

# Cancerfondens seminarium om bröstcancer

Fredagen den 15/10 2010 var vi inbjudna till Cancerfondens seminarium om bröstcancer. Konferensen hölls på hotell Scandic Anglais i Stockholm. Ämnena var många och vi redogör här för några av dem.

## Livsstilsfaktorer och bröstcancer

Föreläsare var professor Carlo La Vecchia från Milano. Carlo har med studier påvisat att livsstilsfaktorer spelar stor roll när det gäller vilka som drabbas av bröstcancer. Forskningen pekar på att övervikt och fetma medför en ökad risk för bröstcancer eftersom överviktiga har högre östrogennivå än normalviktiga, vilket ökar risken för cancer. Ju högre övervikt desto större risk.

Även alkoholintag har en påverkan för risken att utveckla bröstcancer. Enligt Carlo svarar alkoholintaget för ca 12 % av all bröstcancer i Italien. Även kolorektalcancer är förknippat med alkohol. I världen diagnostiseras ca 1,4 miljoner nya bröstcancer varje år. Ca 400.000 dör i bröstcancer varje år.

Han talade även om att hormonpreparat och hormonersättningsterapi. HRT-preparat är östrogen med tillägg av gestagen. ERT avser ren östrogenbehandling. HRT-behandling ökar risken för bröstcancer med 35 % vid mer än 5 års användande. När man slutar ta preparaten minskar risken. Rent östrogen är mindre skadligt än HRT-preparat. Han talade även om att man eventuellt kan använda sig av t.ex. Tamoxifen i låg dos som prevention. Det ger effekt flera år efter avslutad behandling. Någon sådan rekommendation finns dock ännu inte men forskning pågår. När det gäller tobak och bröstcancer finns idag inga säkra samband.

Några av hans råd för att kvinnor ska undvika bröstcancer var:

- Undvik övervikt och fetma
- Minska alkoholkonsumtionen
- Minska användandet av hormonpreparat
- Minska på intaget av animaliskt fett
- Öka motionsaktiviteter

## Nyheter från bröstcancerregistret

Kerstin Sandelin, bröstkirurg, informerade oss om det nationella bröstcancerregistret som nu har funnits i två år. Genom registret kan man se att det finns många likheter vid de olika bröstenheterna i Sverige. Man har hög täckningsgrad, god diagnostik och likartad kirurgi på de olika enheterna. När det gäller olikheterna så är det avsaknad av multidisciplinär konferens, ledtider och bröstrekonstruktioner som skiljer sig mellan de olika enheterna.

Syftet med registret är att man vill kunna se möjligheten till bot med bibehållen livskvalitet för patienten. Man tittar på en mängd olika kvalitetsfaktorer. Idag opereras ca 50 % med bröstbevarande kirurgi om man ser över hela Sverige. Ca 6 % får en primär bröstrekonstruktion. I Stockholm är dessa siffror betydligt högre. Nästan 70 % av alla opererar enligt sentinel node metoden. När det gäller patientnöjdhet har man ännu endast haft möjlighet att tillfråga de som opererades 2007 eftersom det ska gå ett år efter operation. De besvär som patienterna beskrev var lymfödem, svaghetskänsla, känselnedsättning och smärta.

## Brist på patologer hotar bröstcancervården

Ulrika Hansson, ordförande i Svensk förening för patologi, informerade oss. En patolog granskar tumörcellerna både innan och efter operationen. Patologens uppgift är att ställa en korrekt diagnos så att rätt behandling kan sättas in. En vanlig uppfattning när det gäller patologer är att de mest obducerar döda människor. En patologs patienter är i 85-90 % av fallen högst levande patienter. För få patologer utbildas i Sverige. Stor brist även i våra grannländer. Idag ställs högre krav på diagnostiken och antalet tester som görs vid varje cancerdiagnos tenderar att öka hela tiden. Anledningen till detta är att behandlingarna blir mer individanpassade. I Sverige finns endast 192 heltidsanställda patologer. Det skulle behövas ytterligare ett 100-tal tjänster för att klara av den arbetsvolym som de har. I Stockholm går det t.ex. 10 ggr fler invånare per patolog jämfört med i Umeå. Ulrika betonade att det är mycket

# Cancerfondens seminarium om bröstcancer

manuellt arbete med diagnostiken. Digitalisering innebär inte att man kan vara färre patologer utan det är ett hjälpmedel för dem i deras arbete.

