

Nationellt Kvalitetsregister för Bröstcancer (NKBC)

Sammanfattning och vägledning till interaktiva
rapporter för 2017

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2018-09-24	Revision A

Ansvarig utgivare: Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland
Detta dokument publiceras enbart som pdf och finns att laddas ner på
<http://www.cancercentrum.se/stockholm-gotland/cancerdiagnoser/brost/kvalitetsregister/rapporter/> .

Tillhörande tabeller över 2017 års statistik finns på webben
<http://statistik.incanet.se/brostcancer/>

Innehåll

ÅRETS RAPPORT	4
Nyheter i årets interaktiva rapport	4
BASFAKTA OM REGISTRET	4
Om kvalitetsindikatorer och målnivåer	4
BACKGROUND	6
About quality indicators and target levels.....	6
ORGANISATION	7
Stadgar, styrgrupp ledamöter för NKBC.....	7
Stödteam/support	7
Rapporten har utarbetats av	7
SAMMANFATTANDE TABELL MED MÅLNIVÅER	8
KOMMENTARER TILL TABELL	9
COMMENTS TO TABLE	11
ORDLISTA OCH FÖRKORTNINGAR	13
REFERENSER	16

ÅRETS RAPPORT

I år redovisas data för 2017 som interaktiva rapporter online. Siffrorna uppdateras två gånger per år, dels i april och dels i september. Sammanställningen innehåller resultat både från 2016 och 2017. Rapporterna baseras på data som extraherats ur NKBC (Nationellt Kvalitetsregister för Bröstcancer) 2018-08-31. De finns på <http://statistik.incanet.se/brostcancer/>

The yearly report from the National Breast Cancer Register is published as a condensed summary with link to interactive reports <http://statistik.incanet.se/brostcancer/>

Data will be updated twice yearly. Currently all reports are in Swedish.

Nyheter i årets interaktiva rapport

Indikatorn ”Studier” infördes i kvalitetsregistret 2017 och finns nu med i den interaktiva rapporten för första gången. Bör tolkas med försiktighet på grund av underrapportering.

Endokrin behandling finns nu rapporterad med två indikatorer; dels avseende måluppfyllelse (andel som fått endokrin behandling av patienter med östrogenreceptor-positiv sjukdom utan fjärrmetastaser) och dels avseende andel som fått behandling preoperativt (neoadjuvant) respektive postoperativt. Målnivån för ”Endokrin behandling, måluppfyllelse” har ändrats i enlighet med EUSOMAs förändrade kvalitetskriterier, från (95/90) till (90/85).

Ledtidsindikatorn ”Välgrundad misstanke om cancer till operation” finns med i rapporten sedan 2017 och ersatte ”Datum för första kontakt”. Standardiserat vårdförlopp (SVF) infördes 2016 för att säkra utredning och start av behandling till patienter i rimlig tid. För bröstcancer är tiden från välgrundad misstanke till start av behandling 28 kalenderdagar. Av patienter som utreds för cancer bör 80 % ha gjort det inom denna tidsperiod. Målnivån har ändrats för att nå överensstämmelse. Ledtiden ska tolkas med stor försiktighet då den i årsrapporten endast rör de som opereras primärt och inte de som får primär onkologisk behandling. Startpunkten för SVF har också tolkats olika av vårdgivare vilket ger upphov till variation.

BASFAKTA OM REGISTRET

Nationellt Kvalitetsregister för bröstcancer (NKBC) finns sedan 1 januari 2008.

Om kvalitetsindikatorer och målnivåer

En grundtanke med registret är att faktorer av betydelse för den enskilda individen med bröstcancer ska belysas.

Nya primära fall av invasiv cancer och cancer in situ hos kvinnor och män registreras; även de som inte blir opererade. Fall med kända fjärrmetastaser vid diagnos registreras men följs inte upp i NKBC. I NKBC rapporteras endast en cancer per bröst, medan den obligatoriska anmälan till Cancerregistret innehåller uppgifter om antalet tumörer per bröst.

