**Reseberättelse San Antonio Breast Cancer Symposium 2019**

Jag hade förmånen att åka med en poster till den 42:a bröstcancerkongressen i San Antonio. Jag vill tacka Svensk Förening för Bröstkirurgi för stipendiet som möjliggjorde denna resa.

Postern som jag presenterade på kongressen är en registerstudie om adjuvant kemoterapibehandling hos den äldre kvinnan med primär, icke-metastaserad trippelnegativ bröstcancer. Presentationen hade jag torsdagen den 12:e Dec och fick väldigt fin respons och det blev många bra och givande samtal med kollegor från bl a USA, Japan, Tyskland och Australien!

San Antonio bjöd på blandat väder, fantastiska juldekorationer, god mat, läskande Margaritas och intressanta föreläsningar.

Kirurgin var tyvärr inte så ”välrepresenterad” i år. Så i väntan på den första kirurgiska sessionen så lyssnade jag på sessionen om radiologi:

Sessionen handlade om strålbehandling på patienter opererade för DCIS och om genomiska biomarkörer kan vara till hjälp vid beslut om postoperativ strålning.

-Finns ingen evidens att strålbehandling efter partiell maslektomi pga DCIS minskar mortaliteten för bröst cancer. Riktlinjer säger att man kan avstå från strålbehandling om det är låg risk för lokalt recidiv. Genetiska biomarkörer kan underlätta beslutet angående strålbehandling för DCIS-patienterna. Reviderat Oncotype DX DCIS-Score assay kan ge en mer individanpassad estimering av lokalrecisiv och invasivt recidiv, kan ge en bättre subgruppsdelning i de som har hög risk och låg risk för recidiv. Behövs dock mer validerande studier.

-Strålbehandling efter partiell mastektomi pga invasiv bröstcancer: Att genetisk testning är införlivat i beslutsfattandet för adjuvant kemoterapi är numer vedertaget. När det gäller strålbehandling dock är detta inte riktigt validerat än, men på god väg att bli det. Man inväntar för Oncotype Dx, ProSigna, IHC-baserad subtyping.

Efter radiologins strålande start så såg jag mycket fram emot att lyssna på kirurgiska sessionen om hur man optimerar den kirurgiska behandlingen för receptorpositiv bröstcancer. Till min förvåning (och efter att avsevärt antal kongressdeltagare armbågade sig före mig i kön) blev det insläppsstopp när det var min tur att komma in. Vi var ett fyrtiotal mycket arga och besvikna deltagare som inte kom in i salen som var helt feldimensionerad för denna session. Vi fick till oss att vi skulle kunna titta på sessionen online under morgondagen (vilket tyvärr strulade helt och gick tyvärr inte att se) …..jag gick därför in till den enorma salen (ca 20% av alla stolarna var upptagna) där man hade sessionen om svåra ämnen rörande cancervården i USA. Man tog upp de enorma kostnaderna patienterna får och vad det kan få för konsekvenser; allt från att patienten aktivt väljer bort vård till att man blir livslångt skuldsatt samt konsekvenserna till detta. Jag blev på nytt väldigt ödmjuk inför att bo och arbeta i vårat fantastisk land. Vikten av empatiska/bra/informativa brytsamtal belystes liksom den stora ökningen av utbrändhet man ser hos onkologerna. Jag hade velat veta hur det såg ut hos bröstkirurgerna.

Kirurgi efter neoadjuvant behandling är något som vi gör allt mer av (downstaging, få tumörer som går att operera). Intressanta frågor blir om man kan undvika operation helt, inte operera i axillen, hur kan vi vara säkra på responesen, hur ser vi om det är respons (bilddiagnostik, grovnålsbiopsier mm

Behov finns att standardisera metoder beträffande bedömning av remission, en av frågorna som man behöver samsas om är kvarvarande DCIS; räknas det som komplett remission om det finns DCIS? MR är otillräckligt att fastställa komplett patologisk remission. Tumören krymper inte koncentriskt vilket leder till att man kan få felaktigt svar vid biopsi. Vaacumbiopsier/core har i olika studier visat falsk negativa resultat på mellan 17-37%. Deeskalering i all ära men kasnke skall vi inte ha så bråttom att göra det på alla fronter samtidigt.

Rävgiftet paklitaxel med mycket neurotoxicitet som är anledningen till att man avslutar behandling i förtid har fått en oral kombinationskompis där man sett betydligt mindre neurotoxicitet men mera gastrointestinala biverkningar.

Symposiets pricken över i:et var för min del debatten mellan Lawrence B Marks (strålonkolog) och Alastair M Thompson (kirurg) angående att man inte skall erbjuda mastektomi till patienter som är kandidater för partiell mastektomi när modern radioterapi är tillgänglig.

Lawrence (som var mot mastektomi) visade att strålbehandlingen blivit avsevärt bättre. Patienterna som genomgår partiell mastektomi och strålbehandling har bättre överlevnad. Metoderna har förfinats, man skyddar hjärtat bättre, gatingtekniken har utvecklats. Kirurgin går mer åt det mamillsparande hållet och på MR ser man en hel del bröstvävnad kvar efter sådana ingrepp vilket ju inte är bra, kirurgin blir helt enkelt väldigt anpassad till vilken kirurg som patienten träffar och kommer då få mer eller mindre vävnad kvar. Stråldoktorerna däremot är motsatsen till ensamvargen kirurgen, de har koll på varandra så att man inte gör fel i strålbedömningarna.

Thompson (som var för mastektomi) var fantastisk med sitt sätt att prata och de roliga bilder på bl a Nalle Puh han visade. Han underströk att strålning minsann inte var en dans på rosor och så enkel som Lawrence försökte ge sken av. Han gick igenom de tidiga och sena komplikationerna och underströk att man inte skall bortse från de sekundära maligniteter som kan uppträda efter strålbehandling och att risken för hjärttoxicitet ökar med åldern och andra riskfaktorer som rökning, diabetes. Dessutom är den jättefina nya andningsstyrda strålbehandlingen ganska så jobbig för patienten. Han sa att kirurgin har utvecklats ffa med olika typer av rekonstruktiv kirurgi och ger man patienten olika alternativ bör patienten få möjligheten att välja själv.

Postersessionerna var många och intressanta. Från Sahlgrenska fanns det också en spotlightposter (A Tullberg) som handlade om effekten av adjuvant strålbehandling baserat på grad av tumörinfiltrerande lymfocyter (TILs) vid tidig nodnegativ bröstcancer med endpoint IBTR och any recurrance. TILS har visats vara prognostiskt gynnsamt vid ffa ER-negativ bröstcancer. Högre TILs innebär sämre stråleffekt men bättre prognos (ffa hos icke-trålade).

Symposiet var över lag bra. Det var väldigt tråkigt med kirurgsessionen som anordnades i en för liten sal och som sedan inte kom upp online som utlovat. Min allra första posterpresentation gick över förväntan och gjorde att jag fick en nytändning i forskningen. Tack än en gång för stipendiet!

Vid pennan,

Slavica Janeva

Sahlgrenska Universitetssjukhuset



Jag och dr Hyman B. Muss (en stor profil inom geriatrisk onkologi) framför min poster