

Intresset för bröstens täthet och vad det kan betyda för diagnostik och bröstcancerfrekvens ökar kontinuerligt. **Elisabet Lidbrink**, överläkare vid Radiumhemmet, Karolinska universitetssjukhuset, rapporterar om flera intressanta forskningsresultat från årets SOTA, 2-3 oktober i Stockholm.

State of the Art Bröstcancer (SOTA) är ett återkommande arrangemang som Svenska Bröstcancergruppen (SweBCG) står för. Mötets syfte är att alla som arbetar med bröstcancer skall få en möjlighet att få en uppdatering av vad som gäller för bröstcancer avseende diagnostik, behandling och uppföljning. Det här året var det Stockholm som arrangerade mötet. Ett stort plus för mötet var att det skedde i Karolinska institutets nya magnifika Aula Medica. Organisationskommittén för mötet utgjordes av onkologerna Jonas Bergh, Tommy Fornander, Theodoros Foukakis, Sara Margolin och bröstkirurgerna Jan Frisell och Irma Fredriksson. Över 500 personer deltog i mötet.

Den inledande sektionen som handlade om det aktuella ämnet mammografisk täthet modererades av Irma Fredriksson, bröstkirurg, Karolinska Universitetssjukhuset.

BRÖSTTÄTHET

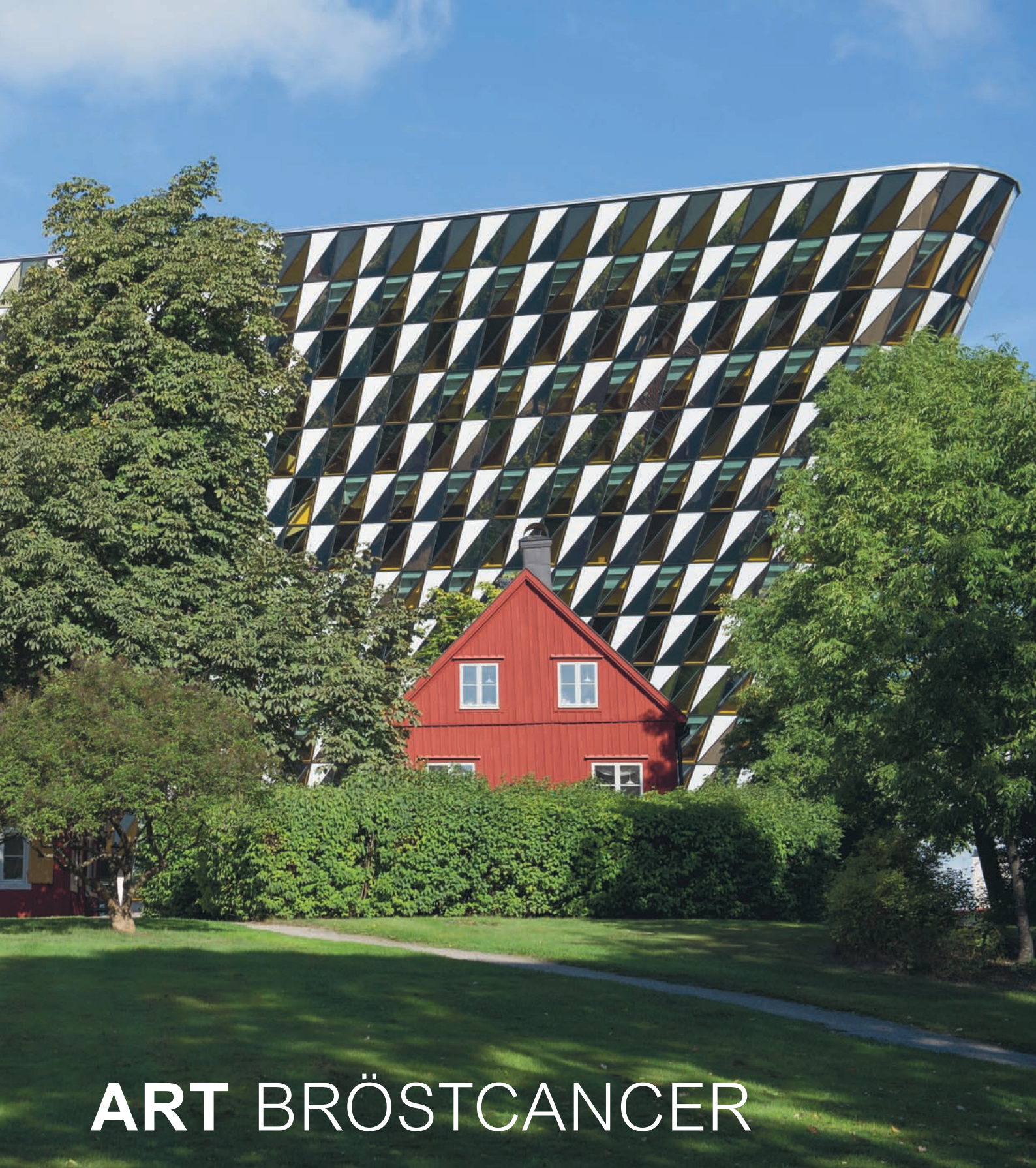
Andreas Pettersson, Med Dr, ST läkare i onkologi, Karolinska Universitetssjukhuset inledde med ett föredrag om

