

RESERAPPORT FRÅN ASCO 2017

INLEDNING

Kongressen började sådär, jetlagen hade tagit ut sin rätt och jag var klar med frukosten halv sex på morgonen varför jag tyckte det var en bra idé att gå till kongressområdet. Vägen gick enligt kartan genom Millenium Park, ned utmed Michigansjön, förbi Museum Campus och Soldier field, där U2 skulle spela senare samma kväll, men därefter uppstod ett problem, då den sista biten av min planerade väg gick genom en biltunnel. Väl på kongressen lyckades jag ta reda på hur man tar sig dit till fots på säkert vis, så inför kommande möten kan jag därför informera om att man går till East building plan 3, ut via terrassen, varefter man kommer ut på en gång-och cykelväg som leder tillbaka till staden.

SKENANDE KOSTNADER FÖR LÄKEMEDEL

Det var betydligt lättare att orientera sig i själva programmet med hjälp av utmärkt app och ständiga e-postuppdateringar. Om man försöker utläsa några trender på mötet så kan man säga att medvetenheten om den "ekonomiska toxiciteten" avseende cancerbehandling fortsätter att öka. Att detta börjar bli ett riktigt hett område i USA är förstäeligt då man uppskattar kostnaderna för cancerbehandling i världen till minst 100 miljarder dollar, varav upp emot hälften förbrukas i USA. Förutom rena prisdiskussioner förekom också nytänkande i form av diskussioner om att sätta upp studier som testade lägre doser som en framkomlig väg för att kunna behandla fler patienter. Fortsatt går det mycket trögt för så kallade biosimilarer, d v s läkemedel som inte är en exakt kopia av ett originalpreparat men där tester visar samma typ av effekt. I USA är ännu bara ett preparat godkänt, jämfört med Europa som godkänt och använder åtskilliga. Reklamkostnader är fortsatt en av, eller den största, budgetposten för de stora läkemedelsbolagen. Efter att ha tagit del av ett abstract som tydde på att läkares förskrivningsmönster kunde påverkas beroende av vilka företag som ordnade resor och liknande aktiviteter känns det bra att de nuvarande strikta reglerna infördes hos oss, även om vi ännu inte löst problemet med ett klart minskat svenskt deltagande i internationella kongresser.

Av förklarliga skäl var kostnader inte något som betonades av företagen men när man diskuterade med enskilda representanter fanns det klart en förståelse. Många företagsrepresentanter berättade också att de hade olika program för att underlätta för patienter att kunna få en viss behandling. Detta rörde sig inte om något ändrat pris men man ordnade bland annat transporter till sjukhus, stod för att sköterska kom hem och hjälpte patienten. Man gav information om var man kunde söka medel för behandling samt kunde stötta patienter vid tvister med försäkringsbolag.

MINSKADE ANSLAG

Några oroande rapporter rörde minskade anslag för prövarinitierade studier. Till exempel hade stödet till National Institute of Health (NIH) minskat signifikant för kliniska studier och man befarade ytterligare betydande nedskärningar med nuvarande politiska ledning.

FRAMTIDA STUDIEDESIGNER?

Ett annat dilemma som togs upp av flera föreläsare inom olika cancerområden är att den snabba läkemedelsutvecklingen gör att vi har mängder av potentiella kombinationer att utforska. Den vanligaste nuvarande studiedesignen där man mödosamt gör en stor randomiserad fas III-studie, och jämför en kombination mot något som uppfattas som standard, ter sig långsam och ineffektiv när man enkelt kan räkna ut att det skulle ta åtskilliga år att genomföra studier för de stora cancergrupperna som bröst- och prostatacancer med nuvarande läkemedelsarsenal. Under tiden skulle det också fyllas på med nya preparat som behöver utforskas. Man tryckte därför på att kommande studier måste vara mycket mer hypotesdrivna och inte att man bara kollar två medel mot tre lite mer slumpartat.

T ex presenterades flera stora studier inom bröstcancer där bara någon visade på skillnader som kunde sägas vara kliniskt signifikanta och då rörde det sig ändå bara om progressionsfri och inte total överlevnad. Det tyder på att vi får ut för lite data med tanke på allt arbete som ligger bakom varje studie. Man ansåg också att man måste bli bättre på att samla in biomaterial under studierna för senare analyser som t ex kan användas för att hitta subgrupper som har extra stor, eller ingen, nytta av en speciell behandling. Många förordade också mindre fokus på relapsbehandling och att fler studier skulle göras med nya medel i första linjens behandling.

