

Bröstcancerkonferens i San Antonio, Texas, USA

Strax för jul 2008 deltog två personer från Amazona i den stora årliga bröstcancerkonferensen i San Antonio, Texas, USA. Läkemedelsbolaget Novartis stod för halva kostnaden för att vi skulle kunna medverka. Bröstcancerkonferensen i San Antonio vänder sig till läkare och forskare i över 80 länder. Totalt deltog ca 9 000 personer i konferensen som är den mest berömda bröstcancerkonferensen i världen.

Vår resa började med att vi flög med SAS till Chicago. Därifrån flög vi vidare till Dallas i Texas. I Dallas hade vi bokat en hyrbil som vi körde de 40 milen ner till konferensen i San Antonio. Vädret som mötte oss i Dallas var sommarlikt men ändrade snabbt karaktär. Inom ett dygn hade temperaturen sjunkit med 20 grader och våra sommarkläder gjorde att vi hade svårt att hålla värmen. De nedpackade badkläderna kom aldrig upp ur väskorna.

San Antonio är en otroligt charmig stad som påminner om Venedig med sina kanaler. Staden är relativt liten och man kan lätt promenera igenom staden längs "The River Walk". På hotellet där vi bodde sammanstrålade vi med patientrepresentanter från Norge och Danmark.

Vårt första intryck av konferensen var att den verkade enormt stor. Föreläsningarna gick som på löpande band och avlöste varandra utan paus. Varje föreläsare hade 15 minuter till sitt förfogande. Föreläsningarna pågick mellan kl. 08.30 och 22.00 varje dag under fem dagar och de handlade till största delen om olika typer av bröstcancerbehandlingar, både inom onkologi, cytologi, kirurgi, radiologi och patologi. Några "mjukvaror", dvs. omhändertagandet av patienterna, presenterades inte under konferensen. Någon konsensus fanns inte heller utan de olika föreläsarna kunde ibland ha kommit fram till olika resultat av sina studier. Det var relativt svårt att förstå innehållet i föreläsningarna. Inte på grund av språket utan på grund av att så många olika rön presenterades. Väldigt tydligt framkom det att det sällan finns något som är svart eller vitt när det gäller behandlingar av bröstcancer utan det är väldigt många olika faktorer som man måste ta hänsyn till. Föreläsningarna var helt och hållet riktade från läkare till läkare. Varje eftermiddag hölls dock ett par timmars patientsession där man gick igenom några av dagens viktigaste föreläsningar.

Det framgick ganska tydligt att amerikanska patienter har större möjlighet att påverka sitt val av behandlingspreparat än vad vi har här i Sverige. Orsaken till det är att det i USA saknas nationella vårdplaner när det gäller bröstcancerbehandling. Vården i USA styrs till stor del av vilka försäkringar och ekonomiska resurser man har som patient till skillnad mot oss här i Sverige där alla får likartad vård oavsett var man bor och vilken social status man har.

Här nedan redogör vi för några av de föreläsningar vi lyssnade på. Vi hoppas att ni kan ha överseende om det är något som vi har missförstått men vi har försökt att översätta delar av den viktigaste informationen. Att dokumentera hela denna konferens ser vi som en omöjlighet. Bara föreläsarnas inledningar skulle fylla en hel bok. Därför har vi valt att publicera några enstaka studier som vi tror kan vara av intresse.

Taxaner (ES1). De senaste 15 åren har ca 45 000 kvinnor med tidig bröstcancerdiagnos randomiserats till behandling med taxaner vs. icke-taxaner. Tillägget av taxaner är endast lite bättre än vanlig antracyklinterapi. Man är fortfarande osäker på vilka grupper det är som har nytta av taxanbehandling. Forskarnas ökade förståelse för hur heterogen bröstcancer är, innebär att det inte längre finns en sorts behandling som passar alla. Stora forskansträngningar görs för att förstå de olika undergrupperna. Även om man t.ex. har en HER2-positiv bröstcancer är man inte säker på vilken som är den optimala behandlingsperioden.

Operera andra bröstet (MS1-2). Patienter med bröstcancer löper en liten ökad risk att drabbas av bröstcancer i det andra bröstet. Den årliga risken är ungefär 0,7 %. En del kvinnor väljer att operera bort det andra bröstet för att slippa ett återfall. Antalet sådana operationer har ökat med 150 % i USA under åren 1998 – 2003. Även om den här operationen innebär att risken för återfall i andra bröstet minskar markant är det inte helt riskfritt och patienter utsätter sig då för extra operationer kanske i

Bröstcancerkonferens i San Antonio, Texas, USA

onödan. Ska dessutom en rekonstruktion göras blir det ytterligare ett riskmoment. All onkologisk terapi reducerar risken för återfall i andra bröstet och är förmodligen mera accepterad än att operera bort det andra bröstet .