vad en kliniker och en mammografiläkare bör veta om brösttäthet. Tåta bröst är bröst med lite fett och mycket bindväv och körtlar. Tätheten kan mätas på olika sätt men det finns idag ingen konsensus för exakt vilken metod man skall

använda sig av. Tätheten i bröstet minskar med ökande ålder, ökande BMI, antal barn och menopausens inträdande. Tamoxifen minskar tätheten och östrogen och progesteron ökar tätheten. Risken att utveckla bröstcancer ökar med



STATE OF THE



ART BRÖSTCANCER

ökad täthet. Det kan bero på att det finns fler bröstceller "at risk" och en kombinerad effekt av mitogena och mutagena faktorer. Riskökningen för bröstcancer stiger mer än fyrfaldigt om bröstet är mycket täta (75% täthet). Enligt

Boyd (NEJM 2007) förklaras 16% av all bröstcancer av ökad täthet medan Byrne (JNCI 95) anger en ännu högre siffra 46%. Viktiga frågor i detta sammanhang är dels om man kan använda mammografisk täthet för att riskklassificera

patienter. Dels om annan screeningmetod än mammografi vartannat år kan behövas för denna grupp av kvinnor (MR/tätare mammografier) eller om det är rimligt att erbjuda tamoxifen/raloxifen som primärprevention. I flera stater i

••• referat

USA kräver man att kvinnor informeras om sina bröstets täthet, ett krav som nu också ställs av BRO (Bröstcancerförningens riksorganisation, Sverige). I USA erbjuds kvinnor, enligt ASCOs riktlinjer, tamoxifen/raloxifen om deras årsrisk för ER-positiv bröstcancer beräknas till högre än 1,66% (enligt Gailmodellen). I Sverige sker idag inte något liknande utan man avvaktar. De pågående studierna KARMA, KARISMA och PROCAS (Predicting risk of cancer at screening) kommer förhoppningsfullt att ge bättre vetenskaplig evidens för handläggning av kvinnor med täta bröst i framtiden.

