

Videnskabelig Leder

Brystkræft – en folkesygdom for halvdelen af os

Lisbet Rosenkrantz Hölmich

Afdeling for Plastikkirurgi, Københavns Universitetshospital – Herlev og Gentofte Hospital

Ugeskr Læger 2024;186:V205175. doi: 10.61409/V205175

Dette tema om brystkræft er en fornøjelse at læse. De fem inviterede artikler og andre relevante statusartikler og kasuistikker inden for emnet giver en meget flot state of the art-oversigt over brystkræftsygdom og behandling samt senfølger anno 2024 i Danmark.

Både den kirurgiske og den medicinske behandling i Danmark er på et højt internationalt niveau. Det kan vi takke mange dedikerede læger, andre behandlere og forskere for og i særdeleshed Danish Breast Cancer Group (DBCG). Denne multidisciplinære gruppe blev oprettet i 1976 og har været et mønster for andre cancergrupper. Den har fra begyndelsen udarbejdet evidensbaserede retningslinjer, en klinisk database og en stor mængde protokoller til afprøvning af behandlingsregimer.

Brystkræftincidensen har været ret stationær i de seneste ca. ti år. I perioden 2017-2021 var der i gennemsnit 4.877 nye tilfælde årligt blandt kvinder, heraf var ca. 20% under 50 år på diagnosetidspunktet [1]. Den relative overlevelse, dvs. overlevelsessandsynlighed, givet, at man ikke dør af noget andet, er steget støt, og på nuværende tidspunkt er i runde tal 90% i live fem år efter diagnosen og 87% efter ti år. Brystkræft kan dog recidivere efter mange år, og i perioden 2017-2021 døde ca. 1.100 døde af brystkræft årligt [1].

Vi kender til mange risikofaktorer for brystkræft, bl.a. fertilitetsrelaterede og hormonelle forhold samt livsstilsfaktorer, men der er stadig behov for mere viden og forebyggelse. Arvelig brystkræft debuterer tidligere end sporadiske tilfælde og udgør for nuværende ca. 5% af alle tilfælde, men er reelt nok en noget større andel, da for få patienter gendestes. DBCG forsøgte allerede for fire år siden at få lov til at indføre standardiseret gentest for *BRCA1*- og *BRCA2*-varianter på alle nydiagnosticerede; det kan nemlig have behandlingsmæssige konsekvenser og give øget opsporing af risikoindivider. Anmodningen blev imidlertid afvist af regionerne, primært af økonomiske årsager, selvom udenlandske opgørelser har påvist omkostningseffektiviteten. Et stigende antal kvinder testes heldigvis, men ressourcer er ikke tilført området, og det foregår næppe ensartet landet over [2].

Overlevelsen er bedst hos de 50-69-årige, lidt dårligere hos dem under 50 år, formentlig pga. cancerbiologi. Som det fremgår af flere af artiklerne i dette temanummer, har de yngre oftere en ugunstig molekylærbiologisk profil, dvs. østrogenreceptornegativ og human epidermal growth factor receptor (HER)2-normal og/eller »basal like« genekspression, hvilket gør, at der er dårligere effekt af behandlingen eller færre modaliteter til rådighed. De 70-79-årige har den dårligste relative overlevelse af alle aldersgrupperne. Befolkningsscreening med mammografi foretages i intervallet 50-69 år, mens det f.eks. i Sverige tilbydes for 40-74-årige, og her er overlevelsen lidt bedre og mere ensartet end i Danmark [1]. EU-Kommissionens retningslinjer anbefaler screening af 45-74-årige [3]. Et randomiseret studie, Personalized Breast Cancer Screening (PRSONAL), er netop igangsat i Region Hovedstaden, hvor standardscreening sammenlignes med risikostratificeret screening på baggrund af en CE-godkendt risikomodel [4]. I studiet indgår information om bl.a. risikofaktorer, familiehistorie, tætheden af brystvævet og information om 300 hyppige varianter i genomet [5]. Forhåbentlig viser studiet sig klinisk brugbart og acceptabelt for kvinderne, så vi bliver bedre i stand til at allokere ressourcer til de rigtige individer og måske endda udvide aldersspektret for brystkræftscreening.

Dette tema er interessant, men også trist læsning til trods for den fine behandlingsmæssige fremgang både kirurgisk og medicinsk. Det er jo forstemmende, hvor mange kvinder vi taler om, hvor unge mange af dem er, hvor mange der får varige senfølger af sygdom og behandling, og hvor mange der trods store fremskridt stadig dør af sygdommen. Artiklen om medicinsk behandling af fremskreden brystkræft understreger, at får man et ikkeoperabelt recidiv, ender man med at dø af det. Det er forståeligt, at både patienter og behandlere har travlt med at få implementeret seneste nye virksomme behandling, for mange patienter gennemgår adskillige linjer af behandling, før mulighederne ebber ud. Som patienterne ofte siger: »Måske er det næste gennembrud lige om hjørnet!«

Korrespondance *Lisbet Rosenkrantz Hölmich*. E-mail: lisbet.rosenkrantz.hoelmich@regionh.dk

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på ugeskriftet.dk

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

REFERENCER

1. Association of the Nordic Cancer Registries. NORDCAN. [https://nordcan.iarc.fr/en_\(06.02.feb.2024\)](https://nordcan.iarc.fr/en_(06.02.feb.2024)).
2. DBCG. Arvelig mammacancer – henvisningskriterier til genetisk rådgivning, indikation for tilbud om surveillance og profylaktisk kirurgi, 3. januar 2023. https://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer--skabeloner-og-vejledninger/kliniske-retningslinjer-opdelt-pa-dmcg/dbcg/dbcg_arvelig-cancer-mamma_v.2.0_admgodk_02012023.pdf (26. feb 2024).
3. European Commission. Cancer screening, diagnosis and care, 2017. <https://healthcare-quality.jrc.ec.europa.eu/en/ecibc/european-breast-cancer-guidelines> (26. feb 2024).
4. Lee A, Mavaddat N, Wilcox AN et al. BOADICEA: a comprehensive breast cancer risk prediction model

incorporating genetic and nongenetic risk factors. Genet Med. 2019;21(8):1708-1718.

doi: <https://doi.org/10.1038/s41436-018-0406-9>

5. ClinicalTrials.gov. Personalized Breast Cancer Screening (PRSONAL), 5. okt 2023.
<https://clinicaltrials.gov/study/NCT06060938> (26. feb 2024).