XL03. **Indikationer:** Behandling av vuxna patienter med diffust storcelligt B-cellslymfom (DLBCL) och höggradigt B-cellslymfom (HGBL) som recidiverat inom 12 månader efter avslutad, eller är refraktärt till, första linjens kemoimmunterapi. Behandling av vuxna patienter med recidiverat eller refraktärt diffust storcelligt B-cellslymfom (DLBCL) och primärt mediastinalt storcelligt B-cellslymfom (PMBCL), efter två eller fler linjer av systemisk terapi. Behandling av vuxna patienter med recidiverat eller refraktärt follikulärt lymfom (FL) efter tre eller fler linjer av systemisk terapi. YESCARTA-behandling ska initieras och övervakas av hälso- och sjukvårdspersonal som har erfarenhet av behandling av hematologiska maligniteter och är utbildad i administrering och hantering av patienter som behandlas med YESCARTA. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller hjälpämne eller mot gentamicin (eventuella spårrester). Kontraindikationer mot den lymfocytreducerande kemoterapien måste beaktas. **Varningar och försiktighet:** Infusionen ska skjutas upp om en patient har något av följande tillstånd: Kvarstående allvarliga biverkningar (särskilt lungreaktioner, hjärtreaktioner eller hypotoni) inklusive från föregående kemoterapier, aktiv okontrollerad infektion, aktiv transplanterat-mot-värdsjukdom (graft-versus-host disease, GVHD). Cytokinfrisättningssyndrom: Nästan alla patienter upplevde någon form av CRS. Svår CRS, inklusive livshotande och fatala reaktioner, observerades mycket ofta med YESCARTA, med en debuttid på 1 till 12 dagar efter infusionen. Innan en YESCARTA-infusion inleds måste minst 1 dos tocilizumab per patient finnas på plats och vara tillgänglig för administrering. Behandlingsenheten måste ha tillgång till ytterligare en dos tocilizumab inom 8 timmar från varje föregående dos. Övervaka patienter dagligen avseende tecken och symtom på CRS under minst 10 dagar efter infusion vid den kvalificerade kliniken. Rekommendera patienterna att stanna kvar i närheten av en kvalificerad klinik under minst 4 veckor efter infusionen och att söka omedelbar läkarvård om tecken eller symtom på CRS uppträder vid någon tidpunkt. Svåra neurologiska biverkningar, som kan vara livshotande eller fatala, har observerats mycket ofta hos patienter som behandlats med YESCARTA. Behandlingsalgoritmer har utvecklats för att lindra CRS och de neurologiska biverkningarna. Patienter måste övervakas med avseende på tecken och symtom på infektion före, under och efter infusion, och behandlas på lämpligt sätt. **Innehavare av marknadsföringstillståndet:** Kite Pharma EU B.V., Nederländerna. **För information:** Kontakta Gilead Sciences Sweden AB, 08-505 718 00. Vid förskrivning och för aktuell information om förpackningar se www.fass.se. Minimiinformation: 12/2023. Baserad på produktresumé: 12/2023.

Folkbildning i poddformat

När arbetsdagen är slut brukar kanske många läkare tycka att det är skönt att ta en paus från frågvisa patienter. Men de två unga onkologerna **Robel Malki** och **Jonna Nilsson** som brinner för att sprida kunskap och motverka okunskap, startade i stället podden "Sjuka myter", där nyfikna patienter kan få evidensbaserad information om allt från cancer till frågor om vikt, antioxidanter och om man blir sjuk av kyla. Just nu förbereder de en ny säsong. "Vi vill bidra till folkbildning, det finns så många missförstånd inom hälsa och medicin," säger Robel Malki.



Robel Malki och Jonna Nilsson, som båda är 38 år, träffades redan under läkarutbildningen och blev goda vänner. Av en slump hamnade de på Södersjukhuset under både AT- och ST-tjänstgöringen och båda valde att bli onkologer.

– Vi blev färdiga specialister för cirka tre år sedan och har varit trogna Södersjukhuset sedan dess, säger Robel Malki.

Studiekamraten och kollegan Jonna Nilsson arbetar inom onkologisk strålbehandling medan Robel tjänstgör på uro-onkologmottagningen.

Idén att starta en podd tillsammans kom efter några år på jobbet och många möten med cancerpatienter.

– Vi märkte att patienterna ställde många märkliga frågor och att det fanns stora missuppfattningar rörande medicin, ofta orsakade av all information som sprids på sociala medier, förklarar båda.

Jonna Nilsson, som just nu är föräldraledig, fortsätter:

– Det var Robel som först fick idén om att starta en podd. Det är ju ett helt annat format än det vi normalt arbetar med som läkare i de enskilda patientmötena, och det kändes spännande. Förhoppningen är att vi ska nå ut till många.

Efter ett antal år i yrket är de vana vid att få frågor om sjukdomar och hälsa, både från patienter, släktingar och vänner.

– Och även från människor man inte känner alls men som har hört

att man är läkare, säger Jonna och tillägger:

– Frågorna kan handla om allt kring forskning och evidens till alternativmedicin men också mer konspiratoriska frågor som att läkare skulle vara köpta av läkemedelsindustrin är vanliga.

Eftersom de både är vänner och kollegor är de vana vid att samarbeta. Att de ibland tycker olika är inget problem utan fungerar som underlag till intressanta diskussioner.

Robel och Jonna är intresserade

»Frågorna kan handla om allt kring forskning och evidens till alternativmedicin men också mer konspiratoriska frågor som att läkare skulle vara köpta av läkemedelsindustrin är vanliga.«



Onkologerna Robel Malki och Jonna Nilsson under inspelningen av podden "Sjuka myter".

Foto: FABIAN ROSENBERG

av kommunikation och de kände båda efter några år i yrket att de ville göra något nytt och kreativt.

– Det finns andra poddar som är renodlat medicinska men vår approach var en annan. Vi vill hålla en lättisam men ändå seriös ton och nå ut till alla som vill lära sig mer om medicin, förklarar Robel och tillägger att de enbart presenterar evidensbaserad information.

Målet med podden "Sjuka myter" är just att slå hål på olika myter. Målgruppen är alla från 18 år och uppåt och hittills har det blivit sex olika avsnitt på teman som vikt, antioxidanter och cancer med mera. Antalet lyssnare låg under hösten runt 1000 i veckan.

Och de är nogga med att hålla varje avsnitt kort, max ca 15–20 minuter.

– De flesta orkar nog inte lyssna längre än så, tror Robel.

Jonna fyller i att tiden på avsnitten också avgjorts av själva ämnet.

– Vi har fått välja bort vissa myter och teman där evidens saknas.

Poddarna har spelats in i Läkarförbundets lokaler, men Jonna och Robel har stått för alla övriga kostnader och de har inte tjänat ett öre på satsningen.

– Det har aldrig varit vår målsättning att tjäna pengar på detta. Vi gör det för att det är roligt. Målet är bara att sprida kunskap och därigenom bidra till att fler patienter blir välinformerade. Denna typ av folkbildning kan ju flera av våra kollegor komma att ha nytta av i det dagliga arbetet.

Målgruppen för podden är vanliga, icke medicinskt utbildade, människor men de har fått bra respons även av kollegor.

På grund av att Jonna precis har fått barn är podden nu tillfälligt vilande. Inspelningen av nästa säsong är i planeringsfas och idéarbete pågår.

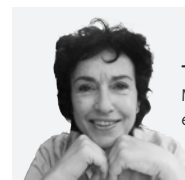
– Det är svårt att hinna med allt, konstaterar Robel, som själv har tre barn och utöver allt annat även har hunnit med att skriva en fantasy-

och magipräglad barnbok, som utbildar barn i miljöproblem.

Så småningom siktar de på att spela in den nya podden på Spotify och kanske på video.

De funderar även på att byta namn i framtiden, från "Sjuka myter" till "Vad fan betyder det?"

– Vi har ännu inte bestämt oss för ett nytt namn, men vi hoppas kunna bredda podden till att inte bara handla om myter utan att bli mer förklarande med utgångspunkt i hälso- och sjukvård, med fortsatt förankring i evidens. Målet är att den ska bättre och ännu mer genomarbetad, vi har lärt oss mycket av första säsongen, förklarar båda.



Text **EVELYN PESIKAN**
Medicinsk skribent
evelyn.pesikan@gmail.com

Fysisk aktivitet och träning under cancerbehandling

Många patienter med cancer genomgår omfattande behandlingar under lång tid. Både cancersjukdomen och dess behandlingar kan medföra betydande biverkningar som negativt påverkar livskvaliteten. **Anna Johnsson** är fysioterapeut och doktor i medicinsk vetenskap, jobbar som FoUU-ledare vid verksamhetsområde Hematologi, Onkologi & Strålningsfysik, på Skånes Universitetssjukhus och skriver här om hur fysisk aktivitet och träning under cancerbehandling kan minska biverkningar.

Det finns numera tydlig vetenskaplig evidens och omfattande klinisk erfarenhet som visar att fysisk träning kan minska biverkningar. Träning kan således fungera som en effektiv behandling för att lindra biverkningar vid cancersjukdom.

Fysisk aktivitet och träning efter en cancerdiagnos minskar förekomsten och/eller svårighetsgraden av ångest, oro, depressiva symtom, smärta och fatiguer. Dessutom förbättras sömn, kognitiv funktion, livskvalitet och fysisk funktion. Nedsatt syreupptagningsförmåga (kondition) och minskad muskelstyrka är vanliga biverkningar av cancerbehandling som påverkar den fysiska funktionen och livskvaliteten hos många patienter. Träning leder till förbättrad eller bibehållen syreupptagningsförmåga och muskelstyrka, och studier har visat att detta även gäller patienter som genomgår cancerbehandling, vilket tidigare inte antogs vara möjligt. Förbättrad fysisk funktion ökar sannolikt möjligheterna att hantera behandlingen så effektivt som möjligt.

En nyligen publicerad metaanalys visar att antalet vårddygn (minskning med 1,4 dagar) och inläggningar (minskning med 8 %) kan reduceras genom träning under behandling. I metaanalysen varade träningen i 2–52 veckor (median 5,5 veckor) på måttlig intensitet, i genomsnitt cirka 40 minuter per pass och fyra gånger i veckan.

Ett växande forskningsområde undersöker om fysisk träning kan minska risken för hjärt- och kärlpåverkan som vissa behandlingar orsakar. Djurstudier visar att träning kan skydda mot hjärt- och kärlkomplikationer, och det publiceras allt fler artiklar med interventionsstudier som tyder på att träning under behandling kan minska den behandlingsinducerade hjärttoxiciteten. Låg syreupptagningsförmåga är starkt förknippad med ökad dödlighet.

Träning ökar inte risken för att utveckla lymfödem. Tvärtom är det ett viktigt egenvårdsråd vid lymfödem och kan, för vissa undergrupper, minska risken för att

utveckla lymfödem. När det gäller cytostatikainducerade perifera neuropatier (CIPN) finns ingen stark evidens för träningseffekt, men många studier pekar på positiva effekter och klinisk erfarenhet visar att styrke- och balansträning kan hjälpa patienter att förbättra sin fysiska funktion och hantera problemet. Andra kropp- & själ-metoder såsom yoga och tai chi kan öka kroppskänedom och förbättra balansen.

Minskad risk

Det finns även evidens för att fysisk aktivitet minskar risken för att insjukna i vissa cancerdiagnoser, bland annat postmenopausal bröstcancer, koloncancer och njurcancer. Efter diagnos finns evidens för att fysisk aktivitet minskar förtida dödlighet (total och/eller cancerspecifik) vid cancerdiagnoser som bröstcancer, kolorektal cancer, prostatacancer och gynekologisk cancer.

Hur ska man träna?

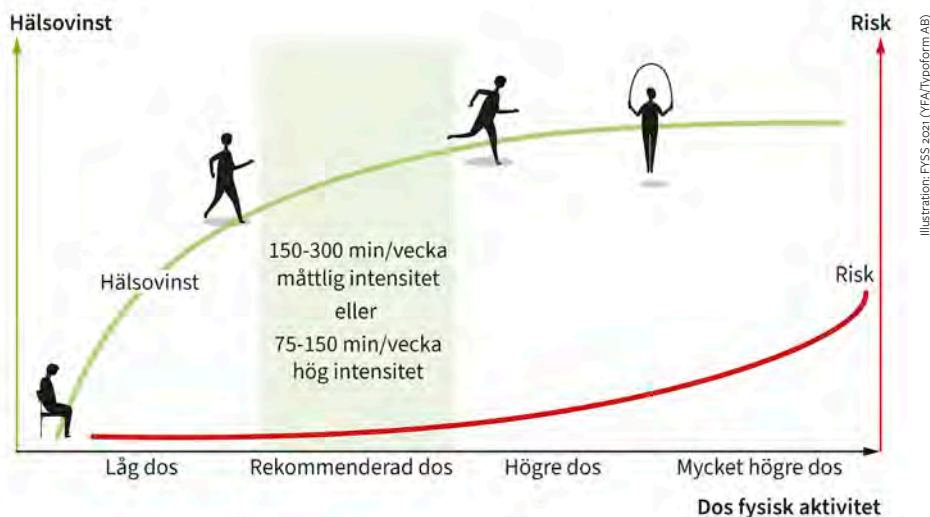
Vilken typ av träning som är mest effektiv är inte helt fastställt. Det finns många randomiserade studier som visar att fysisk aktivitet och träning förbättrar livskvalitet och minskar biverkningar. Tidigare var interventionerna i de flesta studier inriktade på pulshöjande fysisk aktivitet såsom raska promenader, jogging eller cykling, men idag är även muskelstärkande träning en viktig del av rehabiliteringen. Dosen av pulshöjande fysisk aktivitet bestäms av intensitet, duration och frekvens. Det betyder att för att följa rekommendationerna för hälsofrämjande fysisk aktivitet kan man antingen vara fysiskt aktiv på måttlig intensitet i 150 minuter per vecka eller på hög intensitet i 75 minuter per vecka.

