Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2021;183:V205045

Hvorfor takker ældre nej til en brystkræftoperation?

Henrik J. Ditzel

Ugeskr Læger 2021;183:V205045

Hvad gør, at ældre kvinder med operabel tidlig brystkræft ikke tager imod tilbud om operation? Valget er personligt, men skyldes det deres helbredstilstand eller andre faktorer i deres livskontekst?

Inden for ti år vil over 50% af de danske patienter med kræft være > 70 år, når de får diagnosen. Sideløbende er ældrebefolkningen generelt i bedre helbredstilstand end tidligere, dog med individuelle forskelle. Studier har vist, at de bedste resultater for overlevelse opnås, hvis de ældre patienter med kræft får tilnærmelsesvis samme behandling som patienterne i de øvrige aldersklasser. Der er dog en særlig gruppe af ældre skrøbelige patienter med kræft, som af forskellige årsager ikke ønsker behandling, eller hvor lægen vurderer, at patienterne ikke vil være i stand til at modtage standardbehandling. Denne vigtige problematik sætter *Verholt et al* fokus på i Danish Medical Journal [1]. Forskergruppen undersøgte antallet af ældre kvinder, der havde operabel tidlig brystkræft og ikke blev behandlet kirurgisk, som DBCG og SIOG guidelines foreskriver [2]. Opgørelsen viste, at 14% af 781 kvinder (≥ 70 år) med tidlig brystkræft ikke modtog kirurgisk indgreb. Specielt patienter > 85 år takkede nej til kirurgi. En sammenligning af overlevelse og livskvalitet hos dem, der modtog kirurgi, vs. dem, der ikke gjorde, blev ikke foretaget i studiet. Overlevelsen blev imidlertid analyseret i et andet nyligt publiceret, dansk studie, hvor en lignende gruppe ældre med tidlig brystkræft blev undersøgt. Her fandt de, at det gik de ældre patienter, som havde brystkræft og ikke modtog kirurgi, langt dårlige end dem, der blev opereret [3]. Det er derfor vigtigt, at denne gruppe ældre, skrøbelige patienter med brystkræft bliver opereret, og at kirurgen ikke nøjes med endokrin behandling, der er utilstrækkelig i denne sammenhæng [2].

Gennemgang af patientjournaler i *Verholt et al's* studie viste, at patienter, der ikke blev opereret, på flere parametre adskilte sig fra de opererede i samme aldersgruppe. De havde højere komorbiditetsbyrde, polyfarmaci og et større behov for støtte i dagligdagen – samlet set faktorer, der indikerer en skrøbelig patientgruppe. Meget tyder på, at en udvidet geriatrisk undersøgelse (CGA) og intervention (CGC), der afdækker akutte og kroniske medicinske sygdomme, evt. polyfarmaci, ernæringsstatus, fysiske samt psykiske funktioner og problemstillinger, kunne være

et godt tilbud til mange ældre patienter med brystkræft. Både generelt og specielt til gruppen, der takker nej til et kirurgisk indgreb. Selvom det er vigtigt at følge patientens valg, kan det hævdes, at disse patienter ofte føler, at situationen er uoverskuelig, og derfor ikke magter at træffe et valg om operation. Grundig information om det kirurgiske indgrebs omfang ved flere besøg er vigtig. Selvom kræftkirurgi aldrig er en lille procedure, er der tale om overfladekirurgi. Indgrebet er relativt beskedent og muliggør, at patienter med lumpektomi og evt. aksilrømning kan hjemsendes samme dag. De, der har fået mastektomi, hjemsendes dagen efter. Årsagen er ikke besparelser, men at patienterne er i stand til at vende hjem.

Allerede nu er der iværksat tiltag for at løse informationsopgaven i form af patientforløbsvejledere, der informerer patienterne om behandlingsmuligheder. Dermed rustes de til at træffe en beslutning ved lægesamtalen. Moderne beslutningsstøtteværktøjer, der kan gøre det mere overskueligt at vejlede patienterne om muligheder, vil også være gavnlige hjælpemidler. Dertil kommer andre informationsmaterialer f.eks. videoklip og podcast, hvor tidligere patienter beskriver deres forløb.

Inden indførelse af rutinemæssig CGA og CGC til operable, sårbare patienter bør værdien af tiltag undersøges i et randomiseret studie for at vurdere, om det geriatriske tillæg øger andelen af patienter, der modtager kirurgi, samt indsatseffekten på overlevelse og livskvalitet. Studiet kunne udføres nationalt i regi af DCCC-AGE og DBCG. Inklusion af en geriatrisk indsats vil dog støde på et logistisk problem, idet behandlingsgarantien på 13 dage fra diagnose til kirurgi/systemisk behandling vil være svær at overholde. Hvis man ønsker at hjælpe gruppen yderligere, må der kunne findes en pragmatisk løsning.

Korrespondance *Henrik J. Ditzel*, Afdeling for Onkologi og Academy for Geriatric Cancer Research – AgeCare, Odense Universitetshospital og Syddansk Universitet. E-mail: hditzel@health.sdu.dk

Interessekonflikter ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med lederen på ugeskriftet.dk

REFERENCER

1. Verholt AB, Foss ACH, Christiansen P, Lietzen LW. Non-surgically treated older women with operable early breast cancer in Denmark. Dan Med J 2020;67(11):A04200226.
2. Biganzoli L, Wildiers H, Oakman C et al. Management of elderlypatients with breast cancer: updated recommendations of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) and European Society of Breast Cancer Specialists (EUSOMA). Lancet Oncol 2012;13:e148-e160.
3. Vogsen M, Bille C, Jylling AMB et al. Academy for Geriatric Cancer Research (AgeCare). Adherence to treatment guidelines and survival in older women with early-stage breast cancer in Denmark 2008-2012. Acta Oncol 2020;59:741-7.