

••• bröstcancer



Kicki Waller SYMPOSIET



Fullmatat symposium i Åre när det äntligen gick **att ses**



Efter att Kicki Wallers bröstcancersymposium varit inställt under 2020 och 2021 på grund av Covid 19-pandemin var det extra kul att återigen kunna ses live i Åre. Årets möte var uppdelat i fem teman:

- 1) Kirurgi och strålbehandling av axillen – utveckling,
- 2) Patientinformation,
- 3) Bröstcancervård för äldre kvinnor,
- 4) Fjärrmetastaserad sjukdom och
- 5) Bilddiagnostik.

Mötet inleddes med avtackning av tidigare ordförande Catharina Ihre Lundgren och programansvarig Irma Fredriksson samt presentation av ny ordförande som är Helena Ikonomidis-Sackey och ny programansvarig som är Jana de Boniface.

Jana de Boniface, kirurgkliniken, Capio S:t Görans Sjukhus, inledde första temat med senaste nytt gällande axillstaging efter neoadjuvant kemoterapi (NACT). Incidensen för

Full fart i backarna. Längst fram Hanna Fredholm och från vänster Hans Wildiers, Amelia Chiorescu, Jenny Heiman, Cia Ihre Lundgren, Linda Adwall, Helena Ikonomidis Sackey.





Catharina Ihre Lundgren, tidigare ordförande, och programansvariga Irma Fredriksson avtackades under festliga former när mötet inleddes.

lymfödeme efter tre år hos kliniskt lymfkörtelpositiva patienter som genomgått NACT följt av axillarutrymning (ALND) är cirka 60–75 procent. Det är en av flera viktiga anledningar till att det pågår en de-eskalering av kirurgisk axillstaging efter NACT. Enligt kommande nationella riktlinjer 2022 rekommenderas sentinel node biopsi (SNB) med minst tre uttagna lymfkörtlar och dual tracer alternativt Targeted axillary dissection (TAD) hos kliniskt lymfkörtelpositiva patienter (cN1 = högst tre misstänkta metastaser) som konverterar till ycN0 efter NACT. Om SNB eller TAD är negativa utförs ingen ALND. TAD innebär att lymfkörtelmetastasen markeras innan NACT och att den excideras tillsammans med SNB efter NACT. Falsk negativ kvot (FNR) vid TAD är i vissa studier knappt två procent. Om SNB utförs enligt rekommendationen ovan är FNR cirka sju procent, alltså samma nivå som när SNB utförs innan NACT.

Frågan är hur ycN0 ska definieras. Ultraljud av armhålan efter NACT är svårbedömt eftersom fibros och kvarvarande metastas är svåra att särskilja (Negativt Prediktivt Värde 50). Jana de Bonifaces förslag är: åtminstone regress i axillen/brösten, regress av palpationsfynd i axillen (om det fanns). Det är också viktigt att tänka på subtyp eftersom HER2+ och TNBC har störst andel axill-pCR (patologisk komplett remission).