Det är frivilligt från patientens sida att registreras i NKBC. Täckningsgraden ligger stadigt nära 100 % mot Cancerregistret. Uttag ur registret görs vid två tillfällen årligen och är publikt på hemsidan.

Registerdata följer vårdkedjan från diagnos till eventuellt återfall och död. Skillnader mellan regioner och vårdgivare kan kartläggas och relateras till aktuella, nationella och internationella riktlinjer och kvalitetsmål som ställs upp av specialistföreningar, Svenska Bröstcancergruppen, Socialstyrelsen, EUSOMA och EU. Patientföreträdare finns representerade i Svenska Bröstcancergruppen och i styrgruppen för NKBC.

Kvalitetsindikatorer kan delas in i vad man gör (struktur), hur man gör (processmått) och vad utfallet blir (resultatmått). Här rapporteras i huvudsak processmått.

Målnivåerna har i första hand utgått från EUSOMA:s riktlinjer, men när dessa saknats har målnivåerna utgått från Socialstyrelsen eller professionen.

Målnivåerna omprövas regelbundet och följer de nationella riktlinjerna för bröstcancer <https://www.eusoma.org/en/about-us/1-105-1->

Rapporten belyser främst den primära handläggningen av bröstcancer dels vid kirurgiska enheter i samband med operation och vid onkologiska enheter vid preoperativ och adjuvant behandling i form av endokrin-, strål-, cytostatika- samt antikroppsbehandling. Behandlingsvariabler rapporteras för genomförd behandling. För behandlingar som genomförs under en längre period, upp emot sex månader och längre vid antikroppsbehandling, sker rapporteringen av dessa indikatorer med en tidsfördröjning.

Den fullständiga patologirapporten innehåller uppgifter om den borttagna vävnaden från bröst och lymfkörtlar i armhålan. Tumöregenskaper som hormonkänslighet (östrogen- och progesteronreceptorer), tillväxtfaktorer (HER2) och celledelningshastighet (Ki67) och antal friska och/eller cancerangripna lymfkörtlar är underlag för den medicinska behandlingsrekommendationen (endokrin-, strål-, cytostatika- och antikroppsbehandling).

De uppföljningsdata som registreras avser postoperativ uppföljning under 5–10 år främst den endokrina behandlingen, lokalrecidiv och första rapporterade fjärrmetastas. Uppföljningsrapporteringen är inkomplett. Vem som ansvarar för uppföljningen skiljer sig även i regionerna. I Socialstyrelsens Nationella Riktlinjer från 2014 rekommenderas strukturerad årlig uppföljning med bröstradiologi i minst 5 år. Den medicinska nyttan av annan regelbunden uppföljning är inte bevisad men fyller andra patientbehov.

Det pågår arbeten med olika lösningar för att öka och förbättra antalet uppföljningsrapporter. Det är angeläget när registret framöver skall rapportera patienternas upplevelser av behandlingar och vårdprocesser.

Data från de sjukhus i landet som primärt handlägger bröstcancer ingår i redovisningen. Enheter som behandlat fem eller färre patienter redovisas inte separat i tabellerna (detta för att enskilda fall inte ska kunna identifieras). Redovisningen i den interaktiva rapporten görs på riksnivå, uppdelat på landets sex regioner (Norra, Uppsala-Örebro, Stockholm-Gotland, Sydöstra, Södra och Västra), per landsting och per sjukhus.

Denna rapport omfattar inte behandlingen av återfall eller av spridd (metastatisk) bröstcancer. Ett arbete pågår med ett realtidsregister (INCA-översikt) där hela patientens vårdförlopp kan följas inklusive återfall.

BACKGROUND

NKBC (National Quality register for Breast Cancer) is functional since 2008

About quality indicators and target levels

A cornerstone for the register is to demonstrate aspects of clinical relevance to the individual diagnosed with breast cancer.