Ultraljud (MS3-1). Från sex olika bröstcentra har man sett att ultraljud efter mammografi hittar 3-5 extra cancrar per 1000 undersökta patienter. Huvudsakligen är det invasiva cancrar som hittas som är 9-11 mm stora. Tilläggsvärdet med ultraljudet är speciellt bra om bröstet är täta. Screening med ultraljud innebär att man hittar flera förändringar som inte är cancer. Med enbart mammografi måste 1 av 40 kvinnor göra en biopsi som inte är nödvändig. Om man både tog mammografi och ultraljud så var 1 av 10 biopsier inte nödvändiga. Ultraljud har visat sig vara säkrare än enbart mammografi när det gäller att hitta förändringar i bröstvårtan.

MRI (P3-1). MRI's (magnetkamera) betydelse för att hitta bröstcancer presenterades. MRI innebar enligt denna studie att man inte kunde minska de friska marginalerna vid operationen. Det innebar inte heller någon förändring i vilken av typ av operation som genomfördes. MRI innebar en 19 dagars senareläggning av operationen p.g.a. att metoden är mer tidskrävande och att fler biopsier måste tas. MRI är dock att föredra i vissa ovanliga fall. En av nackdelarna är att MRI är både dyrt och tidskrävande. Ännu så länge är MRI endast på forskningsstadiet när det gäller bröstcancer. Man vet inte heller hur stort tilläggsvärdet är jämfört med mammografi plus ultraljud. Studier har inte heller visat några större skillnader på överlevnad efter tillägg av MRI. MRI bör inte tillhöra rutinundersökningarna innan operationen eftersom tilläggsvärdet ännu är begränsat.

Sekvensbehandling Tamoxifen - aromatashämmare (12). Aromatashämmare vs tamoxifen som adjuvant terapi för postmenopausala kvinnor med östrogenpositiv bröstcancer presenterades. Tidigare studier har visat att 5 års användning av Tamoxifen reducerar risken för återfall och dödlighet. Aromatashämmare har jämförts med Tamoxifenbehandling. I studien, som är mycket stor, har kvinnorna följts upp i fem – sex år. Studien har haft två olika grenar och har bestått av dem som bara fått Tamoxifen och en gren med dem som har fått behandlingen i sekvens (2-3 år Tamoxifen sedan 2-3 år med aromatashämmare). I två separata metaanalyser har sekvensbehandling visat en signifikant lägre återfallsrisk jämfört med endast Tamoxifen. Studien fortsätter.

Femar vs Tamoxifen (13). Studien heter BIG1-98. Studien jämför Femar, Tamoxifen och sekvensbehandling med Femar och Tamoxifen. BIG1-98 är den största internationella fas3-studien på tidig bröstcancer och inkluderar drygt 8 000 kvinnor i 27 länder med hormonpositiv bröstcancer. Studien började 1998. Studien har 4 olika grenar;

1. En gren med enbart Tamoxifen
2. En gren med enbart Femar
3. En gren med Tamoxifen i två år och Femar i tre år
4. En gren med Femar i två år och Tamoxifen i tre år

Studien är gjord för att svara på följande frågor:

- Är 5 år med Femarbehandling mer effektiv än 5 år med Tamoxifen som initialbehandling efter operation?
- Är sekvensbehandling mer effektiv än monoterapi?

Enbart Femar minskar enligt studien både återfallsrisken och dödligheten jämför med enbart Tamoxifen. De siffror som finns publicerade avser riskreducering. Dessa resultat publicerades år 2008 och hade en uppföljningstid på 76 månader. När det gäller sekvensbehandling är det bättre att börja med Femar och sluta med Tamoxifen än tvärtom. Sekvensbehandling jämfört med endast Femar gav ingen överlevnadsvinst. Patienter med högre återfallsrisk bör börja med Femar.

Bröstcancerkonferens i San Antonio, Texas, USA

Endokrina behandlingar (17 – 18). Olika presentationer gjordes där man försöker ta reda på vilka av våra bröstcancerar som svarar bra på de olika endokrina behandlingarna. Dessa studier är fortfarande på laboratoriestadiet. Forskarna arbetar med att man i framtiden på ett tidigt stadium ska kunna avgöra vilka tumörer som svarar på vilken behandling.

Livskvalitet, hormonell behandling (21) I Holland har man undersökt livskvaliteten i samband med hormonell behandling. Både Tamoxifen och aromatashämmare har en del olika biverkningar som kan påverka livskvaliteten. En holländsk studie har därför undersökt livskvaliteten hos kvinnor som använder de olika preparaten. I studien kunde man inte påvisa någon skillnad i fysisk förmåga, rollförmåga, kognitiv förmåga, känslomässig förmåga, kroppsuppfattning, bröstsymtom, armsymptom och hormonella symptom. Patienter som fick aromatashämmare hade dock sämre sexuell förmåga och var tröttare än de som fick Tamoxifen. Detta kan ev. bero på att aromatashämmare har en biverkan som ger torrare slemhinnor.