STRÅLBEHANDLING UNDER LUPP

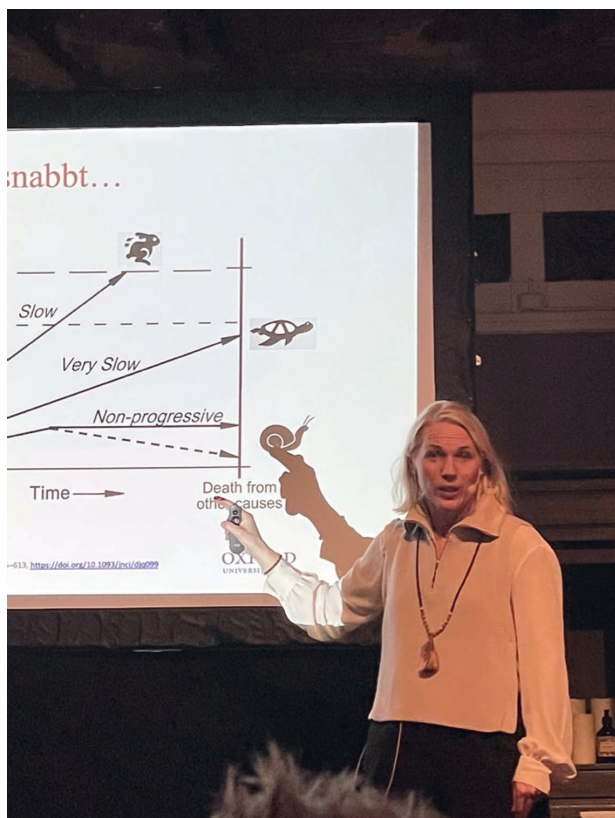
Sara Alkner, Onkologkliniken, Skåne, diskuterade strålbehandling mot axillen: när, var och hur mycket. I strålbe-

handlingsstudier som är utförda efter 1989 ses mindre icke-bröstcancerdödlighet och samtidigt med en liten vinst vad gäller totalöverlevnad.

Modern strålbehandling tar hänsyn till riskorgan när target definieras vilket tillsammans med strålbehandlingsteknik som till exempel VMAT, tomoterapi och protoner minimerar doser till känslig normalvävnad. På några år har vi gått från 50 Gy på 25 fraktioner till dagens 2,67 Gy till 40 Gy mot såväl bröst som regionala körtelstationer. Åldersboost till personer < 50 år kan ges integrerat. Under pandemin har strålbehandling lokalt mot bröst eller thorax givits enligt Fast Forward-studien, med 5,2 Gy till 26 Gy.

Med dagens förbättrade diagnostik och behandling av tidig bröstcancer kan man fundera på om strålbehandlingen ger samma vinst som tidigare. Om vi riktar blicken internationellt har man börjat deeskalera strålbehandling mot regionala körtelstationer om patienten är axillarutrymd eller har ett begränsat körtelengagemang i sentinel node. Så frågan man kan ställa sig är om axillen ska strålbehandlas över huvud taget. Studier pågår och i Sverige, Norge och Finland kommer en studie att starta 2023, T-REX (Tailored regional radiotherapy), där 1 800 patienter med T1-2 cN0 med 1–2 makrometastaser (SNB) ska randomiseras till att få eller avstå strålbehandling mot körtelstationer beroende på ARTIC-nivå (Adjuvant Radiotherapy Intensification Classifier). ARTIC är ett verktyg som klassificerar grad av nytta med strålbehandling utifrån genprofil och ålder.

Det första temat avslutades av Helena Ikonomidis-Sackey, kirurgkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, som



Sophia Zackrisson, radiolog från Skåne, framtidsspanande gällande mammografiscreening. Hon tog bland annat upp att täta bröst gör det svårare att detektera bröstcancer med mammografi.

redogjorde för vad axillkirurgi innebär för patienten. Incidensen av lymfödem är fyra gånger vanligare efter ALND jämfört med SNB. Men även efter SNB förekommer en betydande armmorbidity. Armsvullnad uppstår hos cirka fem procent av patienterna efter SNB och 20 procent efter ALND. Motsvarande siffror för känselnedsättning är 10 procent respektive 30 procent, inskränkt rörlighet i axelleden 10 procent respektive 20 procent och värk 30 procent respektive 50 procent. Helena Ikonomidis-Sackey berättade också att lymfödem inte verkar ge nedsatt livskvalitet, men att nedsatt rörlighet gör det. Patienter med värk/nedsatt rörlighet i axelleden har en 2,5 gånger ökad risk att inte återgå till tidigare arbetsgrad. Vi behöver således ha fokus på ökad rörlighet för alla patienter som genomgått axillkirurgi. Sannolikt behöver många fler patienter än vi tror hjälp med rörelseträning/sjukgymnastik även efter SNB.

