Reseberättelse från Miami 30th Annual Breast Cancer Conference 7-10 mars 2013

För trettionde året i rad anordnades denna internationella konferens i Miami Florida, som riktar sig till bröstkirurger såväl som till bröstonkologer, bröstradiologer och patologer som sysslar med bröst och vars mål är att erbjuda en omfattande uppdatering över kunskapsläget kring bröstcancervården för ett så optimalt multidisciplinärt omhändertagande av dessa patienter som möjligt.

Undertecknad och Fuat Celebioglu landade på Miami International Airport dagen före kongressen och anlände efter en kort taxiresa till hotellet beläget på Miami Beach, ca 10 min promenad från det lyxiga kongresshotellet Fontainebleau.

Kongressen inleddes efter lunch torsdagen den 7 mars med ett separat Mini-symposium med ämnen av mer praktisk karaktär för bröstcancervården. Fredagen och lördagen den 8 respektive 9 mars bestod av ett gemensamt program på förmiddagarna och ett uppdelat program på eftermiddagarna; antingen surgical oncology eller medical oncology. På söndagen avslutades kongressen vid lunch efter ett gemensamt förmiddagsprogram. Enligt Fuat Celebioglu upptogs en betydligt större del jämfört med tidigare av onkologi och molekylärbiologi. Det var långa intensiva dagar i luftkonditionerade mörka kongresshallar där solen och den 25 gradiga värmen utanför kändes mer avlägsen än den faktiskt var.

Radiologi

Första föredraget ägnades åt när man kan ha nytta av en MR-undersökning vid tidig bröstcancer. MR upptäcker ytterligare sjukdom hos 17 % med en förmodat unifokal cancersjuka, men frågan är dock vad som är signifikant ytterligare sjukdom som inte tas om hand av efterföljande adjuvant behandling. Inga data har kunnat visa färre lokalrecidiv eller överlevnadsvinst med preoperativ MR bröst. Därför bör MR bröst inte användas rutinmässigt men kan vara värdefullt vid svårundersökta täta bröst och vid lobulär bröstcancer för att avgöra utbredning och eventuell kontralateral sjukdom. Vidare rekommenderades MR bröst vid palpabla knölar efter onkolplastisk kirurgi där ultraljud ej ger vägledning. Där kan MR med högt negativt prediktivt värde utesluta underliggande malignitet. Fettnekroser är med MR svåra att ta miste på, ses som ”svarta hål”. Kvinnor som genomgått injektioner med fritt silikon i bröstförstorande syfte skall screenas med MR bröst då mammografi är värdelöst.

Ett annat användningsområde där MR är mycket tillförlitligt är för att utvärdera respons av neoadjuvant behandling, där mammografi kan dölja förändringar i täta bröst och där förkalkningar kan finnas kvar trots tumörrespons.

Kirurgi

De största nyheterna från ASCO och San Antonio sammanfattades och då nämndes bland annat 2 stora studier som studerat användandet av sentinel node biopsi (SNB) efter neoadjuvant kemoterapi (NAC). Den ena var den amerikanska ACOSOG Z 1071-studien där 756 primärt N+ patienter deltog med det primära syftet att undersöka falsk negativitet (FNR). Denna uppgick till 12,6 % men när ett clips hade placerats i lymfkörteln vid finnålspunktionen och detta återfanns uppgick den till endast 7,4 %. Det andra var den tyska SENTINA-studien där SNB liksom i vår svenska pågående multicenterstudie görs före och/ eller efter NAC. I gruppen som var lymfkörtelpositiva vid diagnos och där SNB gjordes efter NAC uppgick FNR till 14,2 % men påverkades signifikant av om fler än en sentinel node-körtel hade analyserats. Man diskuterade huruvida denna något högre FNR än väntat har någon klinisk betydelse med tanke på att de flesta får strålbehandling mot lymfkörtelstationerna och därtill kunde man i Z0011-studien inte visa på någon signifikant skillnad i lokalrecidivrisk i de fall då axillutrymning utelämnades trots positiv SNB efter bröstbevarande kirurgi och strålbehandling.