DIAGNOSÖVERSKRIDANDE BEHANDLINGAR

Om man skall välja ut någon grupp av läkemedel som var extra het så var det helt klart inom immunterapin. Det som gör denna grupp extra spännande är att flera medel har kunnat visa god effekt för vitt skilda cancerformer. Sedan några år tillbaka har vi fått tillgång till de första PD1 (programmed cell death protein 1) och PDL1 (programmed cell death protein ligand 1)-hämmarna och det var otaliga nya abstracts om dessa. Interaktion mellan ytstrukturen PD1 på en T-lymfocyt och PDL-1 på en annan cell hindrar T-lymfocyten från att attackera cellen, vilket t ex kan förhindra autoimmunitet. Dock blir det ett bekymmer när denna interaktion sker mellan immunförsvaret och cancerceller. Genom att hämma ytstrukturerna från att interagera kan alltså det egna tumörförsvaret angripa tumören. Eftersom systemet inte är begränsat till bara en tumörform utan många får dessa medel stor betydelse inom många cancerformer. Ett annat exempel på dessa potentiellt diagnosöverskridande medel är de så kallade TRK-hämmarna. TRK-mutation påvisas vid många tumörformer men det rör sig oftast om en liten andel av patienterna. Därför har detta inte lockat till sig något större intresse, men det har visat sig att vid vissa ovanliga tumörformer har många patienter en sådan mutation och behandlingsresultaten är mycket lovande.

SVÅRBEHANDLADE CANCERDIAGNOSER

Trots många nya behandlingsmöjligheter ter sig vissa cancerformer fortsatt mycket terapirefraktära. Pankreascancer, som nu seglat upp till den nästa största dödsorsaken i cancer i USA efter lungcancer, är fortsatt en tumörform där man inte sett stora framsteg trots intensiv forskning. Som exempel på detta kan nämnas ett föredrag om att strålbehandling kunde minska tumörstorleken, så att kirurgisk behandling blev möjlig, hade en viss effekt. Men följande föredrag som handlade om strålning mer generellt vid denna cancer kunde visa att effekterna var blygsamma.

FRAMSTEG INOM DIAGNOSTIK

När det gäller diagnostik fanns där ett stort intresse kring så kallad liquid biopsy, alltså att man skall kunna hitta och följa behandling via tumörmarkörer i blodet. Det finns redan idag tekniker för att hitta cirkulerande cancerceller samt cancer-DNA i blod men dess plats inom kliniken är ännu osäker. Mycket data finns för bröstcancer men metoderna verkar mest kunna användas för prediktion och inte för att styra behandling. Man lyfte också problemet med att vissa tester är tämligen enkla att utföra och det dyker därför upp företag som erbjuder "cancertester" på nätet. Ett annat problem är att även om man tagit fram en patientunik markör vid diagnos så kan nya mutationer, som uppstår under sjukdomsförloppet, göra att cancercellerna inte kan detekteras på samma sätt som från början. När det gäller bilddiagnostik rapporterades att PET/CT har hög sensibilitet och t ex kan påvisa relaps av koloncancer bättre än andra tekniker. Dock påverkade detta vare sig PFS eller OS.

KURIOSA

Som alltid så rön lite kuriösa fynd stor uppmärksamhet. Det verkar som om fysisk aktivitet, grönsaker, vitamin D, kaffe (!) och nötter från träd, alltså inte jordnötter, minskade risken för återfall vid koloncancer. Det rapporterades också att prognosen var bättre om koloncanceren satt till vänster jämfört med höger.

Något annat intressant var en randomiserad studie som kunde påvisa signifikant bättre total överlevnad vid metastaserad cancer för patienter som kunde kommunicera direkt elektroniskt med vården jämfört med en kontrollgrupp.

Ett debattämne som varit hett här i Sverige har ju varit införandet av så kallad värdebaserad vård. Systemet kommer från USA och man var försiktigt optimistiskt men kunde också visa att systemet kräver en ansevärd ökning av antalet administratörer för att ha koll på det hela.

En session som jag missade var en öppningsföreläsning av Siddhartha Mukherjee som bland annat skrivit boken "Lidandets konung: historien om cancer". Om du har ett allmänt intresse av hur utvecklingen av onkologisk behandling varit kan jag varmt rekommendera denna bok, och därmed kanske denna reserapport varit till någon nytta. Du har ju också fått lära dig hur du kan ta dig från kongressen till fots.

Ulf-Henrik Mellqvist

Docent, överläkare

Medicinkliniken Södra Älvsborgs Sjukhus Borås