UPPSKATTAT PATIENTFALL

Som tidigare är patientberättelsen ett viktigt och uppskattat inslag på mötet. Denna gång fick vi höra om erfarenheter av att genomgå en bilateral profylaktisk mastektomi vid bröstcancer. Tips för att skapa mindre oro och ångest i situationen är att patienten vågar lita på professionen och inte använda internet för att söka information. Detta förutsätter att informationen från vårdgivaren är tidig och tydlig samt att väntan i vårdkedjan inte är för lång. Bemötande och empati hos vårdpersonalen beskrevs som centralt. Att ha kvar sin identitet i det normala och inte identifiera sig som cancerpatient bör uppmuntras.



Hans Wildiers, professor i onkologi i Leuven, Belgien, höll årets mycket uppskattade Kicki Waller Memorial Lecture.

Därefter fick vi information från Bröstcancerförbundets generalsekreterare, Marit Jensen. Bröstcancerreporten för 2021, som görs i samråd med expertis, har titeln: Rätten till rekonstruktion – ett postkodslotteri? Det finns ojämlikhet vad gäller till exempel information om både tidig och sen rekonstruktion samt hur patienterna upplever sig delaktiga i beslutet. Ett av föreningens mål är att alla ska få samma information, oavsett bostadsort och ålder. Professionen anger att detta diskuteras oftare nu än tidigare så vi hoppas att vi är på väg åt rätt håll. Auditoriet föreslår att kontraindikationer till direkt/sen rekonstruktion identifieras och förtydligas.

Axel Frisell, Dermavenerologi-kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, disputerade 2020 med en avhandling om orsakerna till skillnaderna i frekvens av bröstbevarande kirurgi (BCS) och omedelbar rekonstruktion (IBR) och effekt av strålbehandling på implantat. Utifrån sin avhandling presenterade Axel Frisell patientinformation vid mastektomi, bröstbevarande kirurgi och rekonstruktion. Det fanns 2013 signifikanta skillnader av preoperativ information och delaktighet mellan de olika sjukvårdsregionerna, vilket resulterade i olika sannolikhet att genomgå IBR. Även patienter med låg tumörbörda fick inte information om BCS och IBR. Studien visade även att högre socioekonomisk status resulterade i en högre frekvens av både IBR och BCS.

Min vårdplan vid bröstcancerbehandling presenterades av Cecilia Nilsson som är onkolog i Västerås. Redan 2009 startade arbetet att förbättra information och kommunikation mellan patient och vårdare genom den Nationella can-



Jana de Boniface, kirurgkliniken, Capio S:t Görans Sjukhus, presenterade postoperativa komplikationer och risk för död hos äldre patienter utifrån data från NKBC (Nationellt Kvalitetsregister för BröstCancer) 2008–2017.

cerstrategin. Slutrapporten kom 2013. Idag har RCC i samverkan givit ut ”Min vårdplan” i digital form. Vårdplanen startas upp på kirurgkliniken och kontaktsköterskan är ansvarig ”behandlare”. Hen är ansvarig för kommunikationen i den meddelandefunktion som finns. Inga akuta ärenden ska skickas in av patienten. Det finns många olika moduler i databasen men för den enskilda patienten startas bara de som är aktuella. Där kan patienten hitta till exempel information om specifik utredning, behandling med länkar till patientinformation från nationella regimbiblioteket samt tips för egenvård. Långt ifrån alla kliniker använder vårdplanen idag men förhoppningen är att fler ser nyttan med densamma. Vårdplanen finns på 1177.

INSPIRERANDE MEMORIAL LECTURE

Veckans Kicki Waller Memorial Lecture hölls av Hans Wildiers, professor i onkologi i Leuven, Belgien, vilket också inledde det tredje temat. Hans forskning är fokuserad på bröstcancer och geriatrisk onkologi. En fantastisk och inspirerande föreläsning där vi nog var många som började fundera hur vi själva skulle ta med oss detta till vår egen klinik.

