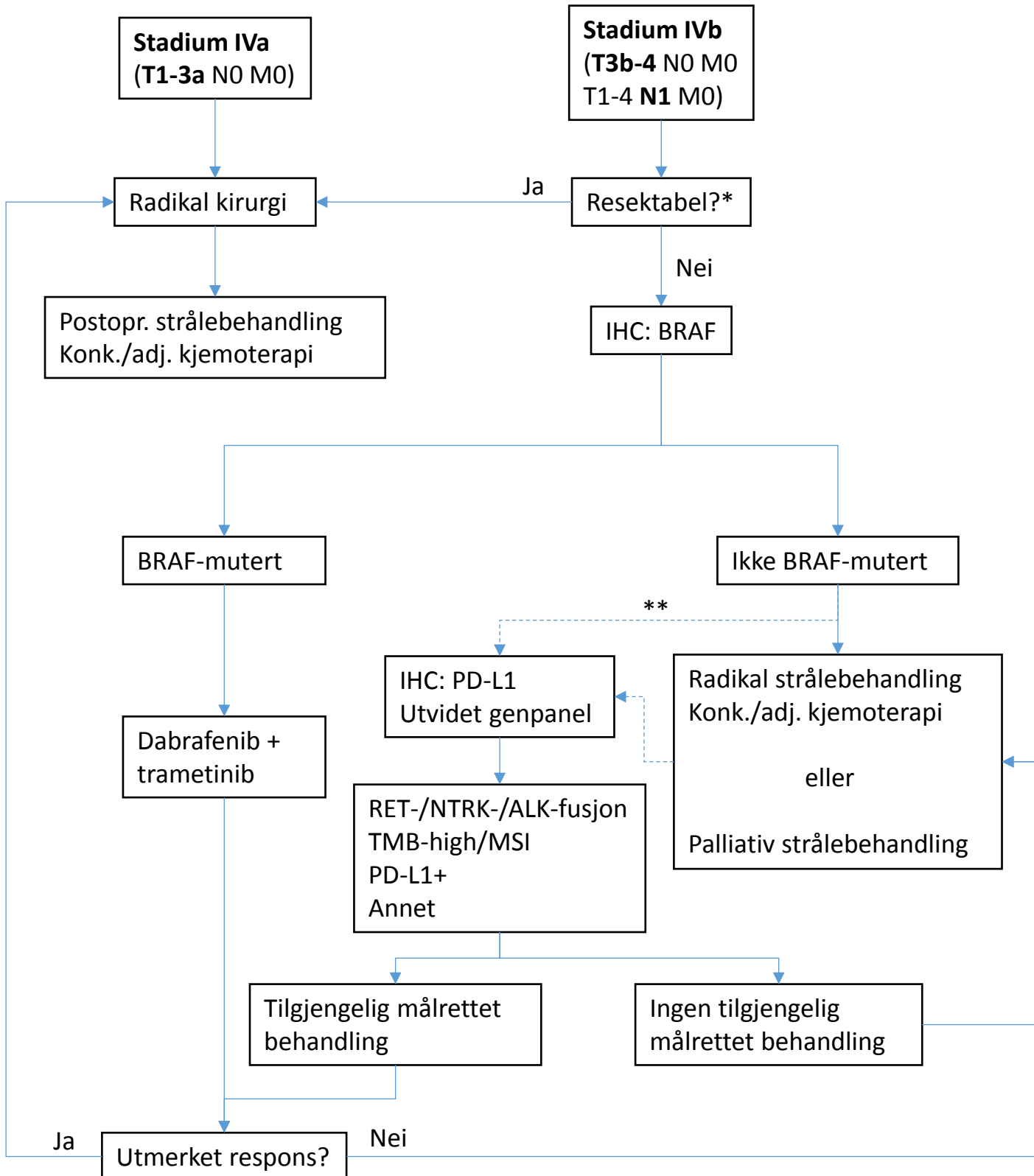


Generelle prinsipper

- Overgang til strikt palliasjon skal vurderes løpende som alternativ gjennom hele behandlingsforløpet
- Inklusjon i kliniske studier anbefales hvis tilgjengelig



* Realistisk mål om R0/R1-reseksjon uten laryngectomi, øsofagusreseksjon eller rekonstruksjon av store kar. Debulkende kirurgi frarådes.

**Nytte av gentesting og målrettet behandling utover BRAF-/MEK-hemmere som ledd i primærbehandlingen av inoperabelt stadium IVb er lite dokumentert. Dersom denne veien velges, kan kjemoterapi som bro frem til molekylærpatologisk konklusjon foreligger være aktuelt

