

Regiondagen för bröstcancer

Den 20 oktober 2015 inbjöd Regionalt CancerCentrum Stockholm Gotland till en informationsdag om bröstcancer och de som satt i bänkarna var i första hand personal från primärvården. Ett mycket vällovligt initiativ – den basala sjukvården behöver ju också veta vad som är på gång inom denna cancerform, speciellt som den i den nya organisationen förväntas ta över en hel del uppgifter från Bröstcentra. Här är några axplock från en fullmatad dag.

... om den nya organisation från 1 januari 2016

Marianne Iristo, läkare RCC och Södersjukhuset, men senare även *Tina Bondesson*, sjuksköterska RCC och *Aina Johnsson*, kurator Södersjukhuset, talade från olika vinklar om vad som planeras för framtiden - men formella beslut är inte fattade än!

Bakgrunden till den nya organisationen är att Stockholm växer och därmed ökar också behovet av sjukvård. Antalet bröstcancerfall ökar också relativt sett. Det glädjande faktum att nya läkemedel och behandlingsmetoder gör att allt fler botas eller överlever längre vid spridd cancer drar dock med sig något negativt, nämligen att även bröstcancervården tvingas prioritera. Fördelningen av resurserna görs ju av politiker utifrån tillgängliga medel (= våra skattepengar), vilket gör att sjukvårdspersonal måste försöka göra det bästa av en ansträngd situation.

Grundläggande tanke bakom den nya organisationen är att vården ska ha lika hög kvalitet och tillgänglighet över länet. Var man bor ska inte spela roll för vilken vård man erbjuds. Det ska också bli bättre eftersom patientens väg genom alla behandlingar organiseras så att den blir kortare och effektivare. En sammanhållen vård från screening till avslutande uppföljning är målet. Som patient ska man inte längre riskera att hamna mellan två stolar, eller tvingas sitta på ett stort antal stolar under resans gång.

En ambition är också att patienten ska bli mer delaktig i de beslut som fattas kring den egna behandlingen – men detta kräver att man som patient både vill, kan, törs och framför allt får ta plats i teamet. En konsekvens av individens viktigare roll är denna ska ha en egen individuell vårdplan som omfattar allt från diagnos till och med rehabilitering. Vårdplanen ska dessutom uppdateras, och för att den ska vara tillgänglig för både vårdpersonal och patient behöver den finnas digitalt. Kontaktsjuksköterskan är den i teamet som man tänker sig ska ansvara för vårdplanen och hen ska också finnas med under hela behandlingsperioden.

När all behandling är avslutad återstår en viktig fas, nämligen rehabiliteringen. I och med att patienten förs över tidigare till primärvården, så är det också läkaren där som kommer att sjukskriva. Man ska då hålla i minnet att Försäkringskassan bedömer rätten till sjukersättning utifrån förmågan att arbeta, vilket inte alltid är detsamma som hur sjuk man är. Detta kan göra att sjukskrivningar kan behöva motiveras bättre, t ex om man har andra sjukdomar som påverkar, eller om man haft en besvärlig behandling som kanske också resulterat i långvariga bekymmer som lymfödem. Aina påpekade också en viktig faktor, nämligen att arbetsgivaren ska vara en aktiv del i rehabiliteringsplanen. Nya arbetskamrater

och en omorganiserad verksamhet på ens gamla arbetsplats kan göra uppförsbacken betydligt brantare, och uppförsbacke är det när man ska börja arbeta igen.

Jaha, tankarna och ambitionerna kan vara bra och riktiga, men hur blir det när den krassa verkligheten gör sig påmind? Finns det inte kontaktsjuksköterskor i tillräcklig mängd och som stannar kvar på arbetsplatsen, så faller ju hela idén. Amazona har framfört en hel del synpunkter, men som Maria skrivit tidigare är det inte alltid så lätt att göra vår stämma hörd. Givetvis tycker vi alla att våra svårare sjuka medsystrar ska prioriteras, men för den skull ska man inte själv behöva bli satt på undantag. Vi får väl se vad som händer. Allt nytt brukar ju ha en inkörningsperiod, vilket också borde gälla den nya organisationen. Då kan man bara hoppas att det gamla talesättet *inte* gäller – Man måste vara frisk för att orka vara sjuk!

