

## **Sämre överlevnad för äldre med bröstcancer - varför?**

Föreläsning på Svenska Läkaresällskapet den 4/11 2008

Föreläsare:

Irma Fredriksson

Jonas Bergh

Gunilla Svane

Moderator: Barbro Westerholm

Barbro Westerholm inledde föreläsningen och informerade om att det nu är drygt 23 år sedan hon var med och introducerade mammografiscreeningen i Sverige. Hon berättade också om AGE som är en europeisk sammanslutning för äldre och att den organisationen kommer att kräva mammografi utan ålderstak inom EU.

**Irma Fredriksson, bröstkirurg, Karolinska Universitetssjukhuset** informerade oss om att ca 50 % av alla nya bröstcancerfall hittas hos kvinnor som är 65 år eller äldre. Det motsvarar 3144 nya bröstcancerfall per år när man är äldre än 65 år. I åldersgruppen 75 – 79 år diagnostiserades 562 nya fall. Ju äldre man är desto större är risken att man dör i bröstcancer. Bästa prognosen har kvinnor som är mellan 40 och 50 år vid diagnostillfället. Dödligheten i bröstcancer har sjunkit i alla åldersgrupper upp till 80 år. I åldersgruppen 70-79 har det inte skett några förbättringar när det gäller överlevnaden. I åldersgruppen över 80 år har istället dödligheten ökat.

Sverige har bland den bästa 5-årsöverlevnaden i Europa för kvinnor i åldersgruppen 65 – 74 år när det gäller bröstcancer och den är idag ca 86 %. I åldersgruppen 75 -99 år är 5-årsöverlevnaden endast 72 %. Här ligger Sverige först på plats nr. 7. Inget annat land har så stor skillnad i dödlighet mellan de olika åldersgrupperna som man har i Sverige.

Varför är det så här? Varför har de äldre kvinnorna en sämre överlevnad? Med ökande ålder kommer kvinnorna senare till diagnos. Förmodligen beroende på att de inte längre kallas till mammografi och att de därför tror att risken för bröstcancer inte är så stor. Äldre kvinnor är också sämre på att undersöka sina bröst och de tvekar ofta att söka vård. Äldre kvinnor underbehandlas dessutom i bröstcancerens alla stadier. De opereras mer sällan med bröstbevarande kirurgi. De opereras mindre ofta i armhålan och de får mindre strålning. Man räknar med att ca 54 % av kvinnorna underbehandlas. I och med att man underbehandlas är också risken mycket större för att sjukdomen kommer tillbaka i form av lokala återfall och som fjärrmetastaser. De äldre kvinnorna får mer sällan cytostatika. Däremot ges en antihormonell behandling i samma utsträckning. Man ger det t.o.m. i fall där det inte behövs.

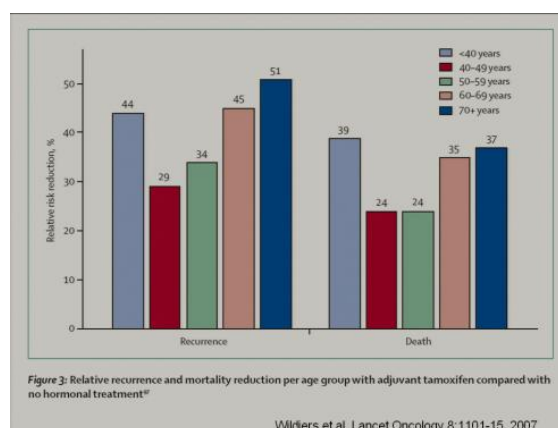
Vad beror detta då på? Är det åldersdiskriminering enbart eller är det så att doktorerna vill bespara patienterna en tuff behandling? Vi har väldigt lite data när det gäller äldre eftersom de inte blir inkluderade i randomiserade studier. Endast 9 % som medverkar i studier är över 65 år. Man vet inte heller hur sjukdomen påverkas av olika behandlingar i och med att inga studieresultat finns. Med ökande ålder får man flera sjukdomar. Kan detta vara förklaringen till underbehandlingen? I de studier som gjorts har man dock visat att det inte påverkar valet av behandlingstiden.

