

Reserapport och Highlights of San Antonio 2018

Reserapport

San Antonio Breast Cancer Congress (SABCS), Texas, USA 4-8 dec 2018. Jenny Nyqvist.

Jag har haft förmånen att besöka San Antonio och den årliga bröstcancer kongressen som företas där. Resan finansierades av stipendie från Svensk bröstkirurgisk förening vilket jag är mycket tacksam för.

San Antonio är en fantastisk stad, 7:e största staden i USA. Man bjuds på smala gränder, låga broar smyckade med mosaik och pittoreska slingrande vattendrag utmed vilka man kunde ta sin dagliga "riverwalk". Julbelysningen blinkade i himmelens alla färger och dekorerade såväl träd som hus.

1977 introducerades San Antonio Breastcancer Congress (SABCS) i Texas, USA för första gången. Kongressen är att betrakta som världens största bröstcancerkonferens. 4-8 december 2018 är det 41:a året som kongressen genomförs och i år finns det representanter från minst 90 länder. Bröstcancer är nu att betrakta som den största orsaken till cancerrelaterade död hos kvinnor och är därför angeläget att bedriva forskning kring.

Denna kongress bjuder på föreläsningar som rör klinisk vetenskap, basvetenskap och translationell vetenskap. Som på många andra kongresser presenteras vetenskap även i form av posters. I år representeras Skas genom mig och den postern som jag hade möjlighet att presentera.

Postern handlar om bröstcancermetastaser och dess uttryck av FOXA1 och Nestin som möjliga prognostiska markörer. Uttryck av FOXA1 hos bröstcancer cellen talar för en godare prognos, medan uttryck av Nestin talar för en sämre prognos. Uttryck av Nestin är också kopplat till metastaser i hjärna, gynekologiska organ och hud.

Nedan följer en kort vetenskaplig sammanställning av det jag fann som mest intressant under resan och som tarvar vidare diskussioner.

Molekylärbiologi

Allt mer talar för värdet av att mäta cirkulerande tumör DNA (ct-DNA). Att mäta ct-DNA även efter behandling ger ett mått på aktiv sjukdom eller inte. Låg nivå betyder god prognos, hög nivå sämre prognos. Hög nivå av ct-DNA kan också ge information om tumör-cell-turnover. Helt enkelt att tumörens DNA har förändrats. Vi vet att ex antihormonell behandling ger genetiska variationer/mutationer, därav resistensutvecklingen.

Aromatiashämmar-resistent cancer is genetiskt förändrad enl nedan:

- ER1 mutationer 50%
- KRAS
- FGR
- NF1

Allt mer inom diagnostik och behandling handlar om gener och genetik . Även att mäta utfallet av behandlingar beträffande bröstcancer. Detta kan man undersöka på många olika sätt.

Helgenom sequencing
låg djup av WG5
kopy numer analys

bestämna renheten av kopiorna

Exomsekvensering

mäter enbart en del av genomet

Mer och mer talar för att man vill styra valet av behandlingar och doser utefter genetiska analyser för att kunna skraddarsy behandlingarna ännu mer och man tror att det på sikt är kostnadseffektivt.

Strålbehandling

Hur ska vi stråla? Vem/vilka ska vi stråla? Ska vi stråla? Det var mycket fokus på strålbehandling. Och till och med studier som talade för att strålbehandling mot axill är jämförbart med axillutrymning.

Flera studier har genomförts där man tittar på partiell strålbehandling intraoperativt. Man nämnde tre stora studier: Eliot, Targit, samt GEC estro. Se nedan.

Det finns olika tekniker för intraoperativ strålbehandling (IB 3DCRT versus bla brachyterapi). Man kan stråla med såväl fotoner som elektroner.

Hur ska vi stråla?

patient selection

surgical margins

RT lokalisation och teknik

Det finns dem som inte behöver strålning alls. Vi strålar troligen för mycket. Strålbehandlingen bör anpassas efter tumörbiologi, ålder och storlek på tumör.

Strålbehandlingens nackdelar är toxicitet och kosmetiken vilket varierar med val av teknik. Vi vet också att de flesta återfallen lokalt är relaterade till det primära stället för cancer vilket stödjer partiell strålbehandling. Det är nödvändigt att balansera toxicitet med effektivitet i klinisk beslutstagande. Mest troligt är intra operativ strålbehandling mindre toxiskt men oklart om den också är mindre effektiv.