... om diagnostik

Karin Leifland, radiolog på Södersjukhuset talade om mammografi och andra diagnosmetoder och började med de riktlinjer som gäller.

Bröstcancer är extremt ovanligt hos personer som är under 25 år. Antalet ökar något när kvinnan börjar nämna sig 30 år men ligger fortfarande på promillenivå. Dessa personer undersöks inte med mammografi, utan med ultraljud. Landstinget kallar alla kvinnor mellan 40 och 74 år till mammografiscreening, en metod som visat sig sänka dödstalen med 45%. Och, en utökning till vartannat år (istället för med 18 månaders mellanrum) för kvinnor mellan 40 och 49 år sades med hänvisning till en Göteborgsundersökning inte påverka dödlighetstalen. Som förening sätter vi nog frågetecken liksom till förlängningen av intervallet för unga kvinnor och varför man inte kallar personer över 74 år. Bröstcancerriksen har definitivt inte upphört för att man fyllt 74 år. Likaså krävs bättre insatser för unga kvinnor med täta bröst.

Det är viktigt att gå på mammografi när man får en kallelse. Rädd för strålningen behöver man inte vara. Den strålning man får motsvarar vad man får under en flygresa över Atlanten, och är mindre än 1/20-del av den naturliga bakgrundsstrålningen vi alla får i Sverige.

Bröst kan indelas i fyra täthetsklasser utifrån fördelningen mellan fettvävnad och körtelvävnad. Ju fler körtlar, desto tätare bröst. Och ju äldre man blir, desto mer fettvävnad. Täta bröst är ett bekymmer, sa Karin. 10-15% av faktiska tumörer upptäcks inte genom enbart mammografiundersökningen. Man måste därför komplettera med ultraljud, vilket dock inte ersätter mammografi. Så, du som räknar dig som ”yngre” läs uppmaningen som återkommer i nästan varje nummer av Amazonabladet!

Tomosyntes är en relativt ny metod som kan kopplas till mammografiapparaten, och som bara förlänger undersökningen med några sekunder. Tomosyntes innebär att man får 16-25 bilder tagna i sekvens och bröstbilden serverad i skivor. Det tar lite längre tid att granska bilderna, men man hittar ca 40% fler cancerfall samt sk in-situ cancrar (ett tidigt utvecklingsstadium av tumören). Antagligen kommer metoden som komplement, men innan man vet säkert att dödligheten minskar, så fattas inga beslut om generell användning.

Spektralmammografi innebär att ett kontrastmedel injiceras, och detta förstärker bilden av tumören. Metoden tar dock 15 min extra, och beslut om generell användning saknas.

ABUS, 3D automatiskt ultraljud kan genomföras av en sjuksköterska, men bilderna måste granskas av en läkare. Har man mer än 50% täthet i sina bröst, kan detta vara ett komplement till mammografi. I en studie upptäckte man 57% fler cancerfall. Nackdelen är att undersökningen tar tid. 20 minuter att undersöka och 10 min att granska. Det innebär att det inte fungerar som en screening-metod där man behöver räkna med att klara 12 patienter per timme. Det finns heller ingen evidens att metoden sänker dödligheten.

MR är inte en röntgenmetod, men är ett bra komplement för personer som har täta bröst. Man hittar förändringar men kan inte definiera vad det är, vilket innebär fler operationer av kvinnor med godartade tumörer. Metoden kräver stor erfarenhet, tar tid och är dyrbar, men kan – förutom vid täta bröst - vara bra för kvinnor med ärftlighetsgenerna BRCA 1 och BRCA2. För dessa sänks dödligheten rejält, och kan också ge uppslag till en bättre behandling.