Vad ska man då räkna med för kvarvarande överlevnad för en kvinna vid olika åldrar. Rent statistiskt är det som följer:

- Vid 65 års ålder har man en kvarvarande förväntad livslängd på 20 år
- Vid 70 års ålder har man en kvarvarande förväntad livslängd på 14 år
- Vid 85 års ålder har man en kvarvarande förväntad livslängd på 7 år

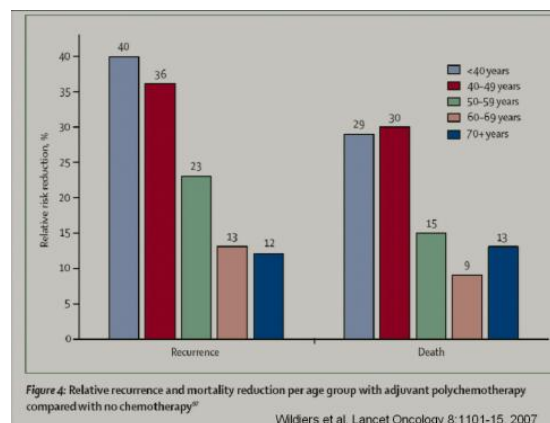
De har gjorts väldigt lite studier på vad äldre kvinnor tycker. Vill de ha bröstbevarande kirurgi som yngre kvinnor. Är man beredd att stå ut med de biverkningar som cytostatikabehandling ger etc.??

Subjektiva bevekelsegrunder. Studier som visar att om det är en stor åldersskillnad mellan doktor och patient är tendensen till att ge behandling mindre. Kvinnliga läkare har också en större tendens att ge behandling till äldre än yngre läkare.



**Jonas Bergh, onkolog, Karolinska universitetssjukhuset.** När man bedömer äldre kvinnor tar man inte hänsyn till hårda data och tar inte alltid hänsyn till kvinnans förväntade livslängd. Med en bild visar Jonas den relativa riskreduktionen för återfall och död i olika åldersintervall vid användande av antihormonell behandling med Tamoxifen.

Med nästa bild visade Jonas riskreduceringen för återfall och död vid användande av kemoterapi i de olika åldersgrupperna. Här kan man se att effekterna avtar med åldern. Kan även bero på att man tidigare inte hade några bra preparat mot biverkningarna av kemoterapi. Upp till 70 år finns det data som visar på effekt av cytostatika även i äldre åldersgrupper.



Ingen större skillnad i endokrin terapi. Dock något mindre kemo i Stockholm. Skälet till det är att det förmodligen är svårt att veta vilka doser äldre kvinnor tål.

Jonas nämnde att ett av privatsjukhusen i Stockholm t.ex. inte mäter HER2-neu på kvinnor över 70 år och det gör att inte behandlingen blir korrekt. Jonas informerade lite om hur det fungerar i olika regioner i Sverige.

I Stockholm har vi enligt Jonas inga åldergränser för analyser av receptorstatus. Inom landstinget görs alla tester oavsett ålder och kemoterapi har ingen åldergräns. Hormonell behandling ges oavsett ålder om inte patienten har kontraindikationer.

I USA har man undersökt om man ska ge samma cytostatika oavsett ålder och det visade sig att det var bättre med kraftigare behandlingsstrategier (regimer) än snällare även för de äldre. Man vet att man får en bättre effekt av cytostatika om man är receptornegativ. Dessutom känner man till att det finns en god effekt av endokrin terapi. Framförallt yngre patienter har god nytta av kemoterapi. Enligt Jonas är det olyckligt att som läkare ha någon åldersgräns för valet behandling. Viktigast att avgöra om patienten tolererar behandlingen eller ej.

Gunilla Svane, docent, Karolinska Universitetssjukhuset.

Ingen skillnad hur man inom mammografin undersöker yngre och äldre kvinnor. Standard är mammografi och ultraljud som komplement. Unga kvinnor och gravida undersöks i första hand med ultraljud. I Sverige har man screening och enligt Socialstyrelsen är åldersintervallet 40 – 74 år. I Stockholm erbjuds kvinnor endast mammografi upp till 69 års ålder.