I en stor, svensk, randomiserad studie, Phys-Can, undersökte man effekten av pulshöjande och muskelstärkande träning på låg till måttlig intensitet jämfört med hög intensitet. Resultatet visade positiva effekter av båda intensiteterna, men något bättre effekt på fysisk fatigue, muskelstyrka i nedre extremiteterna



Foto: ANNA JOHNSON

»Det finns många randomiserade studier som visar att fysisk aktivitet och träning bättrar livskvalitet och minskar biverkningar.«



Figuren beskriver dos-respons sambandet mellan fysisk aktivitet och hälsa som gäller för alla vuxna. Hälsovinsten är störst om man går från låg till måttlig dos av fysisk aktivitet.

och kondition i gruppen som tränade på hög intensitet. OptiTrain, en annan svensk studie, jämförde högintensiv intervallträning och styrketräning med konditionsträning. Jämfört med kontrollgruppen rapporterade båda träningsgrupperna bättre livskvalitet och färre symtom såsom smärta, och de var också inlagda på sjukhus i mindre omfattning.

När det gäller effekter på fatigue, livskvalitet och förbättrad fysisk funktion kan pulshöjande och/eller muskelstärkande fysisk aktivitet rekommenderas, medan det för ångest och depression framför allt är den pulshöjande fysiska aktiviteten som har effekt.

För att uppnå effekt på skelettet (bentätthet) krävs träning med hög belastning på skelettet flera gånger per vecka, inklusive muskelstärkande och skelettbelastande pulshöjande träning – det vill säga inte cykling eller liknande aktiviteter.

Prehabilitering

Fysisk aktivitet och träning som prehabilitering resulterar i färre lungkomplikationer, kortare vårdtid och bättre livskvalitet. Prehabilitering omfattar insatser som genomförs mellan diagnos och behandlingsstart, där multimodal prehabilitering har visat sig ha bäst effekt.

Enstaka träningspass

Även enstaka pass med fysisk aktivitet kan ha positiva effekter, exempelvis genom att öka energinivån och minska oro direkt efter aktiviteten. För mer långvariga effekter krävs dock kontinuerlig fysisk aktivitet. Dessutom kan sömnen och den kognitiva funktionen förbättras efter ett träningspass.

Vi har studerat energi- och stressnivåer samt illamående hos patienter med bröstcancer som tränade under cytostatikabehandling. Den upplevda energin ökade och illamående minskade direkt efter ett träningspass, både vid pulshöjande och muskelstärkande träning. Det visade sig också att energin ökade mest när den var som lägst före träningen. Stressen minskade efter ett muskelstärkande träningspass, med störst minskning när stressnivån var som högst före passet.

Individuell anpassning

Den fysiska aktiviteten och träningen behöver naturligt-

vis alltid individanpassas, särskilt under behandling. Förutom andra sjukdomar och tidigare träningsvana kan både cancersjukdomen och behandlingen påverka vilken träning som är möjlig. Dagsformen kan variera, exempelvis påverkar näringsintag och blodvärden den fysiska kapaciteten.

Olika typer av träning passar olika individer; vissa föredrar att träna själva medan andra föredrar att träna i grupp. Även digital träning är ett relativt nytt alternativ som kan erbjudas både individuellt och i grupp. Digifysisk träning, som erbjuder både fysiska möten och digitala träningstillfällen, är ett nytt alternativ som kan möjliggöra träning för fler patienter.

Många studier med träningsinterventioner har genomförts och de har tolererats väl, även träning på hög intensitet (deltagarna i dessa studier har uppfyllt inklusions- och exklusionskriterier). Det innebär att patienter som är vana vid att träna på hög intensitet och som vill fortsätta under behandling i de flesta fall kan göra så. Det är dock viktigt att stämna av med vårdpersonal.

Viktigt med stöd

Patienter har rätt att få information om fördelarna med fysisk aktivitet och att få stöd för att komma i gång eller fortsätta med träning efter en cancerdiagnos. Individanpassad fysisk aktivitet ger förbättrad fysisk funktion och ökad livskvalitet, och vi vet att stillasittande är skadligt. Även efter en cancerdiagnos minskar träning risken för andra sjukdomar som är förknippade med fysisk inaktivitet.

Förbättrad livskvalitet och minskad risk för andra sjukdomar är en stor vinst för individen men också för samhället som helhet. Lite fysisk aktivitet är mycket bättre än ingen, men ökad mängd är ännu bättre. Idag vet vi att all rörelse räknas och att bryta stillasittande är betydelsefullt.



Text ANNA JOHANSSON

Leg. fysioterapeut, doktor i medicinsk vetenskap. Arbetar som Forsknings Utbildning och Utvecklingsledare (FoUU-ledare) VO Hematologi, Onkologi & Strålningsfysik, VE Onkologi, Skånes Universitetssjukhus, Region Skåne.

TALZENNA (talazoparib) är godkänt i kombination med enzalutamid för behandling av vuxna patienter med metastaserad kastrationsresistent prostatacancer (mCRPC) för vilka kemoterapi inte är kliniskt indicerat.

NU SUBVENTIONERAT*



HAR DU PATIENTER MED mCRPC?

TALZENNA är den enda PARP hämmare som i kombination med enzalutamid visat på en signifikant förbättrad radiologisk progressionsfri överlevnad (rPFS) jämfört med placebo + enzalutamid vid första linjens behandling av patienter med mCRPC med BRCA 1/2 mutationer.^{1^}



TALZENNA® + enzalutamid
talazoparib

80%
REDUCERAD
RISK^{2^}

FÖR SJUKDOMSPROGRESSION
ELLER DÖD JÄMFÖRT MED
PLACEBO + ENZALUTAMID
(HR = 0,20 [95% KI, 0,11-0,36];
P < 0,0001)

TALZENNA® (talazoparib), L01XK04, hård kapsel, 0,1 mg, 0,25 mg, 1 mg, Rx, (F). Indikation: Talzenna är indicerat som monoterapi för behandling av vuxna patienter med medfödd BRCA1/2-mutation som har HER2-negativ lokalt avancerad eller metastaserad bröstcancer. Patienter ska tidigare ha behandlats med en antracyclin och/eller en taxan som (neo)adjuvant behandling, för lokalt avancerad eller metastaserande cancer, såvida inte patienterna var olämpliga för dessa behandlingar. Patienter med hormonreceptorpositiv (HR-positiv) bröstcancer ska ha fått tidigare endokrinbaserad behandling, eller ha bedömts som olämpliga för endokrinbaserad behandling. Talzenna är indicerat i kombination med enzalutamid för behandling av vuxna patienter med metastaserad kastrationsresistent prostatacancer (mCRPC) för vilka kemoterapi inte är kliniskt indicerat. Kontraindikationer: Överkänslighet mot talazoparib eller mot något hjälpämne. Amning. Varningar och försiktighet: Myelosuppression kan uppkomma vid behandling med Talzenna och patienter ska monitoreras avseende tecken och symtom på anemi, leukopeni/neutropeni och/eller trombocytopeni. Venösa tromboemboliska händelser har observerats hos patienter med mCRPC och patienter ska övervakas avseende kliniska tecken och symtom på djup ventrombos och lungembolism. Preventivmedel ska användas under behandling med Talzenna. För ingående beskrivning av varningar och försiktighet se www.fass.se Övrig information: Begränsad subvention. Subventioneras för patienter med HER2-negativ, lokalt avancerad eller metastaserad bröstcancer för patienter med medfödd BRCA1/2-mutation som inte är lämpliga för behandling med platinumbaserad kemoterapi. Subventioneras i kombination med enzalutamid för patienter med BRCA1/2-muterad, metastaserad kastrationsresistent prostatacancer där kemoterapi ej är ett lämpligt alternativ.

Datum för översyn av produktresumén: 04/2024. För ytterligare information, se www.fass.se
Pfizer AB, www.pfizer.se

* Subventioneras för patienter med HER2-negativ, lokalt avancerad eller metastaserad bröstcancer för patienter med medfödd BRCA1/2-mutation som inte är lämpliga för behandling med platinumbaserad kemoterapi. Subventioneras i kombination med enzalutamid för patienter med metastaserad kastrationsresistent prostatacancer (mCRPC) med BRCA1/2-mutation, där kemoterapi inte är ett lämpligt alternativ.

Referenser:

1. Talzenna SmPC, www.fass.se
2. Fizazi K, et al. 5004. ASCO 2023

¹rPFS definierades som tid från randomiseringsdatum till första objektiva bevis på radiologisk progression genom blindad oberoende granskning, eller dödsfall (som inträffar inom 168 dagar efter avslutad behandling), beroende på vilket som inträffar först, data för patienter med BRCA 1/2 mutationer; mPFS ej nådd för TALZENNA + enzalutamid (95% KI, ej nådd-nej nådd, händelser 15 (21%), n=71) vs 11,0 månader för placebo + enzalutamid (95% KI, 8,3-11,1, händelser 54 (64%), n=84. Mediantid för uppföljning av rPFS var 17,5 resp. 16,8 månader.²



Pfizer AB | Tel 08-550 520 00 | www.pfizer.se

Det är svårt att föreställa sig någon person i Sverige, kanske även i Europa, som förtjänar utmärkelsen Årets Cancernätverkare bättre än **Eva Jolly**. Hon är specialistsjuksköterska, chef, forskare, koordinator på Karolinska CCC, engagerad i otaliga EU-projekt och har ägnat hela sitt liv åt cancer. Lugnt och metodiskt, utan åthävor, har Eva Jolly de senaste 35 åren oförtrutet arbetat med att förändra cancervården i Sverige, inte minst genom att stärka det internationella samarbetet och bygga upp Sveriges första Comprehensive Cancer Center. Men drivkraften för denna ödmjuka inflytelserika ledare är idag densamma som när hon en gång med stor målmedvetenhet valde yrkesbana, att arbeta för och tillsammans med cancerpatienter och deras närstående.

Eldsjäl tar täten för cancervården

Livsbanan är förstås individuella och ser helt olika ut, ofta svänger de lite hit och dit under livet innan de rätar ut sig och stakar ut vägen. Möjligen är det inte så många människor förunnat att ha en lika rak och obruten livsväg som Eva Jolly, som föddes i Stockholm 1969 och som väldigt tidigt visste exakt vad hon ville bli.

– Jag tyckte det vårdande var så spännande och var som barn helt säker på att jag ville bli sjuksköterska. Mina föräldrar tyckte att det var slöseri med fina betyg. Jag var studiemotiverad och hade lätt för mig men det var inte tal om att välja något annat yrke än sjuksköterska. Visst hade jag kunnat studera till läkare men det var närheten till patienterna som var den starka drivkraften, berättar Eva Jolly, som redan där visade prov på den målmedvetenhet som har styrt henne sedan dess.

Att välja ett vårdyrke var ovanligt på 1980-talet men det var inget som bekymrade Eva som sökte sig till Röda Korsets sjuksköterskeutbildning.

– Jag visste redan då att jag ville arbeta internatio-

nellt, förklarar Eva och man undrar försiktigt om hon möjligen har ett klärvoajant drag för den där önskan har sannerligen gått i uppfyllelse i hennes liv.

När Eva Jolly bara är 20 år gammal blir hon färdig sjuksköterska. Och inte nog med att detta är rekordtidigt, hon får dessutom i princip omedelbart ett fast jobb på Radiumhemmet.

– Jag sökte mig dit för att jag ville arbeta med kritiskt sjuka människor och hade varit elevplacerad där. Det var ganska svårt att få jobb på den tiden men de konverterade en underskötersketjänst till en sjukskötersketjänst så i september 1989 hade jag min första fasta tjänst. Det var både fantastiskt och lite läskigt.

Onkologi, forskning och ledarskap

Arbetet på Radiumhemmet, som då styrdes av Jerzy och Nina Einhorn, kom att prägla henne djupt.

– Det var en ynnest och ytterst lärorikt att få arbeta med sådana eldsjälar. Vi lärde oss att alltid sätta patienten i centrum, att göra allt för dem. Palliativ vård var

RADIUMHEMMET

Årets Cancernätverkare heter Eva Jolly, verksamhetsansvarig för Karolinska Comprehensive Cancer Center. Här utanför Radiumhemmet där hon som nyexaminerad sjuksköterska för 35 år sedan inledde sin framgångsrika karriär inom cancervården.

Foto: BOSSE JOHANSSON



inte så vanligt då, och ASIH fanns ännu inte, men att ge patienterna gott psykosocialt stöd var viktigt. Först nu börjar det vi satte i gång då att fungera i cancervården.

Eva Jolly konstaterar att hon tack vare dessa fantastiska förebilder fick en stark grund att stå på i sitt yrke.

– Ja, jag fick en otrolig utbildning och lärde mig onkologi i grunden, även cytostatikabehandlingar, under de tio år jag arbetade på slutenvårdsavdelningen. Ett tag funderade jag på att börja arbeta inom intensivvården, men jag ville vara fortsatt nära patienten, säger Eva, som blev färdig specialistsjuksköterska under den perioden och även började nosa lite på forskningsspåret.