En annan relevant fråga som togs upp var om vi överbehandlar DCIS. I och med mammografiscreeningens införande har upptäckten av DCIS ökat dramatiskt och sedan ett decennium tillbaka behandlas varje år 50 000 nya fall i USA men trots detta har inte incidensen av invasiv cancer minskat. DCIS utgörs till stor del av indolenta eller långsamt progredierande förändringar även om vissa kan vara snabbt progredierande. Därför bör man undvika att kalla DCIS för cancer och byta approach till mer övervakning och mindre invasiv behandling samtidigt som man poängterade vikten av att utveckla bättre diagnos/scoring-instrument så att vi kan välja ut de kvinnor med högre risk (palpabla förändringar, extensiva, höggradiga) där man bör vara mer aktiv med sin behandling.

Säkerheten vid skin- respektive nipple-sparing mastectomy diskuterades. Det konstaterades att återfallsrisken vid denna typ av ingrepp är motsägelsefull då man studerar litteraturen. Vissa äldre studier har visat högre risk för återfall efter subkutan mastektomi men att man nu gör tunnare hudlambåer och att man strävar efter en nippelareola-tjocklek på bara 2-3 mm. Därför är det tekniskt mer krävande än en konventionell mastektomi och föreläsaren uppgav mamillnekros hos 3 % sina patienter. Dock tipsades vi om att injicera en blandning av Natriumklorid och lokalbedövning retroareolärt vilket därmed kunde underlätta dissektionen i rätt anatomiskt skikt.

Onkologi

Första dagen fick vi höra om långtidsbiverkningar vid adjuvant kemo- och endokrin terapi.

Det redogjordes för behandling av fatigue, neuropati och hjärtskada/toxicitet efter kemoterapi. Neuropati orsakas oftast av taxaner och kan behandlas med psykofarmaka som nortriptylin och duloxetin. Professor M Dixon fr Edinburgh redogjorde livfullt för behandling av menopausala besvär hos bröstcancerpatienter. Svettningar och vallningar kan behandlas med akupunktur (som i en studie varit lika framgångsrikt som venlafaxin), kognitiv terapi, magnesium och antidepressiva kan prövas, förslagsvis citalopram 10-20 mg per dag. Mest effektiva ansågs dock progestiner vara där megestrolacetat och medroxyprogesteronacetat kunde reducera dessa besvär med 80 % dock med viss ökad risk för återfall. I sista hand kan man överväga att reducera tamoxifendosen. Torra, sköra slemhinnor är vanligast vid behandling med aromatashämmare och kan behandlas riskfritt med hormonfri gel Replens® vars effekt oftast inte lika långvarig som östrogenbehandling lokalt. Lokalt östrogen bör dock undvikas vid behandling med aromatashämmare. Prof M Dixon använde hos dessa kvinnor Estring (vaginal ring) om Replens inte hade tillräcklig effekt då absorptionen av östrogen med Estring anses lägre än med Vagifem, Vagifem lågdos kunde dock användas om kvinnan stod på tamoxifen.

Förlängd adjuvant tamoxifen i 10 år är överlägset behandling under 5 år med en minskning i återfallsrisk och bröstcancerdöd på 25 respektive 29 % vilket innebär en förbättring på 3 respektive 4 % i absoluta tal efter 15 år dock med en ökad risk för endometriecancer och säkert kan det bli svårt att motivera kvinnorna att fortsätta så länge.

Vad gäller metastaserad sjukdom har ett immunokonjugat kallat T-DM 1visat överlevnadsvinster hos HER2-positiva patienter över capacitabin (Xeloda®) och lapatinib (Tyverb®) på patienter som tidigare progredierat på trastuzumab och en taxan.

Hypofraktionering av adjuvant strålbehandling (högre fraktioneringsdos fördelat på färre tillfällen) som ges under 3-3,5 veckor till utvalda patienter med T1-3 N0-1 tumörer är säkert jämfört med konventionell 5 veckors-fraktionering. Man har inte sett någon skillnad i lokalrecidivrisk.

Stockholm 130404

Vid pennan,

Linda Zetterlund & Fuat Celebioglu