Newly diagnosed primary cases of in situ and invasive breast cancer are reported to NKBC. Only one malignant lesion is reported for each breast while the National Cancer Register contains information on numbers of malignant lesions in each breast. The coverage is almost 100 %. Register data are updated twice yearly in an interactive report and displayed on the NKBC web page <http://statistik.incanet.se/brostcancer/>.

Register data describes the care process from diagnosis to first event of recurrence, metastatic disease and/or death. Differences on regional, county and hospital levels are displayed. The data relate to national and international guidelines and quality target levels set by the Swedish Board of Health and Welfare, EUSOMA and EU. Patient representatives are members of the NKBC.

All units that treat more than five patients annually with breast cancer are included in NKBC. Data are presented in interactive reports on national-, regional- (North, Uppsala-Örebro, Stockholm-Gotland, South East, South, West), on county and on hospital levels. Limited case selection, for example, on invasive and in situ cancers, year of diagnosis, year of birth can be selected. Each variable displayed in figures and in tables contains a description to assist interpretation of results.

Quality indicators can be subdivided into what is done (structure), how it is done (process) and outcome (performance metrics). Predominantly outcome metrics are reported in NKBC, but also data on coverage and lead-times.

Data on primary breast cancer diagnosis and the care process from the breast surgery units are reported quite extensively. Reporting on systemic pre- and postoperative treatment, radiotherapy, endocrine and targeted therapy is reported when completed. As the treatment period generally exceeds six months, data are displayed with time lag.

The complete pathology report contains information on biopsy proven tissue (core needle biopsy before preoperative systemic treatment) or from the surgical specimen e.g. from breast and excised lymph nodes. Variables like tumor size, tumor type, receptor status, molecular subtype, lymph node status are pillars for the multidisciplinary recommendations regarding surgery, cytotoxic, endocrine and targeted therapies.

The collected follow up data at five to ten years mainly regards endocrine therapy, date of first recurrence and date of distant metastases. Follow up data are incomplete which partly reflect differences in follow up routines. Swedish national guidelines recommend yearly breast imaging

for five years after diagnosis. There is no medical evidence that structured follow ups lead to a survival benefit.

Patient reported outcome (PROM) instruments may be a solution to capture symptoms and breast cancer related problems. About half of operated patients report some symptoms about one year postoperatively as seen in a national PROM pilot (in Swedish).

The current report does not report outcome data on recurrences nor on metastatic disease. A work in progress will encompass the trajectory and treatment of metastatic breast cancer cases.

ORGANISATION

Registrets styrgrupp har regional representation av bröstcancerspecialister från olika professioner. Deltagande sjukhus rapporterar via det webbaserade kvalitetsregistret till respektive Regionalt cancercentrum, där Stockholm-Gotlandregionen är primärt samordnande.

Registret använder INCA, en nationell generisk IT-plattform för hantering av register <http://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kvalitetsregister/om-inca/>.

Anslag för registrets utveckling har sedan 2007 mottagits från Beslutsgruppen för Nationella Kvalitetsregister vid Sveriges Kommuner och Landsting.

Stadgar, styrgrupp ledamöter för NKBC

Uppgifter om styrdokument, manualer och variabelbeskrivningar finns på <http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/brost/kvalitetsregister/dokument> finns.

Uppgifter om registerhållare och styrgrupp finns på <http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/brost/kvalitetsregister/registergrupp/>

Stödteam/support

Uppgifter om nationellt stödteam vid RCC finns på <http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/brost/kvalitetsregister/support/>

Rapporten har utarbetats av

Från exekutiva ledningsgruppen i NKBC:

Anna Ehinger, Irma Fredriksson, Mariann Iiristo, Lena-Marie Petersson, Kerstin Sandelin.

Från stödteamet RCC Stockholm Gotland:

Annette Asterkvist, Lena Grönlund, John Lövrot, Ann-Sofi Oddestad.