– Jag gick en forskningsförberedande kurs och sedan

en medellång forskarutbildning. Det var i ett av professor Yvonne Wengströms projekt som rörde följsamhet till endokrinbehandling efter bröstcancer som lockade in mig i forskningen och sedan dess har det vetenskapliga följt mig hela tiden.

Det blev en magisteruppsats om kontinuitet vid cancersjukdom och en del konsultverksamhet.

– När det sedan handlade om att gå vidare till att bli doktorand valde jag i stället chefsspåret. 2006 blev jag sektionsledare, med professor Jonas Bergh som sektionschef. Och två år senare blev jag chefsjuksköterska för öppenvården på onkologiska kliniken.

Att ha läromästare som paret Einhorn och Jonas



Eva Jolly har gjort sig känd som en lugn och målmedveten ledare, som vinnlägger sig om att samarbeta och lyfta fram medarbetare. ”Det är bara i samverkan med andra man utvecklas.”

Foto: BOSSE JOHANSSON

Eva Jollys, Årets cancer-nätverkare, nuvarande engagemang

- Verksamhetsansvarig Karolinska Comprehensive Cancer Center
- Representant i flera pågående och kommande EU-finansierade projekt inom Europe's Beating Cancer Plan och Cancer Missionen.
- Representant för Karolinska Comprehensive Cancer Center i Socialstyrelsens referensgrupp för implementeringen av den europeiska cancerplanen (Europe's Beating Cancer Plan)
- Auditör och medlem i styrgruppen Accreditation and Designation Board inom OEIC (Organisation of European Cancer Institutes)
- Medlem i ledningsgruppen för nordisk/baltiska CCC-nätverket
- Medlem i Karolinskas EUHA-ledningsgrupp (European University Hospital Alliance)
- Leder arbetspaket inom EU-projekten: CCI4EU, ECHoS, EUNetCCC och JANE2 (de två sistnämnda startar i höst)
- Vice ordförande i det svenska initiativet Nollvision cancer

»Att ha familj och tre barn var en stor del av min professionella utveckling, det var inget hinder. Och att tillsammans med min nuvarande man få vara nära och följa mina tre barn och tre bonusbarn är det absolut roligaste och viktigaste i mitt liv.«

Bergh, Sveriges ledande bröstcancerspecialist, har betytt mycket för Eva Jolly.

– Jag upptäckte också då att jag älskade att vara chef. Vi var ett fantastiskt team på cirka 50 personer som skötte all öppenvårdsverksamhet och det var så roligt att jobba.

Familj och karriär

Mitt i den spikraka karriären hann Eva gifta sig och få tre barn, födda 1992, 1994 och 2000.

– Min dåvarande man, vi skilde oss 2011, och jag stöttade varandra under alla år. Att ha familj och tre barn var en stor del av min professionella utveckling, det var ing-

et hinder. Och att tillsammans med min nuvarande man få vara nära och följa mina tre barn och tre bonusbarn är det absolut roligaste och viktigaste i mitt liv, menar Eva.

På jobbet fortsatte spännande saker att hända. Ulrik Ringborg, som 1992 tog över som verksamhetschef för Radiumhemmet efter Jerzy Einhorn, föreslog 2005 ett nytt roligt uppdrag.

– Han stoppade mig i korridoren en dag och undrade om jag ville arbeta med att utbilda auditörer inför den kommande ackrediteringsprocessen inför bildandet av Comprehensive Cancer Center. Ulrik Ringborg ansåg att onkologisk omvårdnad var mycket viktig och han var på många sätt före sin tid.

»Det har alltid varit viktigt för mig att se målet klart och inte fastna på vägen, att våga ta täten som ledare in i förändringar och samtidigt skapa trygghet.«

Eva tackade naturligtvis ja till uppdraget eftersom det inte hör till hennes natur att vara en nej-sägare.

– Jag nappade direkt. Att säga ja och vilja mycket har präglat min karriär.

Eva är fortfarande auditör, numera också verksamhetsansvarig för CCC, som inte blev klart förrän 2020.

– Det blåste ganska hård motvind under några år, konstaterar hon på sitt lugna vis.

Men vägen för CCC var utstakad och parallellt med detta blev Eva Jolly 2012 för första gången chef över chefer.

– Jag fick en tjänst som områdeschef på strålbehandlingen och hamnade några år senare mitt i turbulensen kring besparingar, omorganisationer och negativa skrivelser. Det var en tuff och rörig tid men vi samlade kraft och stod kvar, berättar Eva och man riktigt ser hur hon med fast och lugn hand håller skutan flytande i ett blåsig hav.

När den värsta stormen hade lagt sig fick hon uppdraget att leda Karolinska in i CCC.

– Ja, då fick den gamla tanken liv igen. Och det var en stor dag när vi blev godkända hösten 2019. I mars, året därpå, startade Karolinska CCC och det betydde verkligen mycket för mig att få se frukten av många års arbete, säger Eva som sedan 2023 är verksamhetsansvarig på CCC på heltid.

Hon konstaterar lugnt men ändå med lite förvåning att hon har arbetat på Karolinska i 35 år nu. Ett gott exempel på att man kan stå kvar men ändå ständigt utvecklas.

– Man ser inte alltid själv tydligt vilka val man har gjort men jag vet att jag har burits fram av fantastiska människor. Att jag har blivit sedd tidigt och fått möjligheter, som jag har tackat ja till. Jag har alltid bemötts med respekt och är oerhört glad och stolt över min bakgrund som sjuksköterska, det har varit en fördel i min karriär och för mig har det också alltid varit viktigt att bana väg för – och tänka tillsammans – med andra.

Eva Jolly beskriver sig själv som lugn och metodisk, egenskaper som väglett henne under hela karriären.

– Det har alltid varit viktigt för mig att se målet klart och inte fastna på vägen, att våga ta täten som ledare in i förändringar och samtidigt skapa trygghet, säger hon.

Sverige och världen

Listan över Eva Jollys olika engagemang, nationella och internationella, är så lång att vi har samlat dem i en särskild ruta.

Det hon drömde om som ung sjuksköterska, att få arbeta utomlands, är en dröm som har uppfyllts med råge under de senaste 10–15 åren. Idag tillbringar hon många arbetsdagar per år på resande fot, ofta är destinationen Bryssel, och att alltid ha en färdigpackad resväska till hands är en självklarhet.

– Arbetet med att bygga upp Karolinska CCC är en del av ett samarbete med andra europeiska cancercenter, både inom OECE (Organisation of European Cancer Institutes) och CCE (Cancer Core Europe) men också inom EUHA (European University Hospital) där Karolinska är ordförande i år, berättar hon och det är tydligt att hon (till skillnad från många av oss) vant och smidigt rör sig genom alla de förkortningar som präglar arbetet inom EU.

Sverige, som är ett litet land, har mycket att vinna på – och lära sig av – det europeiska samarbetet, betonar hon.

– Det är viktigt att Sverige engagerar sig och deltar aktivt för att implementera den europeiska cancerplanen (Europe's Beating Cancer Plan) nationellt och att vi bidrar till att andra medlemsländer lyckas med de uppsatta målen. Vi är beroende av att samarbeta internationellt för att möjliggöra kliniska studier som är så viktiga för våra patienter, och genom ett aktivt kunskapsutbyte kan vi dela med oss av våra erfarenheter av att organisera cancervård, forskning och utbildning.

På hemmaplan är hon sedan något år vice ordförande i Nollvision cancer, en tvärsektorieell innovationsmiljö som stöds av Vinnova.

– Från Karolinska CCC ser vi på Nollvision cancer som ett sätt att medverka till att samarbete mellan olika intressenter och aktörer stärks och fördjupas så att vi tillsammans kan påverka utveckling och innovation inom cancerområdet. Vår gemensamma vision är att transformera cancer från en dödlig till en botbar eller kronisk sjukdom.

Årets Cancernätverkare

Återigen är det samarbete och samverkan, över alla möjliga gränser, som är de starka nyckelorden i det mesta Eva Jolly gör.

Att hon som en följd av sitt mångåriga omfattande samarbete inom cancerområdet i år utsetts till Årets Cancernätverkare ser hon som oerhört hedrande.

– För mig symboliserar utmärkelsen ett starkt engagemang och samverkan med andra. För det är just tillsammans med andra, patienter, närstående, kollegor och partners, som jag som enskild individ kan göra skillnad. Det viktigaste för mig framöver är att få fortsätta att utvecklas i nära samarbete med andra. Det ger mig kraft och inspiration.



Text **EVELYN PESIKAN**
Medicinsk skribent
evelyn.pesikan@gmail.com

REKOMMENDERAS I VÅRDPROGRAMMET²
- enligt indikation

NYCKEL TILL FÖRBÄTTRAD TOTAL ÖVERLEVAD^{*}

BAVENCIO (avelumab) immunterapi med signifikant överlevnadsvinst^{*} som **första linjens underhållsbehandling** av vuxna patienter med lokalt avancerad eller metastaserad urotelial cancer (UC) - oavsett PD-L1-status.[†]

^{*} 22,1 månader median total överlevnad (mOS) BAVENCIO + BSC (n=350) vs. 14,6 månader median total överlevnad med enbart BSC (n=350) (HR: 0,70; 95 % KI: 0,56; 0,86); p= 0.0008

[†] Patienter som är progressionsfria efter platinabaserad kemoterapi

BSC: best supportive care (bästa stödjande vård); **OS:** Overall survival (Total överlevnad); **mOS:** Median total överlevnad; **HR:** Hazard ratio

Ref. 1. BAVENCIO Produktresumé, Merck Europe B.V. www.fass.se. **2.** Cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör, Nationellt vårdprogram, 2021-12-20 Version 4.1 <https://kunskapsbanken.cancercentrum.se/diagnoser/urinblase-och-urinvagscancer>.

BAVENCIO® ▼ (avelumab), L01FF04, Rx, EF. Farmakoterapeutisk grupp: Övriga antineoplastiska medel, monoklonala antikroppar. **Indikation:** BAVENCIO är avsett som monoterapi för behandling av vuxna patienter med metastaserad Merkelcellskarcinom (MCC). BAVENCIO är avsett som monoterapi för första linjens underhållsbehandling av vuxna patienter med lokalt avancerad eller metastaserad urotelial cancer (UC) som är progressionsfria efter platinabaserad kemoterapi. BAVENCIO i kombination med axitinib är avsett som första linjens behandling av vuxna patienter med avancerad njurcellscancer (RCC). **Beredningsform och förpackningar:** 20 mg/ml koncentrat till infusionsvätska, lösning. En injektionsflaska innehåller 10 ml (200 mg avelumab). **Dosering:** Rekommenderad dos av BAVENCIO som monoterapi är 800 mg administrerat intravenöst under 60 minuter varannan vecka. Rekommenderad dos av BAVENCIO i kombination med axitinib är 800 mg administrerat intravenöst under 60 minuter varannan vecka och axitinib 5 mg taget peroralt två gånger dagligen (med 12 timmars intervall). **Kontraindikation:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. **Varningar och försiktighet:** Alla som ordinerar BAVENCIO måste ta del av utbildningsmaterial till patienter/vårdgivare. BAVENCIO kan orsaka infusionsrelaterade reaktioner omfattande feber, frossa, blodvallning, hypotoni, dyspné, väsande andning, ryggsmärta, buksmärta, urtikaria och immunrelaterade biverkningar som kan involvera lungor (pneumonit, interstitiell lungsjukdom), lever (hepatit), tarmar (kolit), bukspottkörtel (pankreatit), hjärta (myokardit), endokrina körtlar (endokrinopati) som sköldkörtelrubbnings, binjurebarksvikt, typ 1-diabetes mellitus, njurar (njursvikt, nefrit). Andra immunrelaterade biverkningar inklusive myosit, hypopituitarism, uveit, myastenia gravis, myastent syndrom, icke-infektiös cystit och Guillain Barrés syndrom har rapporterats. Patienterna ska övervakas avseende tecken och symtom på infusionsrelaterade reaktioner och immunrelaterade biverkningar där allvarlighetsgrad ska bedömas och behandling med BAVENCIO kan behöva senareläggas och kortikosteroider sättas in. Patienter ska premedicineras med ett antihistamin och paracetamol inför de fyra första infusionerna därefter enligt läkarens bedömning. Vid kombination av BAVENCIO och axitinib förekommer en högre levertoxicitet jämfört med enbart BAVENCIO. Patienter ska kontrolleras oftare för leverfunktionsförändringar och symtom på detta jämfört med när BAVENCIO används som monoterapi. Användning av avelumab under graviditet rekommenderas endast då tillståndet hos kvinnan kräver att det är absolut nödvändigt. Fertila kvinnor ska rådas att undvika att bli gravida medan de behandlas med BAVENCIO och kvinnor som ammar ska rådas att inte amma under behandling. För ytterligare information se www.fass.se, www.merck.se.

Senaste datum för översyn av produktresumén: december 2022.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Hälso- och sjukvårds-personal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning till Läkemedelsverket, www.lakemedelsverket.se.

Merck AB, Box 3033, 169 03 Solna, 08-562 445 00

MERCK

BAVENCIO®
avelumab 20 mg/mL
Koncentrat till infusionsvätska, lösning

I mars 2024 samlades över tusen vårdprofessionella från hela Sverige i Malmö för att delta i Onkologidagarna 2024. Evenemanget präglades av föreläsningar och engagerade diskussioner och värdefullt erfarenhetsutbyte.