Då livslängden ökar konstant i världen och cancer samtidigt är den gamle individens sjukdom kommer, enligt beräkningar, mer än hälften av individer över 65 år ha eller ha haft cancer 2035. Hur ska vi tolka studieresultaten då många studier traditionellt tidigare har uteslutit patienter över 65 år och inte representerar real world data (RWD). Hur mäts skörhet hos en individ för att beräkna förväntad överlevnad?

Ett franskt välanvänt geriatriskt screeningverktyg, G8, presenterades där man, genom att svara på åtta frågor, kan få en uppskattning av detta på två minuter. Om individen skattas G8 14 p eller lägre (av 17 p möjliga), vilket inkluderar 60–70 procent av den äldre populationen, signalerar detta skörhet och bör föranleda en geriatrisk bedömning inför behandlingsbeslut. Professor Wildiers föreslår att man har utvalda individer på den onkologiska kliniken med kompetensen i stället för att konsultera geriatriker, då de oftast inte har den onkologiska kunskapen.

Utifrån den egna kliniken förutsättningar kan man till exempel ha en geriatrisk onkologisk enhet, konsultationsteam på avdelningen eller försöka implementera tankesättet på kliniken. Med detta arbetssätt kan multipla problemom-

råden identifieras hos patienten, som kan påverka behandlingsval.

Man kan få prognostisk information och ett prediktivt värde för morbiditet, QoL och risk för toxicitet. Det ger även förbättrad kommunikation med patienten och gör det lättare att identifiera interventioner för att öka QoL. I Leuven är G8 integrerad i journalen. Målet är att gå från sjukdomscentrerad vård till patientcentrerat förhållningssätt.

Att värdera över- och underbehandling är ännu viktigare hos de äldre jämfört med yngre individer. Minskad absorption från magtarm-kanalen leder till sämre effekt av peroral behandling samtidigt som den äldres kropp oftast har lägre vatteninnehåll och riskerar att få högre serumkoncentrationer av läkemedel. Till detta kommer den sjunkande levermetabolismen och renala utsöndringen. Det är således viktigt att dosera läkemedel utifrån denna kunskap och behov av dosjustering är ofta mer regel än undantag hos äldre/skörare där klassiska primära utfallsmått inte alltid är lika viktiga som till exempel QoL.

Att integrera geriatriska bedömningsverktyg i vården får därför ses som centralt.

Generellt kan sägas att utfallet vid bröstcancer hos äldre är sämre där tänkbara faktorer kan vara annan biologi, senare diagnos och underbehandling. Äldre kvinnor får mindre kirurgi, strålbehandling och cytostatika – på gott och ont – vilket försämrar prognosen. Även hos äldre bör behandling väljas utifrån tumörstadium, biologi, patientens önskemål och samsjuklighet (där geriatrisk bedömning ingår). Behandling av äldre ger mer sjukhusinläggning och ökad mortalitet där den geriatriska bedömningen blir central.

Pigga individer tål oftast standardbehandling, möjligen med reducerad dos. Även om trastuzumab ska ges tillsammans med cytostatika kanske det är bättre att till en skör Her2-positiv patient ge trastuzumab utan cytostatika än inte alls. Som slutkommentar varnade professor Wildiers både för underbehandling och överbehandling. Behandlingsbeslut skall baseras på prognostisk information om tumören, förväntad livslängd och patientens önskemål – inte kronologisk ålder.