SAMMANFATTANDE TABELL MED MÅLNIVÅER

Andel bröstcancerfall (%) för utvalda indikatorer per landsting (se text under tabell).
Datauttag gjorda 2018-08-31.

Summary table with target levels for 13 key indicators from NKBC. Proportion of breast cancer cases (%) and selected variables per county. Data extracted 2018-08-31.

Landsting	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Stockholm	62	96	98	98	93	31	87	92	28	83	75	96	96
Uppsala	64	99	99	98	92	38	90	94	9	76	86	91	88
Södermanland	74	99	100	100	99	34	85	94	0	81	74	78	93
Östergötland	62	93	92	91	93	27	76	91	13	79	68	92	97
Jönköping	62	97	97	98	94	41	79	92	11	68	84	92	91
Kronoberg	65	94	95	99	94	97	85	87	5	88	79	93	100
Kalmar	75	66	100	100	95	46	79	84	1	82	100	94	88
Gotland	57	97	99	97	94	83	79	84	10	–	67	100	100
Blekinge	81	99	99	100	99	65	77	91	4	71	89	86	100
Skåne	65	92	99	99	95	44	83	90	12	58	74	79	97
Halland	67	98	100	98	93	49	80	93	8	92	77	88	100
Västra Götaland	64	97	98	98	97	27	77	92	5	80	74	91	94
Värmland	68	94	95	100	92	69	84	84	8	–	–	43	–
Örebro	64	98	98	95	98	55	86	95	4	76	69	83	100
Västmanland	70	99	100	100	98	55	91	96	6	74	68	77	95
Dalarna	71	98	99	99	99	38	71	91	2	82	77	97	81
Gävleborg	68	87	95	100	96	41	89	93	0	88	76	85	100
Västernorrland	73	92	97	98	99	32	88	96	4	58	78	82	91
Jämtland	62	99	100	97	96	60	81	90	0	71	62	78	86
Västerbotten	66	88	99	99	93	45	69	93	13	94	85	83	100
Norrbotten	65	100	100	100	96	91	81	94	11	75	40	86	93
RIKET	65	95	98	98	95	41	83	92	12	77	75	88	95

”–” Resultat från grupper med färre än 5 fall redovisas ej separat.

Statistik från 2017 gäller för kirurgi- och omvårdnadsindikatorerna.

Statistik från 2016 gäller för onkologi-indikatorerna.



Hög



Låg

Målnivå (målnivåer inom parentes för respektive tabell).

KOMMENTARER TILL TABELL

- 1. Screeningupptäckt bröstcancer bland kvinnor i åldrarna 40–74 år vid diagnos (70/60).**
Sverige har ett högt deltagande i mammografiscreeningen. De senaste två åren har 2/3 av alla bröstcancerfall i åldersgruppen 40–74 år upptäckts via mammografiscreening. Alla landsting utom ett uppfyller den lägre målnivån.
- 2. Individuell vårdplan (Min Vårdplan) har upprättats i samråd med patienten. Bland alla anmälda fall (95/80).**
Införandet av en individuell vårdplan skall stödja och främja patientdelaktighet och öka tryggheten. Registerdata visar att den lägre målnivån uppnås på riksnivå.
- 3. Patienten har erbjudits, i journalen dokumenterad, kontaktsjuksköterska. Bland alla anmälda fall (95/80).**
Registerdata visar att de allra flesta erbjuds en kontaktsjuksköterska, helt i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer. Registerdata visar att den högre målnivån uppnås på riksnivå.
- 4. Multidisciplinär konferens (MDK) inför behandlingsstart. Bland alla anmälda fall (99/90).**
MDK säkrar patienten en allsidig bedömning och behandlingsrekommendation. Följsamheten till Socialstyrelsens riktlinjer är mycket hög. Indikatorn är även aktuell för rapportering i Vården i siffror, och kvarstår därför även i årsrapporten.
- 5. Fastställd diagnos innan operation. Bland opererade fall utan fjärrmetastaser vid diagnos (90/80).**
Majoriteten av alla fall, 95 %, har diagnos klar innan operation och resultaten är stabila över tid och pekar på en effektiv utredningsprocess.
- 6. Tid från välgrundad misstanke om cancer (före 2016 från första kontakt) till primär operation inom 28 dagar. Bland opererade fall utan fjärrmetastaser vid diagnos (80).**
Standardiserat vårdförlopp infördes 2016 för att säkra utredning och vård i rimlig tid. Kronoberg, Norrbotten och Gotland når målnivån. Fyra sjukhus når målnivån och i riket nås målnivån i 41 %. Resultaten bör tolkas med stor försiktighet då definitionen av start av vårdprocessen har tolkats olika av olika vårdgivare.
- 7. Bröstbevarande operation vid invasiv cancer ≤ 30 mm eller ej invasiv cancer ≤ 20 mm utan fjärrmetastaser vid diagnos (80/70)**
Alla landsting utom ett når den lägre målnivån, och mer än hälften når den högre målnivån.
- 8. Enbart en operation i bröst (ingen omoperation på grund av tumördata). Bland opererade fall utan fjärrmetastaser vid diagnos (90/80).**
Ur ett patientperspektiv är det angeläget med få omoperationer. Kvaliteten på preoperativ utredning och utförd operation är hög vilket återspeglas i en stabilt låg andel omoperationer, trots en successivt ökande andel bröstbevarande kirurgi. Samtliga landsting uppnår den lägsta målnivån och tre fjärdedelar också den högsta.