MAGNETKAMERAUNDERSÖKNING OCH ANDRA TEKNIKER

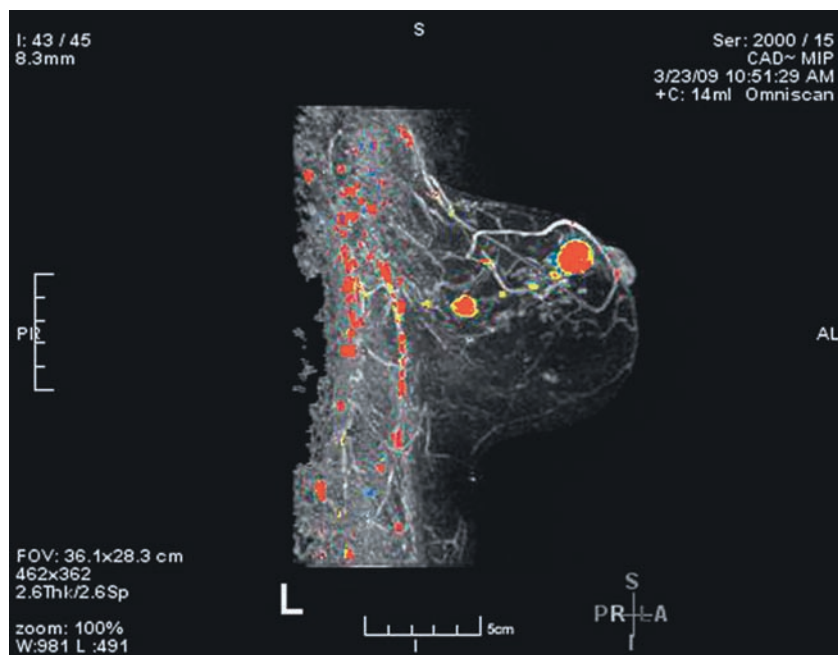
Karin Leifland, Med Dr, bröstradiolog på Södersjukhuset i Stockholm redogjorde för magnetkameraundersökning och andra teknikers betydelse i detta sammanhang. Det finns inga vetenskapliga belägg för screening med ultraljud. Om täta bröst föreligger har man något större chans att upptäcka en cancer med ultraljud. Högriskkvinnor skall undersökas både med mammografi och ultraljud. Ultraljud behövs också som riktad undersökning vid misstänkt MR-fynd.

Tomosyntes är en metod där 16-25 bilder av bröstet tas i en sekvens och på så sätt får man en 3D bild. Gransknings-tiden av dessa bilder blir förlängd men man hittar fler tumörer och man får färre falskt positiva fall. Spektralmammografi "magnetkamerans billigare och snabbare lillebror" är den senaste produktutvecklingen inom bröstradiologin. Metoden har samma sensitivitet som MR, 96% jämfört med mammografi 81%. Den kostar en tiondel av en MR. Spektralmammografien har en plats som komplement till oklart mammografifynd, vid screening av högriskpatienter med täta bröst, vid preoperativ planering av nydiagnostiserad bröstcancer, vid undersökning av påtagliga förändringar som ej syns på mammografi och ultraljud samt för patienter som inte kan genomgå MR.

Automatiskt ultraljud ABUS är en undersökning tillverkad för screening. Den utförs av sjuksköterska och bilderna tolkas av läkare och man har hittat många fler cancerfall med denna metod. En 57% ökning jämfört med enbart



Teamet som föreläste om brösttätthet och MR (Andreas Petterson, Karin Leifland, Irma Fredriksson, Anders Karlsson och Brita Arwer)



På bilden ser man två tumörer (markerade röda mha av CAD utvärdering) i vänster bröst varav den närmast mamillen var känd innan MR och mätte på UL 16 mm (palp 15 mm) men syntes ej på mammografi. Förutom denna identifierar MR ytterligare en 10 mm stor tumör 4 cm dorsalt om denna. Mellan dessa ses kontrastuppladdande stråk misstänkt för DCIS. Båda tumörerna kodus Bi-Rads 5.

PAD från mastektomipreparat visar:

Tumör 1 (från början kända); 18 x 13 mm stor infiltrativt växande duktal cancer grad III samt omgivande DCIS Holland grad II

Tumör 2; 15 x 12 mm stor infiltrerande duktal cancer grad III samt omgivande DCIS Holland grad I

mammografi. MR överanvänds i USA, bara 20-30% på rätt indikation. I Sverige är regler för MR följande: skall bara göras på radiologiska enheter med omfattande erfarenhet av radiologisk bröst-diagnostik, man skall göra minst 150 undersökningar och minst 10 MR-ledda vakuumbiopsier per år. Intensivt samarbete med patologen är nödvändigt. MR görs som komplement till klinisk undersökning och mammografi/ultraljud. En av nackdelarna med MR är att den har lägre specificitet än mammografi vilket leder till fler undersökningar, kontroller och ökad oro för patienter. Indikation för MR föreligger vid följande situationer; högriskpatienter, vid implanterat, om metastas i lymfkörtel finns och mammografi och ultraljud inte hittat primärtumör, om information om djup fascia behövs, vid preoperativ stadiindelning, vid lobulär cancer om utbredning av tumör har betydelse, vid neoadjuvant kemoterapi, vid inkonklusiv utredning med oklart mammografi-fynd t. ex recidiv, ärr, vid storleksbedömning av tumör då mammografi och ultraljud visar diskrepans och om detta har betydelse för handläggning av patienten.