## **Identifiering av nya potentiella biomarkörer i aggressiva brösttumörer; ett steg närmare inriktad samt individanpassad bröstcancerbehandling.**

Khalil Helou, docent onkologi Sahlgrenska Akademien, föreläste på detta ämne. Här fick vi ta del av en intressant studie där man granskat 4 olika grupper med bröstcancerpatienter. 25 patienter i varje grupp:

1. Körtelpositiva som levde mer än 8 år efter sin bröstcancerdiagnos
2. Körtelpositiva som levde kortare tid än 8 år efter sin bröstcancerdiagnos
3. Körtelnegativa som levde kortare tid än 8 år efter sin bröstcancerdiagnos
4. Körtelnegativa som levde mer än 8 år efter sin bröstcancerdiagnos

Man tittade på sambandet DNA-RNA hos dessa och hittade 47 olika gener som följde mönstret. 12 av dessa gener hade hög signifikans och dessa 12 gener var alltid kopplade till mera aggressiva tumörer.

## **Hur kommer patienter med bröstcancer snabbast och bäst tillbaka till arbetet?**

Pernilla Arvidsson, kurator och psykoterapeut i Malmö, berättade om ett rehabiliteringsprojekt i Malmö i samarbete med Försäkringskassan. Syftet med projektet var att främja återgång i arbete, öka sysselsättningsgraden samt att öka livskvaliteten hos personer som haft en cancersjukdom. 5-7 personer deltog per grupp i projektet som skedde tillsammans med Lydiagården i Höör. Finsam (ett samordningsprojekt mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen) har stått för den finansiella samordningen. Målgruppen var patienter i arbetsför ålder som nyligen avslutat cytostatika eller strålning. Under 2010 har 50 patienter deltagit. Övervägande delen har varit kvinnor med bröstcancer. Sjuksköterskorna delar ut informationsblad. Alla patienter kallas till ett enskilt samtal vid besök hos kurator och sjukgymnast. Där mäter man depression på en HAD-skala. Programet varar i 8-9 veckor och omfattar:

- Samtalsgrupp 1 gång per vecka
- Fysisk aktivitet (stavgång eller vattengympa) 3 pass per vecka
- Eget val (basal kroppskänedom, yoga, bild) 1 gång per vecka
- Vistelse på Lydiagården
- Rehabiliteringsmöte med Försäkringskassan och patientansvarig läkare. Där sätter man datum för när man ska vara åter i arbete och i vilken tjänstgöringsgrad.

Allt är kostnadsfritt för patienten. Efter projekttidens slut sker oftast inga nya kuratorskontakter. Man följer sedan upp projektet genom att titta på sjukskrivningar, depression och aktivitetsnivå. Detta görs före start, efter 3, 6 och 12 månader. I studien kan man tydligt se hur den psykiska hälsan förbättras och att depressionerna avtar. Av 19 deltagare är 13 tillbaka i arbete, 2 fortsatt sjukskrivna heltid, 2 var arbetslösa och 2 lämnade projektet p.g.a. ny sjukdom.

## **Tidig upptäckt genom screening – hur kan vi öka deltagandet?**

Inger Lundkvist, projektledare i arbetet med den nationella cancerstrategin hos SKL, höll denna föreläsning. Socialdepartementet har gett uppdrag inom den nationella cancerstrategin att öka deltagandet i mammografiscreeningen till 80 %. Idag finns inget kvalitetsregister för mammografi. En studie ska göras där man kommer att titta på socioekonomiska faktorer och etnisk bakgrund för att utröna om det finns skillnader hos dessa olika grupper. Arbetet pågår fram till 2012. Man går också igenom resurs- och kompetenssituation hos de befintliga enheterna som genomför mammografiscreeningen. Deltagandefrekvens och täckningsgrad är osäkra data i dagsläget. Förmodligen behövs en ökande tillgänglighet med förlängt öppethållande och även flera enheter, såväl fasta som mobila. En stor farhåga är bristen på bröstradiologer och patologer. Kallelse behöver ses över. Syftet med kallelsen framgår inte. Dessutom behövs mer flexibla bokningssystem. Endast några få enheter i Sverige har ombokningsmöjlighet via webben. Patientavgiftens storlek ska också granskas.

# Cancerfondens seminarium om bröstcancer

Påverkar den deltagandet? I Örebro kostar t.ex. en mammografiundersökning 80 kronor medan den kostar 200 kronor på Gotland.

## **Mammografins upphandling – håller kvaliteten?**

Här diskuterade Jan Frisell, bröstkirurg, Henrik Hammar, SKL och Karin Leifland Unilabs, huruvida kvaliteten håller vid upphandling eller ej. Tendens är att inte rätt kompetens sätts in i landstingen vid dessa upphandlingar och man ser mer på pris än kvalitet vilket är en stor fara. Om för många privata vårdgivare kommer in tappar man även möjligheten till utbildning av ST-läkare. Viktigt att man vid upphandlingen också tar hänsyn till att vårdkedjan måste bibehållas. Alla kvalitetskrav måste förankras hos professionen innan upphandling startar.

*Maria Wiklund Karlsson*