ÅLDER OCH ÖKADE RISKER

Irma Fredriksson, kirurgkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, fortsatte tema tre med att presentera data från en stor populationsbaserad studie om långtidsprognos utifrån ålder och subtyp. Studien ingår i Amelia Chiorescus (samma klinik) avhandling och visar en ökad risk att dö i bröstcancer vid högre ålder trots justering för mer avancerat stadium vid diagnos, mindre intensiv behandling, socioekonomiska faktorer och komorbiditet. Störst skillnad sågs hos patienter med Her2+ bröstcancer. Äldre kvinnor med trippelnegativ och Her2+ bröstcancer hade en högre absolut femårsrisk att dö av sin bröstcancer än att dö av alla andra orsaker.

Nästa föreläsare på samma tema var Helena Ikonomidis-Sackey, som rapporterade en genomgång av litteraturen gällande bröstrekonstruktion hos äldre. Data visar ingen skillnad vad gäller 30-dagars komplikationer mellan yngre och äldre patienter som genomgår rekonstruktion. Möjligen kan

det bero på patientselektion utifrån komorbiditet, men bröstrekonstruktion får anses säkert även hos äldre vid lämpligt val av patienter utifrån riskfaktorer precis som hos yngre patienter.

Jana de Boniface presenterade sedan postoperativa komplikationer och risk för död hos äldre patienter utifrån data från NKBC (Nationellt Kvalitetsregister för BröstCancer) 2008–2017 (> 30 000 patienter). Ålder var inte en riskfaktor för kirurgiska komplikationer, men för medicinska komplikationer. Däremot var mastektomi associerat med 68 procent högre risk för kirurgisk komplikation jämfört med BCS. Även ALND var associerat med högre risk för kirurgisk komplikation. Jana de Boniface kunde också visa att patienter som genomgått mastektomi och drabbats av en kirurgisk komplikation hade större risk för både död oavsett orsak och bröstcancerdöd. Två frågor väcktes: Är mastektomi utifrån detta ett adekvat val till äldre om BCS är möjlig? Varför utför vi mer omfattande kirurgi hos äldre som är skörast om det ökar risken för komplikationer?

Onkologisk behandling av äldre ur ett svenskt perspektiv var temat för Johan Ahlgren, onkolog och verksamhetschef på RCC Mellansverige. 20 procent av all bröstcancer drabbas kvinnor >75 år. Längre överlevnad med metastatisk sjukdom kan vara en av anledningarna till att 50 procent av bröstcancerdödligheten drabbas kvinnor >75 år. Detta kan spegla bra behandling och att patienten har levt länge med sin sjukdom.

Ett av målen med både kurativ och palliativ behandling är att förlänga liv där man vid tidig sjukdom vill förhindra symptom och vid palliativ situation minska uppkomna symptom och öka QoL. Liksom professor Wildiers pekade även Johan på att det inte är den kronologiska åldern vi ska fokusera på. I Sverige ser vi att färre får cytostatika och strålbehandling om äldre ålder vid diagnos.

Äldre har ofta mer avancerad sjukdom (T2-tumörer dominerar och mer N+), vilket inte är så kontroversiellt eftersom kvinnor >75 år står utanför mammografiscreeningen. Under Covid 19-pandemin har man sett minskad incidens av bröstcancer som är tydligast hos äldre men framför allt ses minskad screeningdetekterad bröstcancer.

SPRIDD SJUKDOM I FOKUS

Tema 4 var metastaserad sjukdom där Barbro Linderholm, onkolog i Göteborg, pratade om oligometastatisk sjukdom. Begreppet definieras ofta som ett fåtal metastaser av begränsad storlek som är mellan kurabel och disseminerad sjukdom. ESO-ESMOs (ABC) definition är bröstcancer i ett solitärt organ eller upp till fem metastaser, inte nödvändigtvis i samma organ. Den behandlas som metastaserad sjukdom idag. Stereotaktisk strålbehandling har givits mot till exempel hjärnmetastaser med förlängd överlevnad i den strålbehandlade gruppen. Taormina är en internationell studie med huvudsäte i Göteborg, som startas upp i år. Det är en prövarinitierad Fas 3-studie där patienter med nyupptäckt oligometastaserad sjukdom randomiseras till stereotaktisk strålbehandling eller enbart medicinsk behandling. Samtliga metastaser måste vara åtkomliga för strålbehandling. Förekomst av hjärnmetastaser är ett exklusionskrite-

rium. Man kommer förutom till exempel OS, PFS och QoL även att studera bland annat DNA från cirkulerande tumörceller och immunmarkörer i blod.