9. Omedelbara rekonstruktioner vid mastektomi. Bland mastektomerade fall utan fjärrmetastaser vid diagnos (20/15).

I nationella och internationella riktlinjer finns angivet att patienten bör erbjudas denna möjlighet. Resultaten varierar mycket mellan regioner och sjukhus vilket bland annat speglar ojämn tillgång på plastikkirurgisk kompetens. I riket och i subgruppen kvinnor <76 år med invasiv cancer sker omedelbar rekonstruktion i 15 %, medan siffran i samma åldersgrupp vid enbart in situ cancer är 37 %. Målnivåerna i årsrapporten är i detta fall satt av professionen. I EUSOMAs riktlinjer anges att minst 40 % bör rekonstrueras samtidigt med en mastektomi.

10. Postoperativ cytostatikabehandling hos primärt opererade invasiva fall, östrogenreceptor-negativa med tumörstorlek >10 mm eller spridning till lymfkörtlar, utan fjärrmetastaser vid diagnos (90/80).

I nationella vårdprogrammet för bröstcancer fastställs att ”både pre- och postmenopausala patienter där tumören har bristande endokrin känslighet, patienter med lymfkörtelnegativ bröstcancer med riskfaktorer och patienter med lymfkörtelpositiv bröstcancer bör rekommenderas behandling med kombinationscytostatika”. Det finns fortfarande skillnader i riket och över tid sker ingen ökad hörsamhet till riktlinjerna.

11. Strålbehandling efter mastektomi bland invasiva fall, spridning till lymfkörtlarna och utan fjärrmetastaser vid diagnos (95/90).

Nationella vårdprogrammet för bröstcancer rekommenderar lokoregional strålbehandling vid lymfkörtelpositiv bröstcancer, dock inte vid endast mikrometastas. Undantag kan också vara aktuellt om enbart en makrometastas föreligger och vid samsjuklighet. Skillnaden i riket har minskat över tid. Ett landsting når den högre uppsatta målnivån, däremot på regionnivå nås ingen målnivå.

12. Endokrin behandling, måluppfyllelse bland opererade östrogenreceptor-positiva invasiva fall utan fjärrmetastaser vid diagnos (90/85).

Vårdprogrammet för bröstcancer rekommenderar att endokrin behandling bör erbjudas till alla patienter med östrogenreceptorpositiv (ER+) bröstcancer. Enbart vid mycket liten risk för återfall kan man avstå från endokrin behandling. I de fall där samsjuklighet föreligger får nyttan med endokrin behandling avvägas med hänsyn till övriga medicinska faktorer. Nio landsting och tre regioner når den högre målnivån som satts av EUSOMA.

