



ECX

Indikasjon:

VENTRIKKELCANCER

1. Neoadjuvant/adjuvant ved operabel sykdom. Stadium II-IV, < 75 år og i god allmentilstand; ECOG 0-1
2. Neoadjuvant ved lokalavansert sykdom.
3. Palliativt ved avansert ventrikkelcancer.

Behandlingsplan:

Kur gis hver 3. uke.

1. Neoadjuvant v/operabel sykdom: 3 kurer. Kirurgi 3-6 uker etter siste kur. 3 kurer etter kirurgi, oppstart 6-8 uker etter kirurgi.
2. Neoadjuvant v/lokalavansert sykdom: 3 kurer. Evalueres for operabilitet. Evt. 3 kurer til før ny evaluering. Hvis ikke operabel etter 6 kurer, blir målsettingen palliativ.
3. Palliativ behandling: Evaluering v/hver 3. kur. Seponeres ved progresjon eller ikke-akseptabel toksisitet.

Spesielle forundersøkelser: Audiometri. Nyrefunksjon (kreatinin med beregnet GFR). EKG.

Administrering:

Stoff	Dose	Utblanding	Infusjonstid	Kurdag
Epirubicin	50 mg/m ²	100 ml Glukose 5 %	15 min	1
Cisplatin	60 mg/m ²	1000 ml NaCl 0.9 %	1 time	1
Xeloda®	625 mg/m ² x 2	Peroralt daglig		1 - 21

Eget arbeidsskjema: Se [her](#).

Max kumulativ dose: Epirubicin 900 - 1000 mg/m².

Forberedelser før første kur:

Hematologi; Hb, Trc, Neutrofile,

Kreatinin med beregnet GFR;

- Menn (140 - alder (år) x vekt (kg) x 1,23)/ s-kreat
- Kvinner ((140 - alder (år) x vekt (kg) x 1,23)/ s-kreat) x 0,85

Normal > 60 ml/min/1,73m²

Moderat nedsatt 30-60 ml/min/1,73m²

Alvorlig nedsatt < 30 ml/min/1,73m²

Blodprøver før senere kur:

Hematologi; Hb, Trc, Neutrofile, Kreatinin

Blodprøvekontroll: Hb, neutrofile, trombocytter Dag 10-12.

Dosejustering:

Utsettelse av kur hvis blodprøver dag 21 viser neutrofile granulocytter $< 1,5$ eller $\text{trc} < 100$.
Utsettes til neutrofile $> 1,5$ og/eller $\text{trc} > 100$. Selv om målsettingen er kurativ anbefales ikke G-CSF da vi ikke har tilstrekkelig erfaring med G-CSF og kontinuerlig peroral Xeloda®, Capecitabine

Ved kreatininstigning: Individuell vurdering av seponering/dosereduksjon av Cisplatin, alternativt erstatning med Oxaliplatin.

Ved hørselpåvirkning: Kontroll med audiometri og vurdering av videre Cisplatin. Alternativt kan Cisplatin erstattes med Oxaliplatin.

Xeloda reduseres 20 %, deretter 40% ved grad 3 ikke-hematologisk toksisitet eller ved individuell vurdering av eldre pasienter.

– Ikke-hematologisk toksisitet:

- Bedring av mucositt og diare til NCIC CTG $<$ grad 2
Grad 2 diare = økning med 4-6 avføringer pr dag, eller avføring om natten. Pasienter med colostomi: Moderat økning av løs/vantynn avføring fra tomi.
Grad 2 mucositt = smertefull sårhet, hevelse, men kan svelge og spise.
- Bedring av hånd- og for hudreaksjon til NCIC CTG $<$ grad 2.
Grad 2 hånd-og fot hudreaksjon = hudforandring (rødhet, flassing) med ubehag/smerte uten å påvirke daglig funksjon.

Anmerkning:

- ♦ **Epirubicin:**
 - **Svært vevstoksisk!** Unngå ekstravasering. (Is ved ekstravasal infusjon. Vurder behov for evt. kirurgi).
 - Urinen blir rødfarget.
 - Kardiotoksisk. Obs max kumulativ dose

- ♦ **Cisplatin:**
 - **Nyretoksisk!** Mål drikke/diurese. God hydrering nødvendig. Oppretthold adekvat diurese (se arbeidsskjema). Viktig med tilstrekkelig diurese hver 4. time!
 - Unngå nyretoksiske medikamenter i behandlingsperioden, og inntil 1 måned etter Cisplatin behandling (f. eks. aminoglykosider).
 - Sterilitet.
 - Risiko for redusert hørsel.

- **Xeloda:**
 - **”Hånd-fot-syndrom”** (Palmo-plantart-erytem) forekommer hos disse pasientene, med avskalling, ømhet, oppsprekking av hud på hender og føtter. Kan være så alvorlig at behandlingen må stanses.
Dosereduksjon. Xeloda kan vurderes erstattet med nordisk FLv.
 - Diarè, mucositt kan forekomme.

- ♦ **Hårtap:**
 - Ja. Parykkbehov.

- ♦ **Kvalme:**
 - Zofran 8 mg x 2 po/iv dag 1-3 (evt. lengre hvis kvalme pga Xeloda).
 - Medrol 32 mg x 2 daglig dag 1-3.
 - Afipran 10 mg ved behov

Spørsmål kan rettes til Kreftavdelingen, tlf. 77 62 67 65