Onkologidagarna

– det årliga nätverksmötet alla längtar till

Ett ambitiöst vetenskapligt program med ett 70-tal inbjudna talare. Bland höjdpunkterna i programmet var sjukvårdsministern Acko Ankarberg Johansson, Sveriges nationella cancersamordnare Kjell Ivarsson, Mef Nilbert som är ansvarig för den nationella cancerstrategin och en rad framstående forskare. Programmet innehöll även ett kvällseminarium med efterföljande mingel, arrangerat av Onkologi-alliansen, som är en sammanslutning mellan ett 20-tal läkemedelsföretag och som samtidigt var utställare under dagarna i Malmö.

Utställarna

I utställningen var det bred representation. Merparten av utställarna var företag från läkemedelsindustrin som har olika terapier och behandlingar inom onkologi. Men det var även en handfull medtech-företag, som alla är stora leverantörer inom onkologivården. Allt samlat under årets tema ”Framtidens onkologi – i Sverige och i världen”.

Flest besökare i montern hade franska La Roche Posay (L’Oreal), som har hudvård för behandling av hudbiverkningar i samband med cancerbehandlingar. Även hos Regionala Cancer Centrum (RCC) var det ständigt fullt med folk.

Seminarium och posters

Under tre intensiva dagar, från tisdag eftermiddag till torsdag kväll, presenterades ett brett spektrum av

sessioner, inklusive posterdiskussioner och seminarier. Onsdagskvällens kongressmiddag, som hölls på Luftkastellet, vid foten av Öresundsbron och med en fantastisk utsikt över Öresund, var en av de mest minnesvärda stunderna.

Ny ordförande i SOF

På Svensk Onkologisk Förenings årsmöte under onsdagen valdes professor Per Karlsson, bröstcancerforskare vid Sahlgrenska i Göteborg till ny ordförande efter professor Signe Friesland, från Karolinska i Solna. (Läs intervju med den nye ordföranden Per Karlsson på sidorna 16–17 i denna tidning.)

Arrangörerna

Onkologidagarna 2024 organiserades av de onkologiska verksamheterna i Lund och Malmö tillsammans med Svensk Onkologisk Förening (SOF) och Sjuksköterskor i Cancervård (SiC). Utöver huvudprogrammet anordnades även Kontaktsjuksköterskedagen, en ST-kurs i palliativ medicin och Nationellt Strålmöte, vilket breddade både kunskapsutbytet och nätverksmöjligheterna för alla deltagare.

Onkologidagarna 2024 är en viktig plattform för kunskapsdelning och samarbete inom cancervården. Tack vare alla utställare, deltagare och arrangörerna blev det ett inspirerande och framåtblickande möte. Ett av årets viktigaste Nästa gång syns vi i Sundsvall.

Text & foto: Ulrika Nyberg



Ulrika Berg Roos och Viktoria Hernell från Regionala Cancer Center, RCC, hade fullt upp i sin monter alla dagar.



Markus Lingman, Halmstad och den nationella cancersamordnaren Kjell Ivarsson.



Bano Pishdari och Evalotta Lejon från Ipsen



Henrik Lindman, Uppsala, Lars Beckman, Sundsvall och Per Karlsson, Sahlgrenska.



Miriam Bagher från Sun Pharma.



Johan Kroon, Accord



Teamet från MSD med Markus Lindblom och Jessica Klang och Elisabeth Le.



Sara Hellqvist och Jonas Söderholm från Gilead.



Maria Johansson och Karin Heby Henricson från Roche.



NOPHO är organisationen som samlar nordiska och baltiska barnhematologer, onkologer och forskare för samverkan. Årets gemensamma möte var det 41: a i ordningen och hölls den 3-6 maj i Tallinn, Estland på temat "From Science to Child".

NOPHO 2024

– för ökat internationellt utbyte inom barnonkologin

NOPHO står för Nordic Society for Paediatric Haematology and Oncology och har organiserat nordiska barnonkologer såväl kliniskt som forskningsmässigt sedan 1982. Gemensamma behandlingsprotokoll för akut lymfatisk leukemi (ALL) och akut myeloisk leukemi (AML) har utarbetats sedan 1990-talet och nu när även de baltiska länderna är medlemmar så finns det goda möjligheter att agera tillsammans med en starkare röst i internationella sammanhang.

Årligt möte

Ansvar för att arrangera det årliga mötet roterar mellan medlemsländerna och i år samlades cirka 200 deltagare i Tallinn. Temat var "From Science to Child" och programmet innehöll många internationellt framstående föreläsare som delade med sig av den senaste forskningen. Möjlighet till erfarenhetsutbyte gavs också under posterutställningen och på olika så kallade Wor-

king Group Meetings där till exempel en viss diagnos diskuteras.

Vårdvetenskap och medicin under samma paraply

Under konferensdagarna hålls också föreningens årsmöte och bland de viktiga besluten i år var bland annat att sjuksköterskornas organisation NOBOS The Nordic Society of Pediatric Oncology Nurses, som länge arbetat tätt tillsammans med NOPHO, nu formellt går ihop med NOPHO och bildar en egen sektion för vårdvetenskap. Förslaget på gemensamma stadgar presenterades och deltagarna gavs möjlighet att komma med synpunkter på de exakta formuleringarna. Förhoppningen är att sammanslagningen mellan NOPHO och NOBOS ska innebära att de nordiska och baltiska länderna ska stärka sina tvärvetenskapliga samarbeten ytterligare och bli mer synliga internationellt.

Text: Monika Ehnman, Barncancerfonden

5 frågor till barnonkologer som deltog på plats:

1 Varför ska Sverige vara aktiva i NOPHO?

Lisa Törnudd: Barnonkologin har ett djupt nordiskt samarbete sedan lång tid. Våra länder har små patientgrupper och små befolkningsunderlag. Ett oprentiöst samarbete och ett delat engagemang har varit helt avgörande för de framsteg vi nått idag. I de nordiska länderna har vi även nytta av att vi har liknande kulturer och språk och att vi har en gemensam historia. Tillsammans kan vi vara en kraft på den internationella arenan.

Mats Marshall Heyman: Alla nordiska och baltiska länder är relativt små, vilket betyder att vi inte har förutsättningar att hävda oss enskilt internationellt. Däremot har vi ett betydande befolkningsunderlag tillsammans, ca 30-35 miljoner, vilket motsvarar hälften av t ex UK. Vi har alltså allt att vinna på att samarbeta i NOPHO och driva frågor som är viktiga för oss internationellt.

Detta manifesterar sig också genom att vi som region nu deltar i två stora samarbeten inom ALL och AML.



Päivi Lähteenmäki, MD, PhD, Docent, Forskargrupsledare i Barn-cancerepidemiologi, vid Karolinska Institutet. Päivi är ansvarig registerhållare i Svenska Barncancerregistret.

Viss samverkan sker även på CNS-sidan, medan verksamheten är mer splittrad när det gäller solida tumörer. Jag har försökt verka för mer samordning och en större chans att NOPHO:s röst hörs i världen. Sammantaget finns det alltså mycket goda skäl för Sverige att engagera sig i NOPHO.

»De nordiska länderna har ett nära samarbete sedan lång tid tillbaka då man tidigt insåg att varje enskilt land hade för få antal patienter för att kunna utveckla behandlingsprotokollen.«

Päivi Lähteenmäki: Med NOPHO som en paraply-organisation kan vi samordna oss i de nordiska och baltiska länderna och påverka mycket mera internationellt än om varje land representerade bara sig själv. Detta gäller även vår representation i SIOP Europe och dess arbetsgrupper.

Cecilia Langenskiöld: De nordiska länderna har ett nära samarbete sedan lång tid tillbaka då man tidigt insåg att varje enskilt land hade för få antal patienter för att kunna utveckla behandlingsprotokollen. Det är grunden till de fina behandlingsresultaten inom barnonkologin. Idag samarbetar vi ännu mer internationellt men många studier drivs fortfarande i nordisk regi. En stor fördel är att våra sjukvårdssystem är relativt lika varandra vilket underlättar när man planerar studier samt utvärderar resultat.

Per Kogner: Till egen och andras nytta. Internationellt samarbete har hittills varit avgörande för barnonkologins utveckling och kommer att vara det än mer framöver. Både antal patienter och ökad insikt gällande klinisk och biologisk komplexitet samt terapeutiska möjligheter och kostnader motiverar fortsatt internationellt samarbete.

Tradition och historiskt god kollegial och vetenskaplig gemenskap och samverkan har både ökat patienters och kollegors livskvalitet. Den nordiska kontexten och NOPHO har visat sig särskilt värdefull hittills och bör kunna fylla denna funktion även framöver.



Per Kogner, MD, PhD, Professor barnonkologi, Karolinska Institutet, Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset

2 Hur står sig nordisk och baltisk barnonkologi i ett internationellt perspektiv?

Lisa Törnudd: Det uppstår allt mer juridik och byråkrati kring vårt samarbete i Norden men ännu mer internationellt. Det kan handla om att dela data från en hel patientgrupp för att möjliggöra forskning eller att överföra information, biopsimaterial, röntgenbilder om en specifik patient för att få en konsultation. Dessa regler är viktiga för den individuella integriteten, men vården behöver få ett bättre stöd i hur vi ska hantera dem. Lagstiftare och beslutsfattare behöver få en större inblick i vad juridiken behöver stötta de sjuka och utsatta med.

Mats Marshall Heyman: Regionen står sig mycket bra när det gäller de internationella samarbeten som nämns ovan och mer om den samlade forskningsaktiviteten kan man läsa i NOPHO-rapportens referensuppdatering. NOPHO håller samtidigt på att ta en allt större plats i internationella samarbeten för läkemedelsutveckling.

Päivi Lähteenmäki: När vi tittar på till exempel EURO-CARE-publikationer, kan man se att canceröverlevnad i Nordeuropa är minst på samma nivå som på Mellaneuropa, och i vissa diagnoser har vi även bästa resultat. Överlevnad av till exempel ALL-patienter har förbättrats sig också i de baltiska länderna efter att de började använda samma protokoll som de nordiska länderna (f.o.m NOPHO-ALL2008 protokoll). När vi tittar på re-

sultaten från Benchista-studien, som presenterades på NOPHO-mötet, kan vi i de nordiska länderna vara nöjda.

Cecilia Langenskiöld: Nordiska barnonkologin står sig starkt internationellt med goda behandlingsresultat. NOPHOs studier är erkända som tillförlitliga och väl genomförda och refereras därför ofta till. De baltiska länderna har gjort stora framsteg sista 15 åren och när nu nästan upp till nivå med övriga nordiska länder.

Per Kogner: Gott, men inte helt självklart. Nordisk barnonkologi, särskilt genom NOPHO, har varit internationellt ledande och drivande på flera sätt, kliniskt och vetenskapligt. Genom samarbetet tidigare NOPHO – BSPHO (den baltiska samarbetsorganisationen för pediatrik Hematologi och Onkologi) och efter integrationen av de tre baltiska länderna med de fem nordiska i nuvarande NOPHO har utvecklingen och standardnivån i Baltikum snabbt höjts. Dessutom har därigenom den samlade populationen ökat för kliniska studier och möjligheten till gemensamt internationellt inflytande också ytterligare ökat.

När internationella samarbeten blir allt större finns det dock ett tydligt hot avseende hur det framtida nordiska samarbetet värderas och prioriteras. När möjligheten till egna kliniska studier i NOPHOs regi minskar måste NOPHO överväga nya sätt att både delta i och styra den internationella utvecklingen och inte bara bli passiva åskådare.

På samma sätt riskerar kortsynt ekonomistiskt nyttotänkande från kliniska huvudmän att just både utvecklande internationella samarbeten som till exempel NOPHO, och utvecklande av samverkan mellan klinik och forskning inte prioriteras tillräckligt varför utvecklingen i ett längre perspektiv hotas.

3 Fanns det något tema eller någon talare som du tyckte var extra intressant under mötet?

Mats Marshall Heyman: Personligen hade jag mycket stort utbyte av Eric Bouffets missionerande föreläsning om internationella samarbeten riktat mot fattigare länder. Jag tycker också att Peter Baders genomgång av immunterapi var givande.

Päivi Lähteenmäki: För mig personligt var Paul Monagles presentation om "Thrombosis and anticoagulant treatment in children with malignancies" en av de bästa, men förstås var hela temat för "Cell Therapies" mycket intressant.

Cecilia Langenskiöld: Då CAR-T cells behandling är under stark utveckling var det extra intressant att höra på aktuella erfarenheter samt svårigheterna med att utveckla nya CAR-T cells behandlingar.

Per Kogner: Ja, flera. Cellterapi, tex CAR-T (John Anderson & Jochen Büchner), och precision medicin (många! Tex Bouffet och Milde) men även internationellt samarbete (Kathy Pritchard-Jones, Päivi Lähteenmäki o Eric Bouffet).

NOPHOs tradition av generöst kunskapsutbyte och informellt mentorskap samt välorganiserad utbildning fortsätter visa sig vara stark och värdefull. Tex genom Education sessions, Free papers samt Postersession och högt uppskattad Rapid Fire-presentation av posters.

För de mer erfarna deltagarna är förstås arbetsgrupper och social gemenskap det som värderas högt och som håller NOPHO samman.

4 Internationellt samarbete lyfts alltid när det handlar om sällsynta sjukdomar som till exempel barncancer – hur kan det internationella utbytet utvecklas?

Lisa Törnudd: Att starta nya studier och behandlingsprotokoll blir alltmer komplicerat. Divergerande utveckling i olika länder gör att NOPHO måste anpassa sig till juridiska nätverk i 8 länder. I Sverige krävs tillståndprocesser på 6 orter. Detta måste förenklas utan att hota integriteten för att Sverige och Norden ska behålla sin position inom barnonkologi. Vi bjuder in lagstiftande och reglerande myndigheter till vår konferens 2025 i Riga för att dela erfarenheter och forma framtiden.