”Det pågår studier med CDK4-6 inhibitorer i kombination med hormonbehandling, en spännande utveckling.”

PREOPERATIV MR-BRÖST

Brita Arwer, docent, bröstontkolog vid Karolinska Universitetssjukhuset och **Anders Karlsson**, överläkare bröstradiolog, Capio St Görän i Stockholm redo-

gjorde för POMB studien (PreOperativ Mr-Bröst). Studien är gjord på St Görän och de ingående kvinnor var yngre än 56 år. Alla hade misstänkt mammarcancer. Frågeställningen i studien var om MR påverkade den primära behandlingen, antalet reoperationer, antalet mastektomier och antalet neoadjuvanta behandlingar. 440 kvinnor med bröstcancer inkluderades från Stockholm och Västerås, hälften fick göra MR före sin bröstoperation. Resultatet av studien blev att på 43 patienter ändrade man handläggningen på följande sätt, 7 fick genomgå kontralaterala ingrepp, 4 fick genomgå diagnostisk sektor. En viktig vinst var att antalet reoperationer signifikant minskade när MR användes. Fortsatt arbete med jämförelse MR-fynd och PAD, kostnader för MR och nyttan av MR vid utredning av misstänkt lokalrecidiv står för dörren.

NEOADJUVANT BEHANDLING AV BRÖSTCANCER

Lisa Rydén, docent, bröstkirurg vid Lunds Universitetssjukhus modererade skickligt sessionen om neoadjuvant behandling av bröstcancer. Tonläget var stundom animerat på grund av skilda åsikter om behandlingens värde.

Lisa inledde med den provokativa frågan om neoadjuvant terapi är framtidens melodi eller Kejsarens nya kläder?

Thomas Hatschek, docent, bröstontkolog, också vid Karolinska Universitetssjukhuset, hade uppgiften att försvara neoadjuvant behandling och **Henrik Lindman**, Med Dr, bröstontkolog, Akademiska sjukhuset, Uppsala anförde skäl emot.

Thomas inledde sessionen med att starka skäl för neoadjuvant behandling är att man kan följa behandlingseffekt och man kan byta behandling om det man gett inte fungerar. Nya mediciner kan bedömas i tidigt skede om det ges neoadjuvant. I den fyrrarmade tyska studien Gepartrio inleddes behandlingen med två TAC (docetaxel, doxorubicin och cyclofosamid). De som uppnådde komplett eller partiell respons randomiserades till antingen fyra eller sex ytterligare TAC. De som ej responderade randomiserades till antingen fyra TAC till eller NX (vinorelbin plus capecitabin). Resultaten av denna studie visade på signifikant förbättrad sjukdomsfri över-

levnad för den behandling som ändrades beroende på respons. Det gick bättre för initiala nonresponders om de fick NX istället för TAC. Sjukdomsfri överlevnad var signifikant bättre för de som responderade och som randomiserades till ytterligare sex TAC i stället för ytterligare fyra TAC. Denna värdefulla information skulle vara svår att få från en adjuvant studie då det skulle krävas så oerhört många ingående patienter. Med neoadjuvant behandling får man unika möjligheter att bedriva molekylär forskning. Upprepade biopsier av tumören under pågående behandling ger en fantastisk möjlighet till forskning som leder till att man bättre förstår vad som driver bröstcancer cellen.