Mastektomi med sparad hud och bröstvårta (22). Det utseendemässiga blir allt viktigare för kvinnor som operas för bröstcancer. Även när hela bröstet måste tas bort kan man göra det med ett bra kosmetiskt resultat och där man ändå minimerar risken för återfall. En japansk studie som har pågått i över 10 år har visat bra resultat när man har sparat huden och gröpt ur all bröstvävnad. Att operera på detta sätt är lika säkert som att ta bort hela bröstet och ger ett bättre kosmetiskt resultat. Man har ännu inga långtidsresultat av den här studien. Vid operationen behåller man ca 5 mm av bröstets hud och bröstvårtan samt vårtgården. Inga komplikationer har rapporterats i studien med nekros av t.ex. bröstvårtan. Den här operationsmetoden är förmodligen både dyrare och mer tidskrävande att genomföra. Dessutom krävs speciella kunskaper hos kirurgen.

HER2-positiv bröstcancer (31). Enligt HERA-studien har Herceptin väsentligt förbättrat överlevnaden för kvinnor med HER2-positiv bröstcancer. Studien av HER2 fortsätter och man undersöker nu huruvida det är bättre med 2 års Herceptinbehandling än med 1 års behandling.

Bentäthet (44). Minskad bentäthet är en biverkning av Femar och andra aromatashämmare. Det finns ett par olika preparat som används för att minska denna biverkan. I den här studien har resultaten för Zometa presenterats. 36 månaders användning av Zometa innebär att man skyddas mot bentäthetsförlust. Ytterligare studier behövs. Zometa har även visat sig ha en tumörreducerande effekt om det ges neoadjuvant (före operationen). Enligt Novartis minskar tumören mer effektivt om man ger Zometa som tillägg än med enbart kemoterapi. Kliniska studier visar att Zometa eventuellt kommer att spela en roll när det gäller att skydda patienterna för återfall, enligt Novartis VD. Några fall med käknekros har rapporterats efter användandet av Zometa. De flesta av dessa fall har rapporterats efter tandläkarvård med t.ex. tandutdragning. En tandläkarundersökning är nödvändig att göra innan behandling med Zometa påbörjas. När man är under behandling med Zometa bör man försöka undvika större dentala ingrepp.

Ett antal tips om hur man ska möta sin läkare fick vi vid några av föreläsningarna och dessa tips var:

- Om doktorn använder telefonen konstant – ”Jag behöver er uppmärksamhet för några minuter. Är det en dålig dag idag?”
- Om doktorn gör andra saker vid sidan om – vänta.
- Om doktorn inte svarar på mina frågor – fråga igen.
- Om doktorn inte tar mig seriöst – ”För mig är det här ett verkligt stort problem”.
- Om doktorn förkastar min önskan om en viss terapi – ”Vem kan hjälpa mig och informera mig bättre om detta?”

- Patienten måste förbereda sitt läkarbesök.
- Frågorna bör vara nerskrivna.
- Argument bör vara genomtänkta.
- Information om en terapi måste förstås av patienten.

Bröstcancerkonferens i San Antonio, Texas, USA

- Hanterandet av biverkningarna måste diskuteras mellan patient och läkare.

Brösttätthet (61). Förändring i brösttätthet som en markör av bröstcancer risk presenterades. Många studier har dokumenterat att bröstens täthet är i sig själv en riskfaktor för bröstcancer. Det är den största kända riskfaktorn och den kan modifieras. Om brösttättheten minskar vid de första 12-18 månaderna av Tamoxifenbehandling minskar också risken för återfall. Om brösttättheten minskar mer än 10 % minskar risken för bröstcancer med 52 %. För den andra gruppen där brösttättheten hade minskat mindre än 10 % var det bara 8 % riskreducering. Studien var gjord på ca 1 000 kvinnor där 120 av dem hade bröstcancer.

Fysisk aktivitet (505). Fysisk aktivitet minskar även risken för bröstcancerdebut vid ärftlig bröstcancer (BRCA1 och BRCA2). Studien har visat att risken för att utveckla bröstcancer är mindre för dem som har ett lägre BMI och som lever ett fysiskt aktivt liv. Ingen skillnad har setts för yngre kvinnor (<20 år) när det gäller riskreducering p.g.a. fysisk aktivitet.

Konferensen var mycket givande, till stor del tack vare intressanta utställningar där vi fick möjlighet att träffa andra patientorganisationer. I USA har man egna patientföreningar för HER2-positiv bröstcancer vilket är möjligt p.g.a. det stora befolkningsunderlaget. Konferensen var också mycket givande tack vare det fantastiska program som läkemedelsbolaget Novartis hade arrangerat för oss från Amazona. Därigenom fick vi möjlighet att vid ett flertal tillfällen träffa patientrepresentanter från en stor del av världen. Vi fick också möjlighet att delta i en onkologisk "rättegång" där vi fick höra olika läkare diskutera olika typer av behandlingar.

Från konferensen har vi tagit med oss hem mycket intressant material. Särskilt vill vi nämna ett häfte från USA som heter "State of the Evidence" vilket beskriver kopplingar mellan bröstcancer och den omgivande livsmiljön. Häftet "State of the Evidence" finns att titta i på vårt kansli.

Carin Tegefeldt och Maria Wiklund-Karlsson

Fotnot. Varje rubrik ovan följs av ett konferensindex inom parentes. Vi har tagit med detta här om någon önskar fördjupa sig ytterligare i konferensdokumentationen.