En typisk cancer ser ut som följer. Det finns ett centralt centrum och sedan finns det oordnade stråk som går ut från centrum lite slarvigt. Gunilla liknande det vid en blomma:

Ju äldre man är desto mer fett har man oftast i bröstet och desto lättare är det att upptäcka en tumör med t.ex. mammografi.

Deltagarfrekvensen på mammografi är > 65 % i storstäder och > 75 % i övriga landet. I storstäderna har man s.k. vild screening dvs. kvinnor i den aktuella åldersgruppen gör en hälsokontroll med remiss istället för att komma på den vanliga screeningen. I Stockholm är det ca 15 %. Under perioden 40-49 år kallas man var 18:e månad och när man är mellan 50 och 74 år kallas man var 24:e månad. I Stockholm kallar man dock inga kvinnor över 69 år till mammografiscreening beroende på att man inte har resurser till det. Ca hälften av Sveriges landsting inbjuder kvinnor enbart t.o.m. 69 års ålder.

Under 5 % kallas tillbaka för vidare utredning efter screening. I Stockholm är det bara ca 3 %.

Vad kan man då göra inom röntgenvärlden för att förbättra för äldre kvinnor? Ett sätt är att erbjuda kvinnor upp till 74 års ålder mammografi. Det är dock ett politiskt beslut som måste fattas inom landstinget. Ju äldre man är inom åldersintervallet desto mer benägen är man att fortsätta i screeningprogrammet.

Frågor:

1. Vad kostar det att inte erbjuda mammografi i åldersgruppen upp till 74 år? Svaret är att det är svårt att få fram siffror på det. Hur mycket extra kostar det att göra större operationer och större behandlingar? Den organiserade screeningen kostar ca 1/3 av kostnaden för den s.k. vilda screeningen. Hade man inte vild screening kan man kanske använda de pengarna till att utöka åldersgruppen upp till 74 år istället.
2. Minskar inte den vilda screeningen om åldersgrupperna i den vanliga screeningen ökar? Svaret på den frågan är nej. Vild screening kallar man enbart den hälsokontroll med mammografi som utförs efter remiss inom

åldersgrupperna som kallas till den vanliga screeningen, i Stockholm 40 – 69 år.

3. Hur resonerar man i Stockholm? Frågan ställdes till Birgitta Rydberg FP. Hon berättade att det krävs att vi har tillgång till personal för att kunna bygga ut mammografien till 74 år. Birgitta förutsätter att det kommer inom en snar framtid när åldersgruppen 40 – 49 år är fullt utbyggd.
4. Hur snabbt kan man åtgärda skillnaderna? Enligt Jonas får man redan i Stockholm bra terapier även som äldre men p.g.a. högre ålder kan det vara svårare att ge en tuff behandling. Är man i övrigt fullt frisk i hjärta, lungor, lever och njurar finns det ingen begränsning. Det handlar om att utbilda professionen att effekten av behandling ska blir större än biverkningarna.

Enligt Irma finns det tre omedelbara sätt att åtgärda problemet:

- Informera allmänheten om att det är kvinnor med högre ålder som har största risken.
  - Förbättra kunskapen inom professionen och minimera subjektiva värderingar.
  - Initiera stora randomiserade studier som inkluderar äldre men man måste också vara beredd på att det tar tid innan man har svaren.
5. Riktigt unga har ofta en bröstcancer som är biologiskt annorlunda och som är mer aggressiv. Studier av äldre är mycket svårare för man får inte den långa uppföljningstiden som man behöver för att kunna fullgöra en studie. Lever och njurmetabolism är annorlunda hos en äldre kvinna än hos en yngre. Bröstcancerkirurgi är lågriskkirurgi och man kan i högre utsträckning erbjuda partiella operationer än vad man gjort tidigare.
  6. Vilket intresse har läkemedelsindustrin att göra studier på den äldre befolkningen? Enligt Jonas har nästan alla studier hittills haft en åldersgräns på 60, 65 eller 70 år. Men det borde vara av intresse att ta reda på detta.

Läkarsällskapet websänder hela föreläsningen och den som har tillgång till Internet kan se föreläsningarna på följande länk:

[http://79.136.112.58/ability/show/qks/sls\\_4nov\\_08/speed.asp](http://79.136.112.58/ability/show/qks/sls_4nov_08/speed.asp)

*Maria Wiklund-Karlsson*