Användningen av neoadjuvant terapi skiljer sig avsevärt inom Sverige. I Stockholm får nästan 14% av de med nydiagnostiserad bröstcancer neoadjuvant behandling. I övriga regioner är motsvarande siffra mellan 3 till 8%. **Henrik** ställde frågan för vem är neoadjuvant terapi bra? Knappast för patienten eftersom det inte finns några studier som talar för att mortaliteten sänks. En nytta för patienten är att patienten ibland kan få ett bröstbevarande ingrepp i stället för att hela bröstet eller bröststen tas bort. Det finns dock en ökad risk för lokalt recidiv (3,1% på tio år) om man gör bröstbevarande kirurgi efter neoadjuvant behandling (EBCTCG metaanalys 2013). Det kan också sägas vara en fördel att patienter vars tumörer helt försvunnit efter kemoterapi kan informeras om att de har en gynnsam prognos. Chansen för detta är störst om tumören är her-2 positiv eller trippelnegativ (ca 60 % komplett remission kan då uppnås). Chansen att krympa tumören är dock dålig om lobulär cancer föreligger. För sjukvården är neoadjuvant behandling en klar nackdel då behandlingen kräver mer resurser/ undersökningar som mammografi och ultraljud och läkarbesök. Ytterligare nackdelar är att man får mindre mängd tumörvävnad att forska på och att man går miste om den värdefulla informationen om antalet lymfkörtelmetastaser. Det kan också vara så att patienten lider mer att ha kvar sin tumör i flera månader.

Efter dessa pro och con-inslag vidtog en stundom animerad diskussion som inte mynnade ut i någon consensus.



Karin Bergmark, Alessandra Graziottin, Sara Margolin och Yvonne Brandberg

Diskussionen om neoadjuvant behandlingens värde kommer att fortsätta länge framöver.

ONKOPLASTIKKIRURGI OCH AXILLKIRURGI

Jan Frisell, professor och bröstkirurg vid Karolinska Universitetssjukhuset ansvarade för sessionen om onkoplastikkirurgi och axillkirurgi där han själv talade tillsammans med plastikkirurgen, Med Dr Marai Mani från Akademiska sjukhuset i Uppsala. Jan gjorde en historisk exposé över utvecklingen och de stora framsteg som gjorts under det senaste halvsekle. I slutet av 50-talet slutade man med den stympande radikala mastektomin till förmån för modifierad radikal mastektomi. På 90-talet blev det allt vanligare med bröstbevarande kirurgi i kombination med radioterapi. Sedan slutet av 90-talet är detta standardingreppet. Idag skaffar sig fler och fler bröstkirurger plastikkirurgisk kompetens vilket gör att många patienter direkt genomgår en canceroperation i kombination med estetisk kirurgi, en mycket stor vinst för patienten.

Betydelsen av sentinal nodetekniken för hantering av axillen är av omistligt stort värde för patienten. Evidensen för

metodens säkerhet är mycket omfattande och vinsterna för patienten med färre armbesvär, smärtor och lymfödem kan inte underskattas. Ett ytterligare steg har tagits när det blev uppenbart att man kan avstå från lymfkörtelutrymning om även sentinal node innehåller micrometastaser. I Sverige ingår nästintill alla patienter i denna situation i en nationell kohortstudie med noggrann uppföljning. Frågan om hur man skall hantera de som har makrometastas i sentinal node har stötts och blötts i Sverige och nu landat på en ny studie SenOMac där kvinnor med T1-2 tumörer och 1-2 makrometastaser i sentinal node randomiseras till antingen lymfkörtelutrymning eller till inget ytterligare kirurgiskt ingrepp. Kvinnorna kan vara opererade med mastektomi eller med bröstbevarande kirurgi. 3700 kvinnor skall ingå och studiestart är beräknad till våren 2015.

BRÖSTCANCER OCH SEXUALITET

Yvonne Brandberg, professor och psykolog vid Karolinska institutet var moderator för föreläsningarna om bröstcancer och sexualitet.

Alessandra Graziottin, professor, gynecolog och sexolog från H. San Raffaele Resnati i Milano, föreläste om sex-

uella problem hos yngre bröstcancerpatienter. Ingen lämnades oberörd av hennes engagerande föreläsning, en del kanske kände sig provocerade av hennes sensuella sätt att beskriva de sexproblem som hon ansåg var mycket vanliga hos unga bröstcancerkvinnor.