Axillen; hur förhålla oss till den **efter** neoadjuvant behandling (Dr Judy C Boughey)

Återigen togs axillkirurgins "vara och icke-vara" upp. Man ställde frågan; varför gör vi axillkirurgi? Med viss frustration har nog pendeln (återigen) vänt och rådet nu mer blir att operera mer axiller men senare; även på mikrometastatisk sjukdom om kvar efter NAC men aldrig varken sentinel node eller axillutrymning innan NAC är genomförd.

Axillkirurgi görs för:

staging

resection of disease

long term regional control

survival (vilket vi vet inte ökar med axillkirurgi)

Komplikation till axillkirurgi är bland annat lymfödem:

Lymfödem vid axillkirurgi 25%

Lymfödem vid SN 6-8%

Lymfödem vid kirurgi och strålbehandling: 50-60%

Kliniskt stadie

fys undersökning

ultrasound

MRI
Niopsi
Avoid axial kirurgi!!! Innan kemoterapi

Man var tydlig med att axillkirurgi eller SN inte skulle utföras INNAN neoadjuvant kemoterapi (NAC) utan för EFTER NAC. Man skulle efter NAC upprepa undersökningarna (fys undersökning, ultraljud, MRI, biopsi) och då om kvarvarande sjukdom ev axillkirurgi

Vi har hittills resecerat 2 SN och helst inte fler. Nu talar man om risken för falskt negativa SN och rekommenderar starkt att resecera 3 eller fler SN. SN skall indikeras med två (dual) trasers. Ex blå färg och radioaktivitet. Man talade också om att helst klipsa eller tatuera SN innan reception av SN för att undvika falskt negativa SN.

Lokalisera den markerade noden med radioaktivitet, ultrasound, palpation

Beträffande nodepositiva (cN+) patienter (Dr Andrea V Barrio):

Återigen; sentinel node skall göras EFTER NAC. Om möjligt 3 och fler för att minska risken för falsk negativa SN!!

Om man vill avstå axillkirurgin är det viktigt att ta hänsyn till tumörbiologin.

Om lymfkörtelpositiva körtlar efter NAC och dålig respons efter NAC; axillkirurgi!

Om tveksamhet ang körtlar efter NAC; ny biopsi av körtel och inte direkt axillkirurgi (ALND)

Mikrometastatisk sjukdom i axill SKALL opereras om det finns kvar efter NAC. *"Kanske är det en annan sjukdom om man har kvar axillsjukdom efter NAC....?"*

Radiation efter NAC (Dr Buchholz)

Studier har visat att vi strålar kanske för mycket och för oselekerat. Behöver vi stråla **och** operera axilen?

Bröstcancerpatienter i tidigt stadie (T1/2):

6-8% risk för recurrence **utan** strålbehandling vid 10 år.

Bröstcancer pat i stadie II-III

cT1-2, N+ : Om Igl positiv EFTER NAC och stadie II; strålbehandling.

HER2+ tidigare betraktad som hög risk för återfall men med behandlingar idag är det inte längre att betrakta som högrisk.

Hold the scapel

Pågående studie: PreOperativeEndocrineTerapyOutcome (POETIC)

Kan två veckor med endokrin terapi preoperativt förbättra outcome? POETIC studien menar det, mätt i KI-67 pre och post op. Förslag om antihormonellbehandling två veckor innan kirurgi. Helst mäta KI67 pre op, varför förstod jag inte.

Hold the scape! Using the tumor to determine the treatment. Skräddarsy behandlingarna mer.

Och den avslutande frågan på seminariet var: Does all early breast cancer needed surgery?

Det finns även förslag om att ge Antihormonellbehandling till DCIS men i dos av 5 mg under tre år.

.

Sammanfattningsvis

Vi underbehandlar och överbehandlar (strålbeh och kemoterapi). Vi ska operera mindre (ingen SN innan neoadjuvant behandling och frågan är behöver vi operera små bröstcancrar alls?) och operera mer (3 eller fler SN samt kanske även mikrometastaser efter neoadjuvant behandling). Vi gasar och bromsar. At first; do no harm!

Vid pennan,
Jenny Nyqvist
Överläkare i Kirurgi, Skås
Phd-student