13. Antikroppsbehandling bland opererade, cytostatikabehandlade HER2-positiva invasiva fall utan fjärrmetastaser vid diagnos (95/90).

Användningen av antikroppsbehandling är etablerad i Sverige. Nationellt uppnås den lägre målnivån och man ser relativt små skillnader mellan regionerna.

COMMENTS TO TABLE

1. **Screening-detected breast cancer cases in women between 40-74 years at diagnosis (70/60).**

The compliance to the screening mammography program in Sweden is high. About two thirds of all new cases are screening-detected.

2. **An individual care plan (Min Vårdplan) was reached with the patient. Among all cases reported (95/80).**

An individual care plan aims to support and strengthen patient participation and enhance patient trust. Register data show high compliance with set target levels.

3. **Patient was assigned to a named contact nurse, registered in the medical chart. Among all cases reported (95/80).**

The vast majority of all cases comply with target levels set by the Board of Health and Welfare.

4. **Multidisciplinary team conference (MDK) before start of treatment. Among all cases reported (99/90).**

The MDT gathers team members to plan and agree on a recommended treatment specific to individual patient needs according to evidence based guidelines. The compliance is high.

5. **A confirmed cancer diagnosis preoperatively. Among operated cases without distant metastases at diagnosis (90/80).**

In 95 % of all cases, a confirmed cancer diagnosis is established before surgery. The results are stable over time.

6. **Time from suspicion of breast cancer to operation within 28 days (before 2016 time from first appointment of care). Among operated cases without distant metastases at diagnosis (80).**

The standardized care process was introduced in 2016 to secure diagnostics and treatment start in a timely fashion. Three regions meet set target levels. On a national level 41 % of regions reach set targets. Results should be interpreted with caution as the definition of “start of the care process” has differed between different regions and care givers.

7. **Breast conservation in invasive breast cancer <30 mm or non-invasive ≤ 20 mm. Among cases without distant metastases at diagnosis (80/70).**

All counties reach the lower target level except one, and the majority reach also the upper target level indicating adherence to guidelines.

8. **One breast operation only (no reoperation due to tumor data). Among cases without distant metastases at diagnosis (90/80).**

From the patient perspective the rate of reoperations should be kept low. The low rate of reoperation due to tumor data reflects a high quality of the preoperative work up.

9. **Immediate breast reconstructions. Among mastectomy cases without distant metastases at diagnosis (20/15).**

According to national and international guidelines women should be offered this possibility. The current outcome data indicate large regional variations most probably due to lack of competence in reconstructive skills. On a national level, 15 % of cases <76 years with invasive cancer and 37 % of cases with non-invasive cancer undergo immediate breast reconstruction. Target levels are set by the medical profession. According to EUSOMA guidelines at least 40 % of mastectomies should be offered immediate reconstruction at the time of mastectomy.

10. **Postoperative chemotherapy in cases with primary operation, estrogen receptor negative tumors and tumor size >10mm or lymph node metastases but without distant metastases at diagnosis (90/80).**

In the national guidelines it is stated that cases with estrogen negative tumors, cases with other risk factors (based on grade, subtype, proliferation) and cases with involvement of the axillary lymph nodes should be offered combined chemotherapy. Regional differences prevail and compliance to guidelines has not improved over time.

11. **Postmastectomy radiotherapy among invasive breast cancer cases with lymph node metastases but without distant metastases at diagnosis (95/90).**

National guidelines recommend radiotherapy in lymph node positive cases e.g. macrometastases. Comorbidity may preclude patients from radiotherapy. Regional differences have diminished over time, but set target levels are not met except in one county.