I Sverige är den förhärskande synen på östrogenbehandling till bröstcanceropererade kvinnor extremt restriktiv, näst intill totalförbud råder. Alessandra Graziottin var mycket kritisk till den inställningen och ansåg att många kvinnor utsätts för ett stort lidande i onödan. Hon beskrev med emfas de problem tamoxifen och östrogenminskning för yngre leder till som dålig sömnkvalitet, värmevallningar, trötthet, avsaknad av sexlust, reducerat sexliv, depression, kognitiva störningar som minnesförlust, svårighet att fatta beslut och svårt att klara sitt arbete. Som en del av orsaken bakom symtomen ansåg hon att neuroinflammation var, en biokemisk brasa där mastceller, cytokiner och microglia involveras. Denna inflammation leder till symtom som feber, illamående, social isolering, muskelsmärk, trötthet och aptitförlust. Vad kan man då göra för att minska symtomen? Enligt Alessandra hjälper daglig fysisk aktivitet, yoga,



Tina Bondesson, Theo Foukakis och Tommy Fornander 336.

meditation, antiinflammatoriska läkemedel och antidepressiva. Angående de ledbesvär som kvinnor med bröstcancer ofta uppvisar (speciellt de som står på aromatashämmare) så ansåg Alessandra att det till stor del beror på att leder och brosk innehåller en rik mängd av estrogenreceptorer.

Hon avslutade med att tala om sexproblem och bröstcancer. 25% av alla gifta par separerar efter att kvinnan fått bröstcancer. Bara 7% av alla gifta par separerar om mannen fått cancer. Ju yngre en kvinna är då hon blir menopausal desto större blir den negativa effekten på hälsan och sexualiteten. Hon beskrev att kvinnor som fått för tidig menopaus känner sig mindre kvinnliga och att de blir sexuellt osynliga och att de inte kan attrahera partnern. Alessandra förklarade att en del av oförmågan att attrahera partnern berodde på att kvinnans lukt ändras sig i samband med menopaus, det blir färre feromoner och på så sätt får partnern mindre lust till kvinnan. Andra problem som försvårar sexlivet är torra slemhinnor och smärta vid samlag. Hon visade bilder på underliv som var atrofiska och med lichenoida förändringar som orsakats av hormonbehandling. Slutklämmen på hennes före-

läsning var att man skall ge lokalt östrogen åtminstone till de som haft en Er-negativ bröstcancer och att man skall tala med patienten om sexproblem. Man skall rekommendera fortsatt sexliv, lära kvinnan att ge sig själv bäckenbottenmassage, använda salvor och överväga lokal promestienbehandling. Lokal östrogenbehandling reducerar risken för urogenital atrofi markant. Jag tror det var många som inte riktigt höll med Alessandra på alla plan men jag är övertygad om att alla fascinerades av den karismatiska föreläsningen som gav en hel del att tänka på.

KVINNLIG SEXUALITET OCH CANCER

Karin Bergmark, Med Dr, gynecancerolog vid Jubileumskliniken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg pratade om kvinnlig sexualitet och cancer. Det finns många orsaker till att en cancersjukdom påverkar den drabbade kvinnans sexualitet. Kemoterapi påverkar könshormonerna på ett negativt sätt, kvinnan förlorar inte bara håret på huvudet utan också genital behåring. Slemhinnorna blir stela och torra och det föreligger stor risk för att smärta uppstår vid samlag. Självbilden får sig en knäck av ärr, port a cater, piclines och känslor-

bortfall i det opererade området. Libidot minskar för de flesta som får kemoterapi. I Sverige lever ca 90 000 bröstcancerdrabbade kvinnor. Man kan räkna med att åtminstone hälften av dessa upplever sexuell dysfunktion. Vad kan man göra för att hjälpa dessa kvinnor? Bröstcanceroncologer är extremt restriktiva med att förskriva vaginalkräm/vagitorier med östrogen till bröstcanceropererade kvinnor oavsett tumörens natur. Måste det verkligen vara så? Det finns numera en östriolgel med mycket låga halter östriol (0,005% östriol). Huruvida den skulle kunna användas med säkerhet till alla de kvinnor som står på aromatashämmare är inte tillräckligt undersökt. Det finns dock en studie där man använde ultralåg dos östriol i kombination med vaginala lactobacilltabletter till aromatashämmarbehandlade bröstcanceropererade kvinnor och där fann man att serumnivåerna av estron och estradiol inte ökade och slutsatsen var att det var säkert för kvinnorna (Donders et al Breast cancer Res Treat 2014). Behovet av fler studier är stort, det rör sig om oerhört många kvinnor som lider- kanske i onödan när enkel hjälp går att få.