Mats Marshall Heyman: Mycket sker redan, som jag nämnde i mitt svar på tidigare fråga.

I övrigt bör alla samarbetsorganisationer stödjas, vilket är en vanlig svensk linje. Det gäller både Norden och Baltikum (NOPHO), Europa (SIOP-Europe), men även internationellt inom SIOP.

Vi borde också kunna bidra mer till stöd för utveck-

ling av barnonkologi i mindre utvecklade länder, t ex ERN Paedcan.

»NOPHO är en bra arena för att dela information som alla medlemmar får via sina egna kontakter inom europeiska och internationella intressegrupper.«

Päivi Lähteenmäki: NOPHO är en bra arena för att dela information som alla medlemmar får via sina egna kontakter inom europeiska och internationella intressegrupper. Antalet barnonkologer är för få i de nordiska och baltiska länderna för att var och en ska kunna delta i olika internationella möten eller vara aktiv i grupper som planerar behandlingsstudier. Jag själv tänker att en av NOPHOs styrkor är just att kunna dela och sprida information av "nyheter". Det är värdefullt att vi har våra NOPHO-representanter i olika internationella arbetsgrupper och med detta minskar belastningen på enstaka barncancercentra och enskilda länder.

Cecilia Langenskiöld: Ju mer ovanlig en diagnos är, desto viktigare att samarbeta i större grupper för att få tillräckligt patientunderlag. Idag går utvecklingen av nya mediciner också så fort att man måste slutföra studier på kortare tid för att de ska vara relevanta och då krävs också att fler patienter kan inkluderas på en kortare tid. Internationella möten och konferenser som möjliggör diskussioner och utbyte av tankar och idéer är därför en värdefull grund för framtida studier.

Per Kogner: Internationalisering borde vara en självklarhet från första dagen i grundutbildning, till forskning och klinisk implementering för all medicinsk verksamhet, men särskilt när antalet patienter per diagnos är begränsat. När de flesta samarbeten blir allt större och institutionaliserade samt kostsamma måste nordiska kliniker och forskare överväga vilken arena som gynnar både den personliga utvecklingen och det kliniska och vetenskapliga utfallet. Särskilt för sällsynta diagnoser måste internationellt multicenter och multidisciplinärt kunskapsutbyte prioriteras och onödiga gränsdragningar förhindras.

5 Precision medicin innebär ett större intresse för mutationer och i vissa fall kan samma typ av mutation driva cancertillväxt hos både barn och vuxna. Bör vuxenonkologin och barnonkologin närma sig varandra för att gemensamt utforska nya behandlingar och läkemedel?
Lisa Törnudd: Vi samarbetar redan idag med vuxenonkologin vid utveckling av nya läkemedel, men detta samar-



Cecilia Langenskiöld är tf sektionschef och överläkare vid Barncancercentrum, Drottning Silvias Barn- och ungdomssjukhus.

Mats Marshall Heyman är lektor och överläkare vid Karolinska Institutet och Karolinska Universitetssjukhuset.

bete kan fördjupas, till exempel inom Regionala cancercentrum (RCC) i Sverige. Förslaget att inte exkludera barn i läkemedelsstudier ser jag positivt på. Idag behandlas många barn off label, både inom barnonkologi och barnsjukvården generellt, vilket tvingar oss att själva studera verkningar och biverkningar.

Mats Marshall Heyman: Vi har bra förutsättningar för barnonkologi, speciellt i Sverige genom Genome Medicine Sweden, men även andra delar av NOPHO har liknande initiativ.

Rent krasst så krävs det nästan gemensamma targets barn-vuxna för att några läkemedelsföretag ska vara intresserade av att utveckla nya läkemedel, så ja – vi bör förstås utveckla detta samarbete. Vi har lärt oss mycket kliniskt av samarbetet med vuxnehematologer angående ALL och det finns ingen anledning varför detta inte skulle kunna gälla andra tumörformer/targets.

Päivi Lähteenmäki: Det är viktigt att forskning på nya läkemedel inte begränsas till att i slutändan till exem-



Lisa Törnudd är överläkare barnhematologi och -onkologi och Medicinskt ledningsansvarig BOND vid HKH Kronprinsessan Victorias Barn- och ungdomssjukhus, Universitetssjukhuset Linköping. Lisa är även ordförande för PHO (pediatrisk hematologi/onkologi), barnläkarföreningens intresseförening.

pel få indikation för ett nytt läkemedel enbart för vissa vuxencancer diagnoser. Snarare borde indikationer baseras på tex mutationer. Men hur detta ska gå till är en svår fråga. Detta diskuterades även på SIOP-E nyligen, och SIOP-E försöker påverka läkemedelsindustrin och EMA i dessa frågor.

Cecilia Langenskiöld: Barnonkologi och vuxenonkologi har många likheter, främst när det kommer till äldre barn och unga vuxna. Även om det idag är vanligare att inkludera även barn i studier så ligger barnonkologin långt efter på att testa nya behandlingsmetoder. Ett närmare samarbete inom vissa områden hade därför varit önskvärt.

Per Kogner: Ja. Även om detta redan sker skulle detta behöva utvecklas ytterligare både genom utbildning gällande klinik och forskning men även kritisk analys av strukturer som hindrar/gynnar samverkan över åldersgränser avseende modern agnostisk precisionsmedicin. Från ett barnonkologiskt perspektiv borde både vuxenonkologi och barnonkologi kunna tjäna på möjligheter till synergier, men oklart om vuxenonkologin inser detta fullt ut ännu.

Tex visar erfarenhet av CAR-T gällande barnleukemi och solida neurala tumörer samt ALK-hämmare för vuxnas lungcancer, alla åldrars lymfom och småbarns neuroblastom att detta utforskande har stor potential för patienter i olika åldersgrupper.

Ännu större risk är det då att de kliniska huvudmännen inte inser den potentiella nyttan och inte lämnar utrymme för denna potential. Hinder i form av regulatorisk stelbenthet och komplexitet måste också kunna analyseras och minskas/förebyggas.

XGEVA® (denosumab)

NYHET!

Nu finns en ny administreringsform för XGEVA (denosumab) – en förfylld spruta

Nu kan patienter som får skelettstärkande behandling med XGEVA®
möjligheten att själva administrera läkemedlet i hemmet*.
Skanna QR-koden för att ta del av en användarinstruktionsfilm
gällande XGEVA förfylld spruta



* Patienten måste först ha fått lära sig handhavandet av läkare eller sjuksköterska.

XGEVA® (denosumab) ATC kod: M05BX04, 120 mg injektionsvätska, lösning och 120 mg injektionsvätska, lösning i förfylld spruta, Rx, F. Denosumab är en human monoklonal IgG2-antikropp producerad i en cellinje från däggdjur (ovarieceller från kinesisk hamster) med rekombinant DNA-teknik. **Indikation:** Förebyggande av skelettrelaterade händelser (patologisk fraktur, strålbehandling av skelettet, ryggmärgskompression eller skelettkirurgi) hos vuxna med avancerade maligniteter som involverar skelettet. Behandling av vuxna och skelettmogna ungdomar med jättecellstumör i skelettet som är inoperabel eller där en kirurgisk resektion troligen leder till en kraftig hälsoförsämring. **Kontraindikation:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Uttalad hypokalcemi som är obehandlad. Sår som inte läkt efter tand- eller munkirurgi. **Varningar och försiktighet:** Alla patienter ska ges kompletterande tillskott av minst 500 mg kalcium och 400 IE vitamin D dagligen, såvida inte patienten lider av hyperkalcemi. En pågående hypokalcemi måste behandlas innan behandling med XGEVA inleds. ONJ har rapporterats som vanligt förekommande hos patienter som behandlas med XGEVA. Starten på behandlingen/ny behandlingskur bör skjutas upp för patienter med ej läkta, öppna mjukdelssår i munnen. Före behandling med denosumab rekommenderas en tandundersökning med förebyggande åtgärd och en individuell nytta-riskbedömning. Osteonekros i yttre hörselgången och atypiska lårbensfrakturer har rapporterats vid användning av denosumab. Kliniskt signifikant hyperkalcemi som kräver sjukhusvård och som leder till akut njurskada har rapporterats förekomma hos XGEVA-behandlade patienter med jättecellstumör i skelettet i veckor till månader efter avslutad behandling. XGEVA rekommenderas inte för patienter med växande skelett. Patienter som behandlas med XGEVA ska inte samtidigt behandlas med andra läkemedel som innehåller denosumab (för osteoporosindikation). Patienter som behandlas med XGEVA ska inte samtidigt behandlas med bisfosfonater.

Datum för översyn av produktresumén: Amgen Januari 2024. För dosering, fullständig information vid förskrivning, produktresumé och aktuella priser, se www.fass.se. Ombud i Sverige: Amgen AB, www.amgen.se

49 miljoner kronor till precisionshälsa och cancerdiagnostik

Regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att under 2024 betala ut 49,5 miljoner kronor till Genomic Medicine Sweden. Medlen ska användas till pilotprojekt, datadelning och vidareutveckling av precisionsdiagnostik för cancer.

– **Vi har som mål att Sverige ska vara ett föregångsland** när det kommer till implementering av individanpassad diagnostik och behandling i hälso- och sjukvården och jag är därför glad att vi nu beslutat om ytterligare stöd till Genomic Medicine Swedens viktiga arbete som bidrar till detta mål, säger sjukvårdsministern Acko Ankarberg Johansson vid ett pressmöte som hölls på Barncancerfondens kontor i Stockholm tillsammans med Barncancerfondens generalsekreterare Ola Mattson.

Genomic Medicine Sweden får bland annat fortsatt stöd till deras pågående arbete med att erbjuda helgenomsekvensering till barn med cancer och till barn med sällsynta hälsotillstånd. Tack vare tidigare arbete inom pilotprojektet om barncancer har i dag flera regioner beslutat att införa helgenomsekvensering som klinisk rutin.

I årets uppdrag ingår även stöd till datadelning och ett nytt pilotprojekt om precisionsdiagnostik för kliniska studier vid cancer.

Så ska pengarna fördelas:

- 10 miljoner kronor får användas för fortsatt arbete med pilot inom nationell implementering av helgenomsekvensering i klinisk praxis till alla barn i Sverige som har diagnostiserats med cancer samt deltagande i innovationsprojektet Brainchild.

BrainChild ska integrera data med AI-teknologi för att förenkla åtkomsten till hälsodata kopplat till barn-

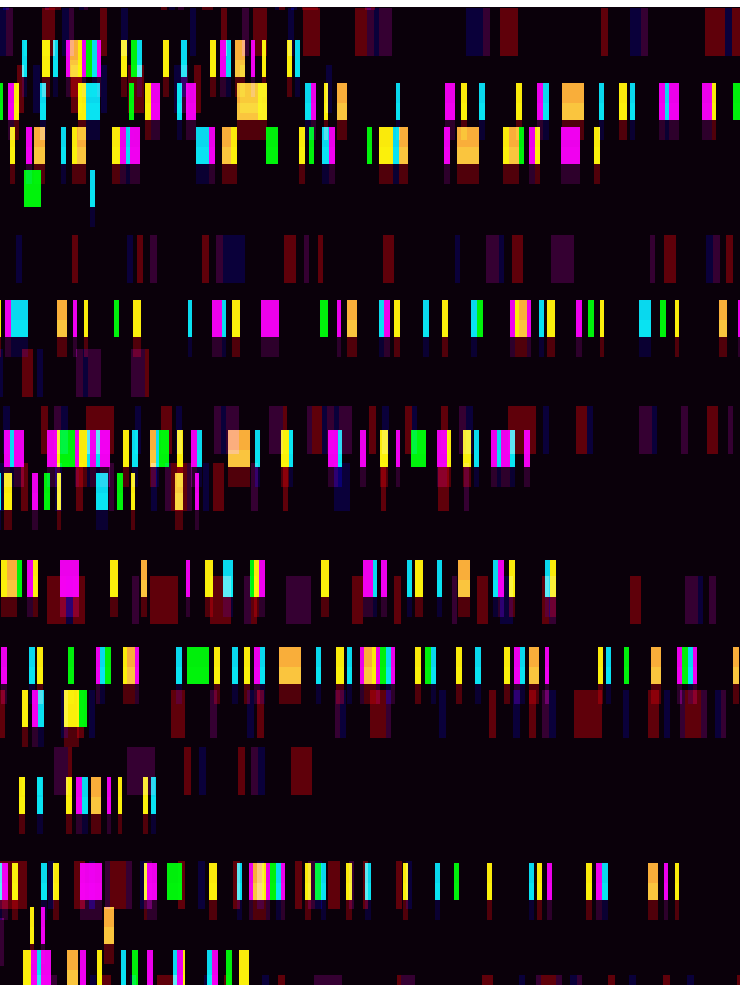


Sjukvårdsministern Acko Ankarberg Johansson och Barncancerfondens generalsekreterare Ola Mattson.

Foto: ULRIKA NYBERG

cancer. Detta för att främja utvecklingen av precisionsmedicin och individanpassad vård vid barncancer med målet om ökad överlevnad och förbättrad livskvalitet.

- 15 miljoner kronor får användas för fortsatt arbete med nationell implementering av helgenomsekvensering i klinisk praxis till barn med sällsynta hälsotillstånd med missbildningar och/eller intellektuella funktionsnedsättningar.



- 10 miljoner kronor får användas till genomförande av pilotprojekt om användning av precisionsdiagnostik inom kliniska studier vid cancer.

- 14,5 miljoner kronor får användas till effektiv nationell och internationell datadelning för vidareutveckling av precisionsdiagnostik.

