

---

## Kreft i spiserøret – betydelig bedre overlevelse

---

FRA FAGMILJØENE

TOM MALA

[tommenmala@gmail.com](mailto:tommenmala@gmail.com)

Tom Mala er spesialist i generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi, fagansvarlig for øvre gastrokirurgi ved Avdeling for gastro- og barnekirurgi, Oslo universitetssykehus, Ullevål og professor II ved Universitetet i Oslo. Han er medlem i Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe og leder for Kreftforeningens ekspertgruppe for kreft i spiserøret.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BENTE KRISTIN ABELSETH

Bente Kristin Abelseth er spesialist i onkologi med spesialområde øvre gastrointestinal kreft ved Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk, Haukeland universitetssjukehus. Hun er medlem av Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe og Kreftforeningens ekspertgruppe for kreft i spiserøret.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GHAZWAN AL-HAIDARI

Ghazwan Al-Haidari er spesialist i onkologi, fagansvarlig for øvre GI-kreft og overlege ved Avdeling for kreftbehandling, Oslo universitetssykehus. Han er medlem av Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe og Kreftforeningens ekspertgruppe for kreft i spiserøret.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LIV MARIT RØNNING DØRUM

Liv Marit Rønning Dørum er seksjonsleder og fagansvarlig for kvalitetsregistrene i Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### INGUNN HATLEVOLL

Ingunn Hatlevoll er spesialist i onkologi med spesialområde gastrointestinal kreft, fagansvarlig for kreft i spiserør og magesekk ved Kreftklinikken, St. Olavs hospital. Hun er medlem i Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe og Kreftforeningens ekspertgruppe for kreft i spiserøret.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### LARS CATO REKSTAD

Lars Cato Rekstad er spesialist i generell kirurgi og i gastroenterologisk kirurgi ved Kirurgisk avdeling, St. Olavs hospital. Han er medlem i Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe og Kreftforeningens ekspertgruppe for kreft i spiserøret.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### HELGE STENVOLD

Helge Stenvold er ph.d., spesialist i onkologi og fagansvarlig for gastroonkologi ved Kreftavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø. Han er medlem i Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe og Kreftforeningens ekspertgruppe for kreft i spiserøret.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### KJELL KÅRE ØVREBØ

Kjell Kåre Øvrebø er spesialist i generell kirurgi og i gastroenterologisk kirurgi ved Seksjon for øvre gastroenterologisk kirurgi, Haukeland universitetssjukehus. Han er medlem i Kreftforeningens ekspertgruppe for kreft i spiserøret.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

#### EIRIK KJUS AAHLIN

Eirik Kjus Aahlin er spesialist i generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi ved Gastrokirurgisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge og førsteamanuensis ved UiT Norges arktiske universitet. Han er styremedlem ved Universitetssykehuset Nord-Norge, leder av

faggruppen for spiserør og magesekk i Norsk Gastrointestinal Cancer Gruppe og medlem i Kreftforeningens ekspertgruppe for kreft i spiserøret.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

---

## **Kreft i spiserøret er en alvorlig sykdom. Med dagens behandling overlever langt flere kreftsykdommen enn tidligere.**

Omkring 400 pasienter får diagnosen kreft i spiserøret hvert år og 1/3 av disse blir operert [\(1\)](#). Forekomsten har vært relativt stabil i Norge de senere årene [\(1\)](#). Plateepitelkarsinomene var tidligere vanligst, men i dag er adenokarsinom hyppigst forekommende [\(1\)](#).

---

## **Kirurgisk behandling**

Kirurgi er bærebjelken for kurativ behandling av kreft i spiserøret.

Behandlingen krever oftest tilgang både til buken, lungehulen og iblant hals, med risiko for alvorlige komplikasjoner. Den perioperative mortaliteten er i dag under 5 % på nasjonalt nivå [\(1\)](#). I en artikkel i Tidsskriftet fra 2001 ble det rapportert om 13 % perioperativ mortalitet [\(2\)](#). De fleste pasientene opereres med minimal invasiv operasjonstilgang – ofte robotassistert. Komplikasjoner håndteres i stor grad med endoskopi eller intervensjonsradiologi. Den operative behandlingen er sentralisert i hver helseregion og med et godt interregionalt samarbeid i et nasjonalt nettverk (NORECa) støttet av Kreftforeningen.

Pasienter med «tidlig kreft» uten dyp innvekst i submukosa vurderes i dag for endoskopisk reseksjon. Risikoen for lymfeknutemetastaser øker jo dypere svulsten infiltrerer i spiserøret, og svulstens vekstmønster benyttes i valget mellom kirurgisk eller endoskopisk reseksjon.

---

## **Behandling med kurativ intensjon**

Omkring 3/4 av pasientene mottar perioperativ kjemoterapi eller preoperativ radiokjemoterapi [\(1\)](#). Flere oppnår tumorrespons på behandlingen, og hos noen finner man i operasjonspreparatet ikke-viabelt tumorvev. Immunterapi benyttes hos pasienter som har mottatt radiokjemoterapi før kirurgi dersom det er resttumor i operasjonspreparatet.

Det pågår studier med mål om å bedre den onkologiske håndteringen før og etter kirurgi og for å vurdere om flere kan gjennomgå potensiell kurativ behandling. Tumorspesifikke markører vil trolig i nær framtid bidra til å individualisere behandlingen i større grad.

Definitiv radiokjemoterapi benyttes hos enkelte pasienter som alternativ til kirurgi. Ut over dette er det ikke etablert evidens for organsparende onkologisk behandling alene som del av rutinebehandlingen. Flere pasienter vil trolig på sikt kunne behandles med onkologisk behandling primært og eventuell kirurgi om tumorvekst påvises under oppfølging.

Overlevelsen for pasientgruppen samlet og for pasientene som opereres, har bedret seg betydelig fra tidligere (2–4). Etter kirurgi med kurativt siktemål er i dag femårsoverlevelsen nærmere 60 %, mot omkring 30 % i 2003 (1). Samlet sett har det således de siste tiårene vært en svært positiv utvikling i resultatene av behandling av kreft i spiserøret.

---

## REFERENCES

1. Kreftregisteret. Utvalgte resultater for 2023. Kvalitetsregister for kreft i spiserør og magesekk.  
<https://www.kreftregisteret.no/globalassets/publikasjoner-og-rapporter/arsrapport-2023-kvalitetsregister-for-kreft-i-spiseror-og-magesekk.pdf> Lest 19.11.2024.
2. Mala T, Løtveit T. Kirurgisk behandling av kreft i spiserøret. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2815–7. [PubMed]
3. Klint A, Engholm G, Storm HH et al. Trends in survival of patients diagnosed with cancer of the digestive organs in the Nordic countries 1964–2003 followed up to the end of 2006. Acta Oncol 2010; 49: 578–607. [PubMed][CrossRef]
4. Ovrebo KK, Lie SA, Laerum OD et al. Long-term survival from adenocarcinoma of the esophagus after transthoracic and transhiatal esophagectomy. World J Surg Oncol 2012; 10: 130. [PubMed][CrossRef]

---

Publisert: 12. desember 2024. Tidsskr Nor Lægeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0547

Mottatt 21.10.2024, godkjent 19.11.2024.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. februar 2026.