Därefter presenterade Oskar Hemmingsson, som arbetar som leverkirurg i Umeå, en randomiserad studie, BRECLIM2, där nyttan av kirurgi eller annan riktad lokalbehandling mot oligometastaserad bröstcancer studeras och jämförs med enbart medicinsk behandling. Enstaka individer med levermetastaser opereras, men ingen randomiserad studie har gjorts för att studera nyttan av detta. I en meta-analys på ett svenskt material har man sett en tydlig överlevnadsvinst men den bygger på retrospektiva data och selekterade fall. I BRECLIM2-studien planeras 200 individer inkluderas under en 10-årsperiod. Studien öppnades i 2020 men stannade av lite under Covid 19-pandemin men har nu kommit igång på flera sites i Sverige och en dryg handfull patienter är inkluderade. Något som påtalades under presentationen är vikten av biopsi av metastasen inför behandlingsval. Något som kanske kan kännas självklart för oss onkologer men inte för leverkirurgen. De individer som randomiseras till lokalbehandling får även systemisk behandling.

Som en del av tema fyra gav oss Lotta Wadsten, kirurkliniken, länssjukhuset i Sundsvall, svar på frågor angående lokal/regional kirurgi vid metastaserad sjukdom. Ungefär tre procent (cirka 250 patienter/år i Sverige) har stadium 4 vid bröstcancerdiagnos. Utifrån de studier som finns var konsensus på San Antoni 2021 att det inte lönar sig att operera primärtumören vid fjärrmetastas. Det finns en viss vinst i lokalkontroll, men det gav inte bättre livskvalitet. Det finns inte heller någon vinst att rekommendera kirurgi av metastaser i fossa supra clavicularis. Däremot visade en studie från Md Andersen signifikant bättre totalöverlevnad vid strållbehandling med boost 60Gy vs < 60Gy.

BEHÖVS DEFINITIONER

Antonis Valachis, onkolog i Örebro, pratade om långtidsöverlevnad hos patienter med metastatisk bröstcancer. Termen ”exceptional responders”(ER) kan definieras som god respons på onkologisk behandling som inte brukar vara så effektiv för de flesta. För att kunna studera ER som grupp och inte som enstaka fallbeskrivningar behövs en tydlig definition där ett förslag lades fram 2014 där ER definieras som när en patient får komplett eller partiell respons över sex månader med en behandling där detta normalt gäller < tio procent av patienterna. Alternativt har patienten en komplett eller partiell respons som kvarstår minst tre gånger längre än förväntad medianrespons. Ytterligare definition kan vara komplett respons i minst 12 månader vilket jämförs med ”rapid progressors”(RP), vilket ingår som delstudie i AURORA-studien. RP definieras här som progress inom tre månader. En biologisk förklaring kan vara till exempel genetiska förändringar som leder till ökad känslighet mot ett visst läkemedel eller att sjukdomen i sig är indolent. Forskning på ER kan leda till att nya prediktiva biomarkörer eller prognostiska fenotyper av sjukdomen identifieras. Det skulle också innebära ett steg framåt i precisionsmedicinen. Dr Valachis driver en nationell retrospektiv multi-

center-cohort-studie där man tittar på responser vid metastaserad Her2-positiv bröstcancer som fått Her2-blockad i första linjen mellan 2008-2016. Hittills har cirka 200 individer samlats in och man har där hittat 28 ER och 17 RP. Sammanfattningsvis konkluderas att en tydlig definition är viktig. Huruvida dessa patienter ska anses botade är svårt att svara på.