Tidigare utbetalat stöd från regeringen till Genomic Medicin Sweden har bland annat använts för att möjliggöra piloter inom molekylär diagnostik för bröst- och äggstockscancer.

Vad är Genomic Medicine Sweden?

Genomic Medicin Sweden (GMS) är en nationell samverkan som innefattar de sju regionerna med universitetssjukvård och de sju universiteten med medicinsk fakultet i Göteborg, Linköping, Lund, Stockholm, Umeå, Uppsala och Örebro. GMS samverkar även med sjukvården, akademien, näringsliv, patientorganisationer samt andra samhällsintressenter såsom SciLifeLab. GMS mål är att genom bred samverkan möjliggöra förbättrad diagnostik, individanpassade behandlingsval och forskning inom området precisionsmedicin.

1/4

FÖRLÄNGD ÖVERLEVNAD ELLER FÖRENKLAD DOSERING? VÄLJ BÅDA. VÄLJ ERLEADA.

Erleada (apalutamid) + ADT har i studier visat en signifikant förlängd total överlevnad (OS) jämfört med enbart ADT hos patienter med mHSPC (metastaserad hormonkänslig prostatacancer)^{1a} och nmCRPC (högrisk icke-metastaserad kastrationsresistent prostatacancer).^{1b}

Dessutom erbjuder Erleada en förenklad behandling med en 240 mg tablett per dag.¹ En förenklad dosering har visat sig ha störst positiv inverkan på följsamhet till oral prostatacancerbehandling jämfört med andra åtgärder.^{2c}

Läs mer om Erleada vid mHSPC/nmCRPC



Läs minimiinformationen för Erleada i annonsdel 4 av 4, på sida 51.



ETT ENKELT VAL

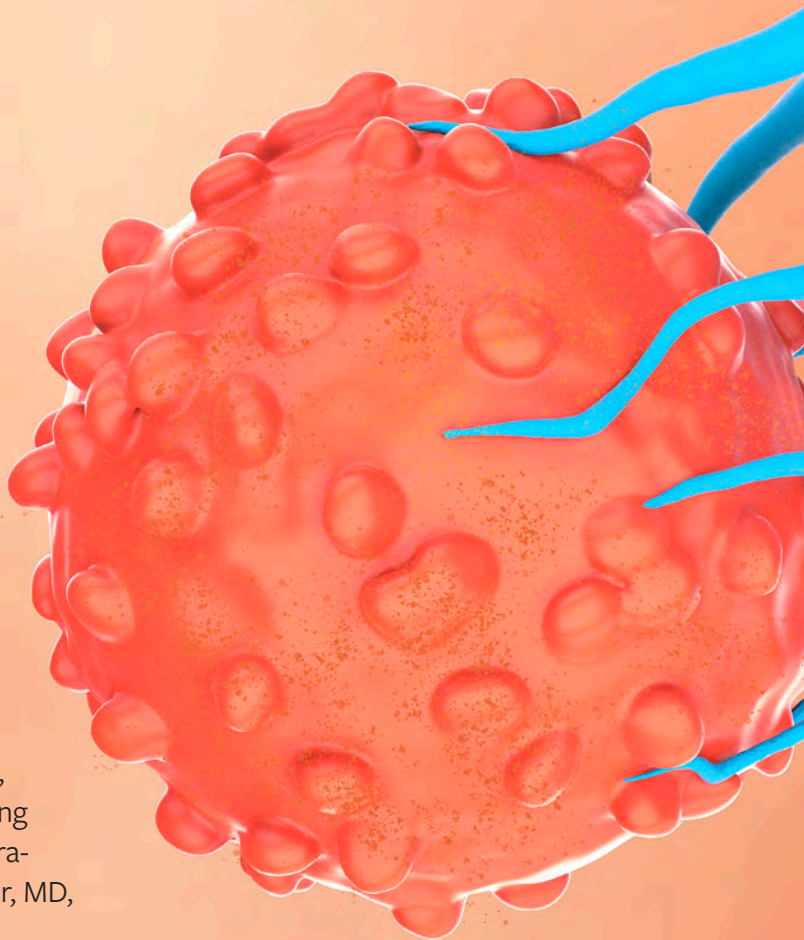
- Titan-studien (mHSPC) uppvisade Erleada + ADT 35% minskad risk för död vs enbart ADT (HR = 0,65; 95% KI: 0,53–0,79; p < 0,0001).¹ Mediantiden till död i TITAN är 52 månader för placebogruppen medan den ännu inte uppnåtts för den Erleada-behandlade gruppen (HR = 0,65; p < 0,0001; ARR: 12,2%).¹
- Spartan-studien (nmCRPC) uppvisade Erleada + ADT 22% minskad risk för död jämfört med enbart ADT (HR = 0,78; 95% KI: 0,64–0,96; p = 0,0161).¹ Mediantiden till död i SPARTAN är 73,9 månader för Erleada-gruppen och 59,9 månader för placebogruppen (HR = 0,78; p = 0,0161; ARR: 4,4%).¹
- Till exempel automatiska påminnelser, behandlingsdagsbok, samt involvering av familj, vårdare och sjukvårdspersonal.²

Referenser: 1. Erleada® (apalutamid) produktresumé 12/2023, fass.se. 2. Higano CS, Hafron J. *J Urol* 2023; 209: 485–493.

Johnson & Johnson

CAR T-cell therapy makes its mark in CLL

Patients with chronic lymphocytic leukemia (CLL) have already benefitted immensely from the development and clinical application of CAR T-cell therapies, and investigators are aiming to fill remaining unmet needs by refining optimal administration practices, according to David L. Porter, MD, in an article published at OncLive®.



Patients with CLL were some of the very first patients we treated with CAR T-cell therapy here at the University of Pennsylvania back in 2010, Porter said.

– So, we have a long experience with these agents. We have follow-up now of over 13 years in some of our initial patients who were treated.

In March 2024, lisocabtagene maraleucel (liso-cel; Breyanzi) became the first CAR T-cell therapy to be approved by the FDA for the treatment of patients with CLL or small lymphocytic lymphoma, gaining approval in patients who received at least 2 prior lines of treatment, including a BTK inhibitor and a BCL-2 inhibitor. The approval was supported by findings from the phase 1/2 TRANSCEND CLL 004 study (NCT03331198) which showed patients treated with liso-cel (n = 65) achieved a complete response (CR) rate of 20% (95% CI, 11.1%-31.8%). Notably, the median duration of response (DOR) was not reached (NR; 95% CI, 15 months-NR) at the data cutoff; the 12- and 18-month DOR rates were 100% and 87.5% (95% CI, 38.7%-98.1%), respectively.

In an interview with OncLive®, Porter, the director of the Center for Cell Therapy and Transplant, as well as the Jodi Fisher Horowitz Professor in Leukemia Care

Excellence at Penn Medicine in Philadelphia, Pennsylvania, discussed the highlights from a presentation he gave during the 2024 Vanderbilt Stem Cell Transplant and Cellular Therapy Symposium in May regarding the current standing of CAR T-cell therapy in the CLL treatment paradigm as well as the unmet needs and future research avenues in the space.

Here is an excerpt from the interview. You can read the full interview at OncLive.Com.

OncLive: What were some of the key data you presented that support the use of CAR T-cell therapies in CLL?

Porter: There have been a lot of data on using CAR T cells to treat patients with relapsed/refractory CLL. Some of the most important data are the poor outcomes that you see with these patients who receive conventional therapies. CAR T cells have the potential to be transformative.

There are data from clinical trials with CAR T-cell therapy showing a significant response rate in these patients, with a CR rate of approximately 30% to 60%. But I believe the most important data [are those that show] that although [this therapy] doesn't work for everybody,



when it works, it works extremely well. Many of the patients who achieve a CR have long-term CRs. That's critically important, particularly in a group of patients who otherwise have very few treatment options. Indeed, the accumulated data suggest that many of these patients who have achieved CR and who are ongoing in response for a number of years have likely been cured of their disease.

There are some other data which are a little bit newer and experimental combining CAR T cells with BTK inhibitors, such as ibrutinib (Imbruvica). My group and others have presented clinical trial data for patients who have been on ibrutinib who then receive CAR T cells and they suggest that response rates are significantly higher. There's a very high probability of achieving minimal residual disease (MRD) with that approach. Although the outcomes of using CAR T cells for patients with relapsed/refractory CLL are quite impressive, the outcomes may be even better in the future when combined with some newer therapies.

Källa: OncLive.Com

2/4

BIBEHÅLLEN LIVSKVALITET* ELLER ENKEL DOSERING?

VÄLJ BÅDA. VÄLJ ERLEADA.

I SPARTAN-studien (nmCRPC) hade patienter som behandlats med Erleada (apalutamid) + ADT en hälsorelaterad livskvalitet som var stabil över tid och jämförbar med enbart ADT.^{1,2a}

Dessutom erbjuder Erleada en förenklad behandling med en 240 mg tablett per dag.¹ En förenklad dosering har visat sig ha störst positiv inverkan på följsamhet till oral prostatacancerbehandling jämfört med andra åtgärder.^{3b}

Läs mer om Erleada vid mHSPC/nmCRPC



Läs minimiinformationen för Erleada i annonsdel 4 av 4, på sida 51.



ETT ENKELT VAL

Metastaserad hormonkänslig prostatacancer (mHSPC).
Högrisk icke-metastaserad kastrationsresistent prostatacancer (nmCRPC).

* Hälsorelaterad livskvalitet (HRQoL)

a. I SPARTAN-studien sågs inga skadliga effekter på den övergripande hälsorelaterade livskvaliteten (HRQoL) med tillägg av Erleada till ADT vid behandling av nmCRPC, och en liten men inte kliniskt betydelsefull skillnad i förändring från baseline till fördel för Erleada observerades i analysen av totalpoäng och delskalor för FACT-P (*Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate*), medianuppföljningstid: 52,0 månader.^{1,2}

I TITAN (mHSPC) och SPARTAN (nmCRPC) associerades PSA $\leq 0,2$ ng/ml till positiva patientrapporterade utfallsmått avseende tid till försämring av FACT-P totalpoäng (*Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate*); TITAN, HR = 0,54; 95% KI: 0,38–0,76; SPARTAN, HR = 0,83; 95% KI: (0,62–1,10).⁴ I TITAN sågs även förbättringar avseende starkaste smärtintensitet (BPI-SF, HR = 0,70; 95% KI: 0,49–1,00) och starkaste trötthetsintensitet (BFI, HR = 0,76; 95% KI: 0,53–1,10).⁴

b. Till exempel automatiska påminnelser, behandlingsdagsbok, samt involvering av familj, vårdare och sjukvårdspersonal.³

Referenser: 1. Erleada® (apalutamid) produktresumé 12/2023, fass.se. 2. Saad F, et al. *Lancet Oncol* 2018; 19: 1404–1416. 3. Higano CS, Hafron J. *J Urol* 2023; 209: 485–493. 4. Small EJ, et al. *J Clin Oncol* 40, 2022 (suppl 6; abstr 73) & Poster.

Arbetet med standardiserade vårdförlopp ska följas upp

Regeringen ger Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp regionernas arbete med standardiserade vårdförlopp (SVF) enligt överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om en jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2024. Socialstyrelsen ska även följa upp de särskilda satsningarna på radiologi, patologi och rehabilitering i överenskommelsen.

Socialstyrelsen ska:

- inom ramen för uppföljningen av regionernas arbete med SVF:

1. Ta emot rapportering från regionerna om arbetet med SVF.
2. Återkoppla till regionerna i de fall som rapporteringen inte är fullständig.
3. Sammanställa rapporteringen på nationell nivå samt ta fram och redovisa övergripande nationella slutsatser.
4. Utifrån rapporteringen redovisa om villkoren för den andra utbetalningen av medel till regionerna för arbetet med SVF är uppfyllda.
5. I de fall som villkoren för den andra utbetalningen inte är uppfyllda, beskriva avvikelser samt hur regionerna arbetar med att förbättra situationen.

- inom ramen för uppföljningen av de särskilda satsningarna på radiologi, patologi och rehabilitering ta fram en lägesbild över de särskilda satsningarna.

- genomföra uppdraget i dialog med Regionala cancercentrum i samverkan, de regionala cancercentrumen och regionerna.

- senast den 15 november 2024 delredovisa uppdraget och senast den 31 mars 2025 slutredovisa uppdraget till Regeringskansliet.

Socialstyrelsen ska inom ramen för uppföljningen av de särskilda satsningarna på radiologi, patologi och rehabilitering ta fram en lägesbild. Uppdraget ska genomföras i dialog med Regionala cancercentrum i samverkan, de regionala cancercentrumen och regionerna.



3/4

PSA UNDER KONTROLL ELLER ENKEL DOSERING? VÄLJ BÅDA. VÄLJ ERLEADA.

Erleada (apalutamid) + ADT har i studier uppvisat en snabb, djup och långvarig PSA-kontroll för patienter som diagnostiserats med mHSPC eller nmCRPC.^{1a} PSA-sänkning till $\leq 0,2$ ng/ml associeras med förlängd överlevnad^{1b} samt positiva effekter på hälsorelaterad livskvalitet, smärta och trötthet.^{2c}

Dessutom erbjuder Erleada en förenklad behandling med en 240 mg tablett per dag.³ En förenklad dosering har visat sig ha störst positiv inverkan på följsamhet till oral prostatacancerbehandling jämfört med andra åtgärder.^{4d}

Läs mer om Erleada vid mHSPC/nmCRPC



Läs minimiinformationen för Erleada i annonsdel 4 av 4, på sida 51.