Min egen fråga till Karin var: varför talar man i cancersammanhang bara om en metods påverkan på dödlighetstalen? Att upptäcka cancer så tidigt som möjligt bör ju rimligen vara väsentligt rent samhällsekonomiskt och dessutom bespara den enskilde personligt lidande. Möjligheten att bli botad ökar och man undviker att behöva ta till ”storsläggan” i behandlingen. Det svar jag fick var att dödlighet var ett väldefinierat mått, och det är enbart cancer med fjärrmetastaser som orsakar död. Har man bara cancer i bröstet kan man ju även dö av andra orsaker såsom bilolyckor, hjärtinfarkter, mm

... om klassificering av tumörer

Tommy Fornander, läkare och Johan Hartman, forskare, båda från Karolinska i Solna pratade om biologisk karaktäristik, vilket innebär en grund att utifrån tumörens utseende bedöma vilken behandling en enskild patient ska erbjudas. En samlad bild av tumörens storlek, hur många lymfkörtlar i armhålan som blivit smittade, östrogen/progesteronkänslighet, överaktiva HER2-receptorer, Elstongrad (hur mycket en tumörcell avviker från en frisk cell), samt delningshastighet har hittills använts som bedömningsgrund. Om tumörer sitter i mjölkgångarna (duktal) eller i körtelvävnaden (lobulär) spelar däremot ingen roll vid valet av behandling.

Prognos innebär en skattning av hur en cancersjukdom avlöper. Ovanstående faktorer spelar roll. Utifrån dagens kunskaper kan eller vill dock inte någon läkare tvärsäkert uttala sig om hur det kommer att gå för en enskild patient! Men, den dag det finns möjlighet att se om tumörceller cirkulerar i blodet och ger risk för metastaser närmar sig med stormsteg.

Några kommentarer om ”skalor”.

- En tumörcell karaktäriseras bl a av hur den delar sig, och anges vanligen i Ki-67 kompletterat med ett procenttal. Ki-67 30% innebär då att 30% av cellerna befann sig i delningsstadium när provet togs. En normal cell delar sig mera sällan. Gränsen för när en tumör klassas som snabbväxande har satts till Ki-värdet 20%.
- Många kvinnor har tumörer med östrogenkänsliga receptorer. Celler i dessa tumörer stimuleras att dela sig av hormonet östrogen. Tumörceller kan på motsvarande sätt

stimuleras till delning av hormonet progesteron, men receptorer för progesteron finns bara om östrogenkänsliga receptorer finns. Inga internationella beslut finns om när en tumör ska klassas som hormonkänslig, men här i Sverige anser man att gränsen går vid 10%.

Nya behandlingsmetoder kommer att kräva bättre diagnostik. Bröstcancertumörer kommer med stor sannolikhet redan inom några år indelas utifrån hur deras gener ser ut, och för att få upp snabbheten i dessa undersökningar behövs både en automatisering och en digitalisering. Utvecklingen på gen-området går i rasande takt, och ett mål är att få fram data om en enskild patients tumörer till den konferens där varje patient avhandlas. Har man bättre data räknar man med att 10-15% av patienterna får en bättre avpassad behandling.

Det finns nu möjlighet att odla tumörceller i ett laboratorium. Poängen med detta är att man då kan testa vilka behandlingar som har effekt och också bästa effekt. På detta sätt skonar man patienten från både onödig behandling och kan minimera biverkningarna. Idag gäller både ”hängslen och livrem”. Behandling sätts in för säkerhets skull trots att man inte tvärsäkert kan säga att behandlingen behövs.

... om förlängd antihormonell behandling

Anna von Wachenfeldt, läkare Södersjukhuset tog bl a upp diskussionerna om förlängd antihormonell behandling. Tamoxifen minskar risken för återfall kraftigt, och dödligheten minskar med 30%. Förlänger man behandlingstiden från 5 till 10 år, minskar återfallsrisken med nästan 4%. Aromatashämmare har visat sig vara bättre än Tamoxifen för kvinnor med hög risk som passerat klimakteriet, men för aromatashämmare visar inga data att det är bra att utöka behandlingstiden med ytterligare 5 år.

Och ja, biverkningarna kan vara besvärliga, så det gäller för läkaren eller sjuksköterskan att motivera patienten. Går det inte med aromatashämmare kan det vara bättre att övergå till Tamoxifen – som dessutom har den stora fördelen att det går att behandla torra slemhinnor med Ovesterin eller Blissel.

Text: Eva Langlet