Antonis fortsatte därefter att prata om huruvida tidig diagnos av fjärrmetastaser påverkar överlevnaden eller ej. Gamla studier har inte visat någon skillnad i överlevnad om blodprover eller röntgen görs som aktiv uppföljning av tidig bröstcancer. Inte heller de flesta nya studier visar någon skillnad i överlevnad. Kan man då skada patienten med uppföljning? Risken för en sekundär malignitet som följd av hög stråldos riskerar att öka med antalet modaliteter som används och sjunkande ålder hos patienterna. Det finns idag ingen evidens om att strategin ska ändras, men det är viktigt att patienterna är välinformerade och medvetna om risken för recidiv så att de söker för nyttillkomna symtom. Vid regelbunden undersökning av symptomfria patienter för att hitta recidiv kommer de flesta att vara invändningsfria. Skapar vi då en undanträngingsmodell av sjukvårdens resurser? Studier pågår för att se om ctDNA kan vara av värde vid uppföljning. Metastasregister upplevs angeläget och vi är många som slår ett slag för Individuell patientöversikt, IPO, för att kunna studera detta på ett nationellt plan.

SCREENINGEN I FRAMTIDEN

Sophia Zackrisson, radiolog i Skåne framtidsspanade om framtidens mammografiscreening. Täta bröst innebär att det är svårare att detektera en bröstcancer med mammografi, men även en cirka fyra gånger ökad risk för bröstcancer jämfört med ett fettomvandlat bröst. Jämfört med ett ”normaltätt” bröst, som gäller cirka 80 procent av kvinnorna, är riskökningen cirka 1,5 gånger. Screening bidrar till lägre dödlighet i bröstcancer men det är viktigt med kontinuerlig kvalitetskontroll. I framtiden hoppas vi på en screening där vi kanske individualiserar screeningen utifrån till exempel brösttätthet. I en studie från Malmö fann man fler tumörer med digital tomosyntes, vilket är en metod som kommer mer och mer. Man fann även att staldosen var lägre, färre intervallcancer hittades och tryck-kraften i själva undersökningen var lägre. Tomosyntes medförde också att fler återkallades för fortsatt utredning. Undersökningen är dock mer resurskrävande då det tar längre tid att granska bilderna. Kan man använda AI för att granska bilderna, i stället för att ha en ”andra-granskare”? Andra metoder som till exempel kontrastförstärkt mammografi presenterades. MRT kan eventuellt användas vid täta bröst, där fler och fler kvinnor vill veta sin brösttätthet. Socialstyrelsen ska hösten 2022 göra en översyn över bröstscreening.

Sophia och Fredrik Strand, radiolog, Karolinska Universitetssjukhuset diskuterade behandlingsutvärdering under neoadjuvant terapi där det inte finns jättetydliga riktlinjer, men rekommendationen är radiologi före start av behandling, inför kur tre och inför operation. Metod för utvärdering rekommenderas ofta av radiolog. Utbredning och extent, såväl före start av behandling som före operation, är

viktig information som erhålls. Tidig responsutvärdering gör att vi kan hitta non-responders och ändra behandling och/eller strategi. Före start av behandling indikeras området med någon typ av markör så att tumören kan indikeras inför operation om palpationsfyndet försvunnit och patologen kan identifiera var tumören suttit, i händelse av pCR. MR anses som den bästa metoden idag men vid en enstaka solid tumör är mammografi lika bra.