ETT ENKELT VAL

Metastaserad hormonkänslig prostatacancer (mHSPC).

Högrisk icke-metastaserad kastrationsresistent prostatacancer (nmCRPC).

- Djup PSA-respons definieras som PSA-nivå $\leq 0,2$ ng/ml. I TITAN uppnådde 51% av patienterna som behandlades med Erleada + ADT PSA-nivå $\leq 0,2$ ng/ml så tidigt som månad 3 vs. 18% med placebo + ADT ($p < 0,0001$).¹ Erleada + ADT reducerade risken för PSA-progression med 73% relativt placebo + ADT (HR = 0,27; 0,22–0,33; $p < 0,0001$; ARR; 39%; NNT = 2,6) och förlängde mediantiden till PSA-progression (95% KI: Ej nådd vs 12,9 månader [10,2–14,8], $p < 0,0001$).⁵ Hållbar PSA-respons definieras som en djup PSA-repons vid 3, 6, och 12 månader.^{1,5}
- Ett PSA-värde $\leq 0,2$ ng/ml associeras med längre överlevnad.¹ I TITAN (mHSPC) var median OS för Erleada + ADT-patienter som nådde PSA $\leq 0,02$ ng/ml ej uppnått vs. 30 månader för Erleada + ADT-patienter med PSA $\geq 0,2$ ng/ml (HR = 0,17; 95% KI: 0,13–0,23; $p < 0,0001$). I SPARTAN (nmCRPC) var median OS 73,9 månader för Erleada + ADT-patienter som nådde PSA $\leq 0,2$ ng/ml vs. 52,7 månader för Erleada + ADT-patienter med PSA $\geq 0,2$ ng/ml: (HR = 0,19; 95% KI: 0,14–0,27; $p < 0,0001$).¹
- I TITAN och SPARTAN associerades PSA $\leq 0,2$ ng/ml till positiva patientrapporterade utfallsmått avseende tid till försämring av FACT-P totalpoäng (Functional Assessment of Cancer Therapy-Prostate); TITAN, HR = 0,54; 95% KI: 0,38–0,76; SPARTAN, HR = 0,83; 95% KI: (0,62–1,10).² I TITAN sågs även förbättringar avseende starkaste smärtintensitet (BPI-SF, HR = 0,70; 95% KI: 0,49–1,00) och starkaste trötthetsintensitet (BFI, HR = 0,76; 95% KI: 0,53–1,10).²
- Till exempel automatiska påminnelser, behandlingsdagsbok, samt involvering av familj, vårdare och sjukvårdspersonal.⁴

Referenser: **1.** Chi KN, et al. AUA virtual annual meeting. 10–13 September 2021. Abstract PD34–11. **2.** Small EJ, et al. J Clin Oncol 40, 2022 (suppl 6; abstr 73) & Poster. **3.** Erleada® (apalutamid) produktresumé 12/2023, fass.se. **4.** Higano CS, Hafron J. J Urol 2023;209:485–493. **5.** Chi KN, et al. J Clin Oncol 2021; 39: 2294–2303.

Ny forskning visar samband mellan tatueringar och lymfom

Under de senaste decennierna har tatueringstrenden ökat snabbt och i Sverige är nu var femte person tatuerad. En ny epidemiologisk studie från Lunds universitet tyder på att tatueringar kan vara en riskfaktor för lymfkörtelcancer, lymfom. Forskarna understryker därför behovet av mer forskning på området.

Kunskapsläget kring långsiktiga hälsoeffekter av tatueringar är idag dåligt på grund av att området är underbeforskat. Nu har en forskargrupp vid Lunds universitet undersökt sambandet mellan tatueringar och cancerformen lymfom.

– Via Socialstyrelsens cancerregister har personer som drabbats av lymfom identifierats. Personerna matchades sedan med en jämförelsegrupp från befolkningsregistret med samma kön och ålder fast utan lymfomdiagnos. Studiedeltagarna fick sedan besvara ett frågeformulär om nya livsstilsfaktorer för att ta reda på om de var tatuerade, säger Christel Nielsen, forskare och docent i epidemiologi vid Lunds universitet, som lett studien.

Totalt omfattade hela studien 11 905 personer, varav 2 938 personer hade haft lymfom då de var mellan 20 och 60 år. Av dessa var det 1 398 personer som besvarade forskarnas enkät, motsvarande antal svarande i kontrollgruppen var 4 193 personer. I gruppen med lymfom var 21 procent tatuerade (289 personer) medan 18 procent var tatuerade i kontrollgruppen utan lymfomdiagnos (735 personer).

– Efter att ha tagit höjd för andra faktorer som kan påverka sambandet, exempelvis rökning och ålder, visar vår forskning risken att drabbas av lymfom var 21 procent högre bland de som var tatuerade. Man ska ha komma ihåg att lymfom är en ovanlig sjukdom och att våra resultat gäller på gruppnivå, inte individnivå. Resultaten behöver nu verifieras och undersökas vidare i

andra studier och sådan forskning pågår, säger Christel Nielsen.

En hypotes som Christel Niensens forskargrupp hade inför studien, var att storleken på tatueringen var betydelsefull. Att det helt enkelt skulle vara förenat med större risk för cancer med en helkroppstatuering, jämfört med en liten fjäril på axeln. Övrigt visade det sig dock inte spela någon roll.

– Vad det beror på vet vi ännu inte. Men man kan



Christel Nielsen,
forskare och docent
i epidemiologi vid
Lunds universitet.



spekulera i att en tatuering, oberoende av storlek, startar en låggradig inflammation i kroppen, som i sin tur kan trigga cancer. Bilden är alltså mer komplex än vad vi initialt trodde.

De flesta människor skaffar sin första tatuering i ung ålder vilket innebär att man exponeras för tatueringsfärg och dess kemikalier i kroppen under en stor del av livet. Trots det har forskningen bara skrapat på ytan för att få kunskap om de långsiktiga hälsoeffekterna av tatueringar.

– Vi vet sedan tidigare att när tatueringsfärgen kommer in i huden, tolkar kroppen detta som något främmande som inte ska vara där och immunförsvaret triggas. En stor del av färgen transporteras bort från huden, till framför allt lymfkörtlarna där den lagras in.

Forskargruppen kommer nu att gå vidare med att närmare studera om det finns samband mellan tatueringar och cancer som drabbar andra organ i kroppen. De vill även forska vidare på andra inflammatoriska sjukdomar för att se om det finns en koppling mellan dessa och tatueringar.

– Att som forskare få möjlighet att bidra med helt ny kunskap är både givande och roligt. Folk kommer sannolikt att vilja uttrycka sin identitet genom tatueringar även framöver och därför är det väldigt viktigt att vi som samhälle kan se till att det är säkert. För den enskilde är det bra att känna till att tatueringar kan påverka hälsan, och att man därför ska vända sig till hälso- och sjukvården om man har besvär som man kopplar till tatuering, avslutar Christel Nielsen.

Du kan läsa publikationen här: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589537024002281 eller scanna QR-koden



ERLEADA® (apalutamid)

Tablett: Erleada 60 mg och 240 mg filmdragerade tabletter, avsett för oralt bruk. 60 mg svagt gulaktiga till grågröna, avlånga (17 mm långa × 9 mm breda) präglade med "AR 60" på ena sidan. 240 mg blågrå till grå, ovala (21 mm långa × 10 mm breda) präglade med "E240" på ena sida.

Farmakoterapeutisk grupp: Endokrinterapi, antiandrogener, ATC-kod: L02BB05.

Indikationer: Erleada är indicerat för 1) behandling av vuxna män med icke-metastaserad kastrationsresistent prostatacancer (nmCRPC) som löper hög risk att utveckla metastaserad sjukdom, (F) = ingår i förmånen. 2) behandling av vuxna män med metastaserad hormon känslig prostatacancer (mHSPC) i kombination med androgen deprivationsterapi (ADT), (F) = ingår i förmånen med begränsning när behandling med abirateron inte är lämplig.

Dosering: Den rekommenderade dosen är 240 mg (fyra 60 mg tabletter eller en 240 mg tablett) dagligen som en oral engångsdos. Medicinsk kastration ska bibehållas under behandling hos patienter som inte är kirurgiskt kastrerade.

Varningar och försiktighet: Erleada rekommenderas inte för patienter med en anamnes av krampanfall eller andra predisponerande faktorer. Patienter ska utvärderas avseende risken för frakturer och fallbenägenhet innan behandling initieras, och ska fortsätta att övervakas och hanteras för frakturer, användning av skelettstärkande preparat ska övervägas. Ischemisk hjärtsjukdom och ischemiska cerebrovasculära sjukdomar, inklusive händelser som leder till död, har förekommit hos patienter som behandlas med Erleada. Majoriteten av patienterna hade riskfaktorer för hjärtsjukdom/cerebrovasculär ischemisk sjukdom. Om Erleada förskrivs till patienter med kliniskt signifikant hjärt-kärlsjukdom ska de övervakas för riskfaktorer såsom hyperkolesterolemi, hypertriglyceridemi eller andra kardiometabola sjukdomar. En genomgång av läkemedel som ges samtidigt bör göras när behandling med Erleada påbörjas. Patienter ska informeras om tecken och symtom som tyder på Stevens-Johnsons syndrom (SJS)/toxisk epidermal nekrolys (TEN). Om dessa symtom observeras ska behandlingen med Erleada omedelbart avbrytas och patienter ska omedelbart kontakta sjukvårdspersonal.

Graviditet: Erleada ger risk för fosterskador varför dubbla preventivmedel måste användas under behandlingen och i 3 månader efter om partnern är i fertil ålder.

Datum för senaste översyn av produktresumé 12/2023. För fullständig produktinformation, varningar och försiktighet, fertilitet/graviditet/amning, äldre, biverkningar, dosering och pris se www.fass.se.



ETT ENKELT VAL

Janssen-Cilag AB | Box 4042, SE-169 04 Solna | Tel: 08-626 50 00
www.janssen.com/sweden | Medicinsk information: jacse@its.jnj.com



Sara Anell, psykolog på Barn- och ungdomskliniken på Södra Älvsborgs sjukhus

Psykosociala avstämningssamtal

På Södra Älvsborg sjukhus infördes psykosociala avstämningssamtal efter avslutad behandling mot barncancer som ett projekt. Idag är avstämningssamtal en del av det dagliga arbetet och erbjuds till alla familjer med ett barn som blivit behandlad mot cancer. Familjerna hjälper varandra att minnas hur de upplevt tiden på sjukhuset, och samtalen ger möjlighet att diskutera olika perspektiv.

– Familjen hjälper varandra att minnas hur de upplevt tiden på sjukhus och tillsammans beskriver de exempelvis hur de kände första gången de fick reda på sjukdomen. En person i familjen kan ha uppfattat en sak på ett sätt och en annan på ett annat sätt. Det blir ofta fina samtal, berättar Sara Anell, psykolog på Barn- och ungdomskliniken på Södra Älvsborgs sjukhus.



Nationell nätverksträff för kontaktsjuksköterskor

Närmare fyrtio kontaktsjuksköterskor inom barnoncologin samlades i Stockholm för den första nationella nätverksträffen. Initiativet syftade till att knyta nya band och dela erfarenheter. Rollen som kontaktsjuksköterska inom barnoncervården är relativt ny, och under träffen diskuterades arbetssätt och förutsättningar i olika delar av landet. Målet är att ses en gång om året.

– Det är en givande roll där vi får möjlighet att följa familjerna under en längre tid och verkligen lära känna dem. Under träffen var det intressant att höra hur man arbetar i andra delar av landet. Det ser väldigt olika ut vad man har för förutsättningar och hur det är organiserat, säger på Karolinska Universitetssjukhuset, initiativtagare till nätverket.

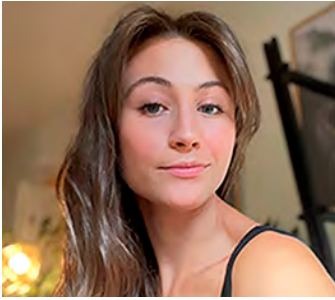


Lisa Lindheimer.



Nationell handlingsplan för barncancer

Rehabilitering och långtidsuppföljning efter barncancer, aktiva överlämningar mellan barn- och vuxenvård, barnanpassad patientinformation, nya typer av behandlingssalar, större grepp om fortbildning och nätverk för att jobba nationellt direkt. Det är några av de områden som utvecklats snabbare tack vare den nationella handlingsplanen för barncancer.



Lea Holmlund, patientföreträdare.

Patientens kunskapsstöd nu även för barn

Nu blir det lättare för barn att ta till sin information i Min vårdplan, patientens kunskapsstöd. Alla barn som får cancer kan få tillgång till ”Min vårdplan i barncancervården”, som kan användas oavsett diagnos. För akut lymfatisk leukemi (ALL), en av de vanligaste diagnoserna hos barn, finns även diagnosspecifika texter.

– Min vårdplan är otroligt viktig. Den gör stor skillnad för både patienter, närstående och också för vården. Jag hoppas att du som patient känner dig sedd och hörd av vården, att du känner dig bekväm under och efter din behandling. Jag hoppas också att det kanske väcks frågor när du går igenom planeringen som du kanske inte har tänkt på innan. Jag är väldigt tacksam att få ha deltagit i framtagandet av Min vårdplan för barn, säger Lea Holmlund, patientföreträdare som har deltagit i arbetet med texterna.