NYA LÄKEMEDEL

Johan Ahlgren, docent, bröstcanceroncolog, Örebro Universitetssjukhus ledde sessionen om nya läkemedel

Jonas Bergh, professor och bröstcanceroncolog vid Radiumhemmets Onkologiska klinik på Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm inledde sessionen med den tacksamma uppgiften att redogöra för nya läkemedel för her-2 positiv bröstcancer.

Emtansin, en smart kombination av antikroppen trastuzumab och ett potent cytostatikum ger 5,8 månaders median överlevnadsvinst vid spridd her-2 positiv bröstcancer. Emtansin är nu godkänt för användning, en stor fördel är också att biverkningarna är förhållandvis lindriga. Den nyare antikroppen pertuzumab har visat sin nytta i Cleopatra studien. Patienterna som fick två antikroppar trastuzumab (T) och pertuzumab (P) i kombination med docetaxel (D) levde i median 15,7 månader längre än de som fick T+D. Pertuzumab är nu godkänt för första linjens behandling av spridd her-2 positiv bröstcancer i kombination med trastuzumab och taxan.

TRIPPELNEGATIV BRÖSTCANCER

Niklas Loman, Med Dr, bröstcanceronkolog, Skånes Universitetssjukhus, Lund redogjorde för behandling av trippelnegativ bröstcancer som utgör 8 % av all bröstcancer. Cancerformen saknar distinkta läkemedelstargets, är genomiskt instabil och kännetecknas av tidiga recidiv. BRCA 1 tumörer är nästan alltid trippelnegativa. Trippelnegativ bröstcancer är histologiskt och molekylärt heterogen. Man kan dela in trippelnegativ bröstcancer i olika subtyper som Basallike 1, Basallike 2, Immunomodulatorisk, Mesenkymal, Mesenkymal stamcellsläk och Luminal androgenreceptor. Denna klassifikation används dock inte i någon större utsträckning ännu. Prognosen vid trippelnegativ bröstcancer sägs vara dålig men med intensiv kemoterapi förbättras den markant. Tio års bröstcancerspecifika överlevnad för en 50 årig kvinna med en 15 mm stor tumör utan körtelmetastaser är 87%. Med kemo blir den 6% bättre. Det finns en del data som talar för att platinumdroger är av betydelse för denna tumörgrupp. I de neoadjuvanta prövningar som gjorts gav tillägg av karboplatin högre patologisk komplett remission (pCR). I den tyska studien Gepardsixto ökade andelen pCR till 59% jämfört med 38% utan karboplatin och i CALGB/A 40603 från 41% till 54%. Karboplatinets värde behöver nu studeras i fas III prövningar och detta är på gång i Sverige. PARP hämmare är av betydelse för behandling av den trippelnegativa bröstcancer som är associerad till BRCA mutation. Glädjande nog har man nu i Sverige kommit igång med Olympia-studien där kvinnor med BRCA-mutation efter avslutad adjuvant kemoterapi randomiseras till ett års behandling med antingen parphämaren olaparib eller placebo.

NYHETER INOM ENDOKRIN BEHANDLING AV BRÖSTCANCER

Tommy Fornander, docent och bröstcanceronkolog vid Onkologiska kliniken på Södersjukhuset, Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm fick redogöra för vad som var nytt inom endokrin behandling av bröstcancer. Efter lång väntan har så till sist resultat kommit från ATLAS-studien där man jämförde 10 års med 5 års adjuvant behandling med tamoxifen. Med tio års behandling

minskar återfallsfrekvensen signifikant från 25% till 21,4% och bröstcancerdödligheten signifikant från 15% till 12,2%. I dag erbjuds numera utvalda yngre kvinnor med hormonreceptorpositiv bröstcancer tio års tamoxifenbehandling. Ett nytt betydelsefullt sätt att behandla hormonreceptorpositiv spridd bröstcancer är att lägga till mTOR-hämmaren everolimus till exemestan. Man erhöll i Bolero-studien en förlängd tid till progression på 10,6 månader jämfört med 4,1 månader med bara exemestan. Överlevnaden ökade från 26,55 månader till 30,98 månader med everolimustillägget. Nya möjligheter att inhibera andra signalvägar är under prövning. Det pågår studier med CDK4-6 inhibitorer i kombination med hormonbehandling, en spännande utveckling.