Figurtekst til flytskjema for ATC stadium IVa og IVb

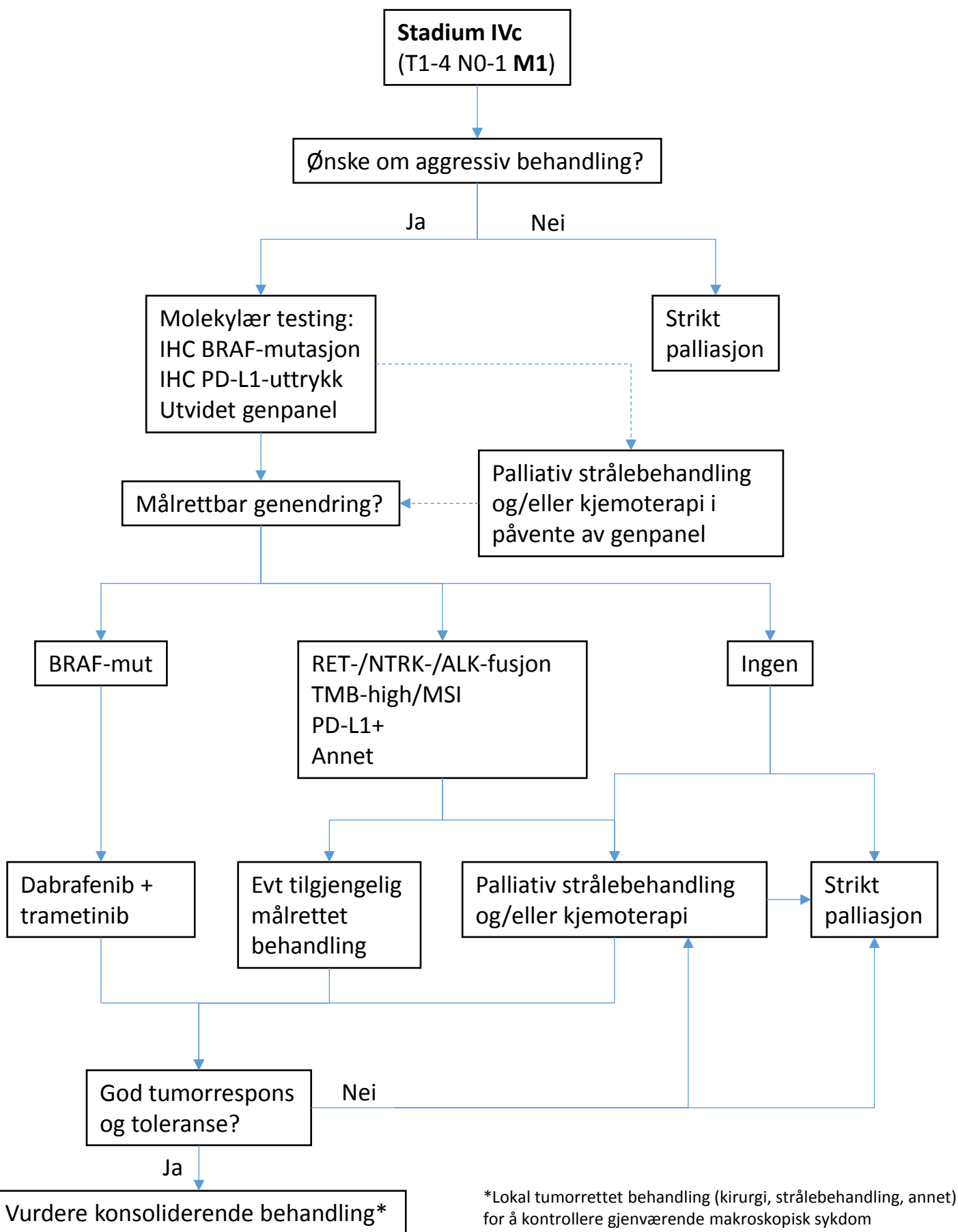
Pasienter som er primært resektabel (stadium IVa og operabel stadium IVb) kan oppnå langtidsoverlevelse etter radikal multimodal behandling (kirurgi, postoperativ strålebehandling og konkomitant/adjuvant kjemoterapi). Ved stadium IVb tyder retrospektive studier på at tradisjonell multimodal behandling kan gi forlenget overlevelse. Mer nylige studier med BRAF-/MEK-hemming har vist svært gode responsrater. Dette er bakgrunnen for at flytskjemaet åpner for en relativt aggressiv behandlingstilnærming for denne pasientkategorien. Nyten av annen molekyllær målrettet behandling er lite dokumentert, men det foreligger lovende kasuistiske rapporter.

Det er derimot også høy sannsynlighet for okkulte fjernmetastaser og rask progresjon av behandlingsresistent sykdom.

Alternativet med strikt palliativ tilnærming fra start bør derfor diskuteres åpent med alle pasientene, og bør sannsynligvis anbefales for eldre og/eller skrøpelige pasienter, spesielt i fravær av BRAF-mutasjon.

Generelle prinsipper

- Overgang til strikt palliasjon skal vurderes løpende som alternativ gjennom hele behandlingsforløpet
- Inklusjon i kliniske studier anbefales hvis tilgjengelig



Figurtekst til flytskjema for ATC stadium IVc

Retrospektive studier tyder på at pasienter med fjernmetastatisk ATC har svært kort forventet levetid og ingen/lite nytte av tradisjonell multimodal behandling (kirurgi, radikal strålebehandling og kjemoterapi). I utgangspunktet anbefales derfor en palliativ tilnærming. Yngre, svært behandlingsmotiverte pasienter kan etter åpen informasjon om manglende dokumentasjon for gunstig effekt på livskvalitet og levetid, likevel skjønnsmessig tilbys mer aggressiv tumorrettet behandling.

De seneste årene har det kommet lovende resultater fra molekulært målrettet behandling som kan endre de prognostiske utsiktene for undergrupper av pasientene. Gode og langvarige tumorresponstrater er etter hvert relativt godt dokumentert med BRAF-/MEK-hemmere for BRAF-mutert ATC, og det anbefales derfor at disse pasientene tilbys tidlig målrettet behandling. Lovende kasuistiske rapporter for annen molekulært målrettet behandling tilsier at man om mulig også bør tilbyr dette dersom tilgjengelig gjennom kliniske studier eller individuell søknad.