Cancerrehabilitering för barn och ungdomar

Under våren lanserade RCC det första nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering för barn och ungdomar. Programmet ger vårdpersonal tydliga, evidensbaserade rekommendationer för att förebygga, utreda och behandla tidiga och sena komplikationer av cancer och cancerbehandling. Nu pågår intensiv aktivitet för att stötta regionerna i implementeringen av vårdprogrammet. En särskilt utpekad grupp är barn som har genomgått en cancerbehandling för hjärntumör under barndomen. Flera studier visar att gruppen som helhet har en högre grad av arbetslöshet, är mer socialt utslagna och oftare drabbas av psykisk ohälsa än friska jämnåriga.

– Om vi kan hjälpa en tonåring att ta sin studentexamen och komma vidare i sina studier, trots att hen genomgått en tuff cancerbehandling är vinsterna stora för individen och närstående. Det är också en stor vinst för samhället att individen är välfungerande och hittar ett lämpligt yrke och inte blir beroende av försörjningsstöd, säger Karin Mellgren, ordförande för den nationella arbetsgruppen för barncancer.



Foto: HANNA MIDFJÄLL

Vårdpersonal går igenom utrustning i en av de två nya intermediärvårdssalarna.

Intermediärvårdssalar på NUS höjer kvaliteten

Två nya intermediärvårdssalar på Norrlands Universitetssjukhus (NUS) i Umeå. Nu kan svårt sjuka barn med cancer erbjudas säkrare vård i salarna, och personalens arbetsmiljö förbättras ytterligare. Salarna är anpassade för akuta behandlingar och ger direkt tillgång till avancerad övervakning. Arbetet med att öppna salarna är ett

resultat av ett regionalt initiativ i Göteborg, som den nationella arbetsgruppen för barncancer har arbetat vidare med och som nu införs på barnkliniken.

– Med de nya salarna på plats är vi bättre rustade för en barnonkologisk vård i tiden. Förhoppningen är att vi inte bara ska kunna bedriva samma vård som

tidigare i en mer ändamålsenlig miljö, utan även ta oss an nya utmaningar och behandlingar, säger Frans Nilsson, överläkare, barnonkolog och medicinsk chef vid Avdelningen för Onkologi och Hematologi samt ordförande i RCC:s nationella arbetsgrupp för barncancer, tillsammans med Karin Mellgren.

Karolinska Hematology Seminar XXII

September 6, 2024 **WEBINAR**

In 2024, the Karolinska Hematology Seminar is organized for the twenty-second time. The seminar is a one-day webinar with the aim of offering State-of-the-art lectures by internationally leading experts in selected hematological areas. The lectures are followed by interesting discussions and exchange of experience between participants and lecturers. **Welcome!**

PROGRAM

Friday September 6

State-of-the-art lectures on Hodgkin lymphoma, diffuse large B-cell lymphoma, clonal hematopoiesis of indeterminate potential, myelodysplastic syndromes, and chronic myeloid leukemia.

08.30-08.40	Welcome to Webinar <i>Magnus Björkholm, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden</i>	12.30-13.30	Lunch
08.40-09.50	Hodgkin lymphoma: an update <i>Graham Collins, Oxford University Hospitals NHS Foundation Trust, Oxford, UK.</i>	13.30-14.40	Myelodysplastic syndromes: an update <i>Luca Malcovati, Department of Hematology Oncology, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italy.</i> Co-panelist: <i>Martin Jädersten, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden.</i>
09.50-10.00	“Leg stretcher”, coffee break	14.40-14.50	“Leg stretcher”, coffee break
10.00-11.10	Diffuse large B-cell lymphoma: an update <i>Martin Hutchings, Department of Haematology, Rigshospitalet, University Hospital of Copenhagen, Copenhagen, Denmark.</i> Co-panelist: <i>Tove Wästerlid, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden.</i>	14.50-16.00	Chronic myeloid leukemia: an update <i>Hagop Kantarjian, Department of Leukemia, MD Anderson Cancer Center, The University of Texas, Houston, USA</i> Co-panelist: <i>Leif Stenke, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden.</i>
11.10-11.20	“Leg stretcher”, coffee break	16.00-16.10	Concluding Remarks and End of Seminar <i>Magnus Björkholm</i>
11.20-12.30	Clonal hematopoiesis of indeterminate potential: an update <i>George Vassiliou, Department of Haematology, Cambridge University Hospitals NHS Foundation Trust, Cambridge UK</i>		

The seminar takes place digitally and is free of charge. Karolinska Hematology Seminar is for you who are clinically active in hematology or oncology.

You register on <https://www.akademikonferens.se/hematology2024> by August 28, 2024 at the latest.

For questions, please
e-mail: hematologyseminar@akademikonferens.se

Welcome!

Magnus Björkholm
Karolinska University Hospital



**Karolinska
Institutet**

The seminar is sponsored by:

abbvie



PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson



NOVARTIS | Reimagining Medicine

Forsknings-/Utvecklingsstipendium 2024



CancerStiftelsen i Kronobergs län utlyser för ansökan

250 000 kr

i stipendium för att främja forskning och utveckling inom cancerområdet som ett led i vår strävan att skapa bättre förutsättningar för cancervården i länet. En lokal koppling är ett plus men inget krav.

Närmare upplysningar och formulär finns på
www.cancerstiftelsen-kronoberg.se

Sista ansökningsdag är 23 sept 2024

Har du funderingar kan du e-posta till:
post@cancerstiftelsen-kronoberg.se eller ring 0730-918 889.

Välkommen!



Viktiga datum



10–15 juni

62nd Annual
PTCOG Conference
Singapore

13–16 juni

European Hematology
Association – EHA2024
Hybrid Congress
Madrid, Spanien

12–14 June

EMSOS – European
Musculo-Skeletal Oncology
Society 36th Annual Meeting
Szczecin, Polen

25–28 juni

Almedalsveckan 2024
Visby, Sverige

19–23 augusti

Kirurgveckan
Karlstad, Sverige

7–10 september

WCLC World Congress of
Lung Cancer
San Diego, USA

13–17 september

ESMO Congress
Barcelona, Spain

17–19 september

World Cancer Congress 2024
Geneve, Schweiz

29 september–2 oktober

ASTRO American Society
for Radiation Oncology
Annual Meeting
Washington DC, USA

2–4 oktober

Hematologidagarna
Gävle, Sverige

10–13 oktober

Society for Melanoma
Research – SMR
New Orleans

17–20 oktober

SIOP – International Society of
Paediatric Oncology
Honolulu, Hawaii, USA

13–16 november

CTOS World's Sarcoma
Specialists
San Diego, USA

30 nov–4 dec 2024

18th European Colorectal
Congress of St.Gallen
St. Gallen Schweiz

7–10 december

66th American Society
of Hematology – ASH
Annual Meeting
San Diego, USA

10–13 december

San Antonio Breast
Cancer Symposien
San Antonio, Texas, USA

mars -25

ELCC European
Lung Cancer Congress
Prag, Tjeckien

april -25

Kicki Wallér mötet i Åre 2025
Åre, Sverige

25–30 april -25

AACR Annual Meeting
Chicago, USA

maj -25

THE 41ST Congress
Of The Scandinavian
Sarcoma Group
SIOP Europ

23–26 maj -25

NOPHO – Nordic Society of
Paediatric Haematology
Riga, Lettland

SAVE THE DATE!

IO-veckan 2024

Lunchwebinar 7–11 oktober

Vi har glädjen att meddela att intresset för IO-veckan varit mycket stort och vi kommer därför att fortsätta med lunchwebinar en hel vecka i oktober med fokus på onkologisk behandling med immunterapi. Tidpunkten för veckan är ett par veckor efter ESMO och vi hoppas därmed kunna bjuda både på senaste nytt och ett utbyte av värdefulla erfarenheter. Vi har för avsikt att även detta år bjuda in ledande internationella och svenska experter som sätter fokus på det senaste inom området immunonkologi.

Även detta år har vi äran att få samarbeta med en vetenskaplig programkommitté med ledande experter inom onkologi för att ta fram ett riktigt spännande program.

Mer information kommer...

PROGRAMKOMMITTÉ



Ana Carneiro
docent och
överläkare,
Skånes Universitets-
sjukhus, Lund



Lars Ny
professor och
överläkare,
Sahlgrenska Uni-
versitetssjukhuset,
Göteborg



Jakob Eberhard
docent och
överläkare,
Skånes Universitets-
sjukhus, Lund



**Fernanda Costa
Svedman**
överläkare,
Karolinska Univer-
sitetssjukhuset,
Stockholm



Simon Ekman
professor och
överläkare,
Karolinska Univer-
sitetssjukhuset,
Stockholm

TAKE CONTROL OF mRCC WITH THE LONGEST ABSOLUTE mOS GAIN OF ANY TKI+CPI* - CABOMETYX® + nivolumab^{1,3,4}

TAKE CONTROL OF THE DISEASE

Maintained long-term efficacy (OS, PFS, ORR)**
55,6 mFU demonstrated in a population
reflective of real-life practice.^{1,2,5-7}

* mOS gain vs sunitinib:

Cabometyx/nivolumab	46.5 vs 36.0 (Δ 10.5)
lenvatinib/pembrolizumab	53.7 vs 54.3 (Δ -0.6)
axitinib/pembrolizumab	47.2 vs 40.8 (Δ 6.4)

** 44 mFU compared to 55,6 mFU^{1,2}

TAKE CONTROL OF THE TREATMENT EXPERIENCE

A well-understood tolerability profile and a low rate of
AE-related discontinuations (8% both CABOMETYX®
and nivolumab).^{1,7}

Optimised CABOMETYX® dosing, easily adjusted
to meet patients' needs.⁷

CABOMETYX® är godkänt för behandling av avancerad njurcancer (Renal Cell Carcinoma, RCC):

- hos behandlingsnaiva vuxna med intermediär eller dålig prognos
 - hos vuxna efter tidigare vaskulär endotel tillväxtfaktor (VEGF)-riktad behandling.
- I kombination med nivolumab som första linjens behandling av vuxna.

1. Bourlon MT, et al. Abstract 362. Presented at ASCO GU 2024. 2. Burotto M, et al. Presented at CITIM Conference; April 24-27, 2023; Vilnius, Lithuania. 3. Rini BI, et al. Abstract LBA4501. Presented at ASCO 2023. 4. Motzer RJ, et al. J Clin Oncol. Published online January 16, 2024. 5. Heng DYC, et al. Lancet Oncol. 2013; 14: 141-148. 6. Hall JP, et al. Future Oncol. 2020; 16: 3045-3060. 7. Cabometyx fass.se/produktresumé.

Cabometyx (kabozantinib) 20 mg, 40 mg och 60 mg, filmdragerade tabletter, antineoplastiska medel, proteinkinashämmare (ATC-kod: L01EX07). Rx, F. **Indikation:** Som monoterapi vid avancerad njurcellscancer som första linjens behandling av vuxna med intermediär eller dålig prognos eller hos vuxna efter tidigare vaskulär endotel tillväxtfaktor (VEGF)-riktad behandling. I kombination med nivolumab som första linjens behandling av vuxna med avancerad njurcellscancer. Behandling med Cabometyx ska sättas in av en läkare med erfarenhet av administrering av läkemedel mot cancer. **Varningar och försiktighet:** Patienten bör övervakas noga under de första åtta veckorna av behandlingen för att avgöra om det krävs några dosändringar. Avvikelse i leverfunktionstester har observerats vid behandling med kabozantinib. Patienter ska övervakas angående tecken och symtom på hepatisk encefalopati. Allvarliga gastrointestinala perforeringar och fistlar, ibland med dödlig utgång, har observerats med kabozantinib. Patienter som har inflammatorisk tarmsjukdom, har gastrointestinal tumörinfiltration eller har komplikationer från tidigare gastrointestinal kirurgi bör utvärderas noggrant före insättning av behandling med kabozantinib. Kabozantinib bör användas med försiktighet till patienter som löper risk för, eller tidigare har haft, arteriell eller venös tromboembolism, inklusive lungembolism. Patienter som har haft svåra blödningar måste utredas noggrant innan behandling med kabozantinib inleds. VEGF-hämmare kan främja bildningen av aneurysmer och/eller arteriella dissektioner. Trombocytopeni och minskat antal blodplättar har rapporterats. Särkomplikationer har observerats med kabozantinib. Om möjligt ska behandling med kabozantinib avbrytas minst 28 dagar före en planerad operation, inklusive tandkirurgiska ingrepp. Hypertoni, inklusive hypertensiv kris har observerats med kabozantinib. Fall av osteonekros i känen har observerats med kabozantinib. Palmar-plantar erytrodystesi (PPES) har observerats med kabozantinib, behandlingen kan behöva avbrytas vid allvarlig PPES. Proteinuri har observerats med kabozantinib. RPLS/PRES har observerats med kabozantinib. Kabozantinib bör användas med försiktighet till patienter som tidigare har haft förlängd QT-intervall, som behandlas med antiarytmika och patienter med relevant tidigare hjärtsjukdom, bradykardi eller störningar i elektrolytbalansen. Laboratoriska baslinjemätningar av sköldkörtelfunktionen rekommenderas hos alla patienter som behandlas med kabozantinib. Ökad förekomst av elektrolytavvikelser har förknippats med kabozantinib. Fertila kvinnor som tar kabozantinib och kvinnliga partners till manliga patienter som tar kabozantinib måste undvika graviditet. **Interaktioner:** Försiktighet krävs vid samtidig administrering av kabozantinib och starka CYP3A4-hämmare, MRP2-hämmare och P-gp-substrat. Interaktion med warfarin kan vara möjlig. Texten är baserad på produktresumé daterad: 2023-10-06. För ytterligare information samt priser se www.fass.se.

Institut Produits Synthèse (IPSEN) AB, Färgatan 33, 164 51 Kista