FÖRBÄTTRAD ÖVERLEVAD VID SPRIDD BRÖSTCANCER

Theodoros Foukakis, docent och bröstcanceronkolog vid Onkologiska kliniken på Radiumhemmet, Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm talade om den successivt förbättrade överlevnaden vid spridd bröstcancer. Någon ökad överlevnad i spridd bröstcancer är dock inte uppenbar i äldre populationsbaserade studier. Theodoros och medarbetare har publicerat ett arbete i BrCanRes Treat 2011 i ämnet. Fem års överlevnad i metastatisk bröstcancer från primärdiagnosen var 11,4% 1979-1984 och 15,2% år 2000-2004. Medianöverlevnad i spridd bröstcancer räknad från primärdiagnos var åren 1979-1984 42,6 månader och 70 månader åren 2000-2004. Den förbättrade överlevnaden begränsas dock till yngre patienter med spridd bröstcancer. Orsakerna till förbättringen är fler, nya läkemedel, bättre diagnostik och kunskapen om hur viktigt det är att biopsiera metastaser. Biopsi av metastaser ändrar behandlingsvalet hos en av sju patienter. Nya studier/uppdateringar är viktiga för att visa om trenden till förbättring fortsätter.

LEVA MED SPRIDD BRÖSTCANCER

Tina Bondesson, onkologisjuksköterska vid Onkologiska kliniken på Södersjukhuset, Karolinska Universitetssjukhuset

i Stockholm beskrev hur det är att leva med spridd sjukdom. Att få diagnosen spridd bröstcancer förändrar nästan allt i livet. Den leder till sämre fysik, kroppsliga förändringar, grubbleri, sociala svårigheter, psykisk påverkan och oftast också ekonomiska svårigheter. Vad kan man göra för att underlätta tillvaron för en patient med generaliserad bröstcancer? Kontaktsjuksköterskans roll kan inte nog betonas i denna situation. Viktigt är också att introducera palliativ vård i ett tidigt skede.

PROGNOSTIK OCH PREDIKTION

Mårten Fernö, professor vid Onkologiska kliniken på Skånes Universitetssjukhus sorterade upp begreppen prognostik och prediktion på ett mycket pedagogiskt sätt. Prognostiska faktorer beskriver risken för återfall och informerar oss om vilka patienter som behöver/inte behöver en viss behandling efter den primära operationen. Prediktiva faktorer hjälper oss att välja rätt behandling för respektive patient. Prognostiska faktorer undersöks i en systemiskt obehandlad kohort av patienter. För att komplicera saken, när man t ex använder ett instrument som Oncotype DX för att bedöma återfallsrisk (recurrence score=RS) skall man vara medveten om att RS är en prognostisk faktor förutsatt att tamoxifen givits och att RS är en prediktiv faktor för effekt av kemoterapi förutsatt att tamoxifen givits. För att förfinas behandlingen av bröstcancer behövs dock en bättre biomarkör med starkare prognostik och prediktion och som också är mer reproducerbar. Dessutom bör den vara billigare och det bör gå snabbt att analysera den. Förhoppning har funnits att microarray gene expression skulle kunna ersätta de gamla prognostiska variablerna men så har det inte blivit även om denna teknik utgör ett viktigt prognostiskt redskap.

De två sista föreläsningarna om nya markörer hann jag tyvärr ej bevaka. Sammanfattningsvis var mötet mycket stimulerande och viktigt. Jag är övertygad om att ett möte av denna typ gagnar patienterna med bröstcancer och att det leder på sikt till en mer enhetlig behandling av bröstcancer i Sverige.

ELISABET LIDBRINK, ÖVERLÄKARE, RADIUMHEMMET, KAROLINSKA UNIVERSITETSSJUKHUSET, ELISABET.LIDBRINK@KAROLINSKA.SE