Henrik Lindman, onkolog i Uppsala, pratade om PET-DT och dess roll i bröstcancervården. En PET-DT kostar dubbelt så mycket som en ”vanlig” DT men ger en ökad sensitivitet och kan visualisera olika egenskaper hos en tumör, till exempel metabolism. Metoden används ganska sällan vid bröstcancer, jämfört med andra cancerformer. Tumörer mindre än en cm är svåra att värdera, liksom lågmetabola tumörer, till exempel lobulär bröstcancer. PET riktat mot molekyler, till exempel ER eller Her2-receptorn, studeras där man kan se en skillnad i upptag mellan olika tumörer och subtyper. Metaanalys av 21 studier där man tittat på den prognostiska nyttan vid utvärdering visar på nytta vid responsutvärdering vid preoperativ behandling men inget värde inför kirurgi vid tidig sjukdom. Affibody är ett litet protein med affinitet till en specifik domän på en specifik receptor, som är laddad med en radioaktiv nukleid, till exempel Gallium. I Affibody3-studien (Her2-positiv bröstcancer) studeras värdet av att använda Affibody-PET i responsutvärdering vid såväl preoperativ behandling som vid behandling av metastaserad sjukdom. Resultaten hittills är både lovande och spännande.

INDIKATIONER FÖR MRT

Anders Karlsson, röntgenkliniken, Capio S:t Görans Sjukhus, fortsatte tema fyra med att gå igenom indikationer för MRT bröst. 1) preoperativt (lobulär bröstcancer, DCIS grad

II-III, vid storleksdiskrepans, Mb Paget) 2) Utvärdering av NACT 3) Problemlösning (okänd primärtumör, mamillsekretion, svårighet att bedöma ärr/recidiv) 4) Screening av mutationsbärare/högriskpatienter. Därefter presenterade Staffan Eriksson, kirurgkliniken, Västerås, POMB-studien som var en del i Virginia Gonzalez, plastikkirurg, Art Clinic-avhandling som hon försvarade i september 2021. POMB-studien är en prospektiv, randomiserad multicenterstudie som undersökte huruvida utredning med preoperativ MRT bröst påverkar valet av kirurgi och antalet reoperationer. Författarnas konklusion är att MRT bröst leder till tre gånger lägre reoperationsfrekvens utan ökning av antalet mastektomier. Data från tioårsuppföljningen presenterades också, det fanns en trend till förbättrad sjukdomsfri överlevnad i en subgruppsanalys (stadium I-III, HR 1,585, P= 0,057).

Mötet avslutades med en Oxford-debatt med frågeställningen ”Är det dags att sluta med MRT bröst för nydiagnostiserad bröstcancer?” Irma Fredriksson debatterade pro och Fredrik Strand kontra. 13 procent av deltagarna röstade ja och 23 procent röstade för att MRT-användningen borde minska innan debatten. Efter debatten röstade 17 procent ja och 30 procent för att MRT-användningen borde minska. Irma Fredriksson lyckades alltså få ett antal deltagare att ändra åsikt i frågan efter en intressant genomgång av litteraturen. Konklusionen var att ur en klinikers synvinkel leder MRT till fler/onödiga mastektomier, minskar inte risken för lokalrecidiv och förbättrar inte överlevnaden. Eventuellt minskar MRT risken för reoperation, men det är naturligt om fler mastektomier utförs. Fredrik Strand konkluderade att MRT ska ingå i rutindiagnostiken, det är inte visat att MRT sänker mortaliteten, men det är heller inget absolut krav att ha på diagnostik. Det är radiologen som avgör när utredningen behöver kompletteras med MRT.

ANNE ANDERSSON, ONKOLOG,
NORRLANDS UNIVERSITETSSJUKHUS, UMEÅ,
ANNE.ANDERSSON@UMU.SE



LINDA ADWALL, BITRÄDANDE ÖVERLÄKARE
VID KIRURGIKLINIKEN, SÖDERSJUKHUSET, STOCKHOLM,
OCH DOKTORAND VID UPPSALA UNIVERSITET
LINDA.ADWALL@REGIONSTOCKHOLM.SE



Tack Äre för i år! Hanna Fredholm, Helena Ikonomidis Sackey, Jenny Heiman och Amelia Chiorescu var mer än nöjda med symposiet 2022 då det äntligen gick att ses igen.