12. **Endocrine therapy among operated cases with estrogen hormone receptor positive invasive tumors. without distant metastases at diagnosis (90/85).**

According to national guidelines endocrine therapy should be offered to all cases with estrogen positive (ER+) breast cancer. Deferral from guidelines can be done in cases with very low risk of recurrence and if comorbidity is suggestive of an elevated risk or disadvantage to the patient. Nine counties and three regions meet the higher target level set by EUSOMA.

13. **Antibody therapy among operated cases, with chemotherapy and HER2-positive invasive tumors without distant metastases at diagnosis (95/90).**

Is well established in Sweden. The lower target level is met and relatively small regional differences prevail.

ORDLISTA OCH FÖRKORTNINGAR

Adjuvant behandling – Förebyggande medicinsk efterbehandling i form av strålning, cytostatika, endokrin och/eller antikroppsbehandling. Sköts vanligen av onkologiska kliniker baserat på nationella eller regionala riktlinjer.

Axill – Armhåla.

Bröstbevarande operation – Endast en del av bröstet tas bort i samband med canceroperationen. Lämplig metod vid små och medelstora tumörer. Följs som regel av strålbehandling mot kvarvarande bröst.

Bröstrekonstruktion – Återskapande av en bröstform efter mastektomi med eller utan sparande av bröstvårta/vårtgård.

Cancer in situ (CIS) – Duktal cancer in situ (DCIS) – Förstadium till bröstcancer där cancercellerna ligger inuti bröstets utförsgångar och körtlar. Kan inte orsaka spridning, det vill säga, ge upphov till metastaser.

Cytostatika – Läkemedel som direkt kan döda cancerceller. Är mest verksamt på snabbväxande celler och innebär nästan alltid biverkningar på friska organ.

Endokrin behandling – Ges i princip till alla patienter med ER-positiv och/eller PgR-positiv bröstcancer. Består av hormonblockerande substanser, till exempel tamoxifen och aromatashämmare. Ges oftast under fem till tio år.

ER – Östrogenreceptor. De flesta bröstcancrar uttrycker östrogenreceptorer och kallas då östrogenreceptorpositiva (ER+), vilket betyder att de är mottagliga för östrogen som stimulerar cellerna till att växa. Antiöstrogen behandling = endokrin behandling, rekommenderas vid ER-positiva tumörer. Om tumören saknar receptorer för östrogen har denna behandling ingen effekt.

EUSOMA – European Society of Breast Cancer Specialists, definierar standards för bröstsjukdomars utredning och behandling. I denna europeiska samarbetsorganisation för bröstcancer ingår både profession och patientföreningar (<http://www.eusoma.org/>).

HER2 – HER2 (Human Epidermal Growth Factor receptor 2) är en gen som normalt finns i alla celler i kroppen och som kontrollerar cellväxt och cellreparation. HER2-positiva tumörer har många kopior av HER2-genen (amplifiering) vilket leder till en kraftig ökning av antalet HER2-receptorer på cellytan. Detta i sin tur stimulerar till snabb cancertillväxt. HER2-positiva tumörer är känsliga för behandlingar mot HER2-receptorn i form av antikroppar eller tyrosinkinashämmare.

INCA – Informationsnätverk för Cancervården.

Invasiv cancer – Cancercellerna infiltrerar i bröstkörtelns stödjevävnad och kan sprida sig via lymfa eller blodbanan till andra organ.

Ki67 – Markör för cellproliferation. I cancer med högt Ki67 delar sig cellerna oftare och tumören är mer snabbväxande. Omvänt, lågt Ki67 innebär mer långsamväxande cancer.

Luminal A + B – Tumörer som uttrycker östrogenreceptorer (ER) och/eller progesteronreceptorer (PgR), det vill säga, är ER-positiva och/eller PgR-positiva kallas luminala.

NICE – The National Institute for Health and Care Excellence publicerar råd och riktlinjer för att förbättra hälsa och social välfärd i England.

Mammografiscreening – Allmänt program i den offentliga vården, där kvinnor med regelbundna intervall kallas till mammografi för tidig upptäckt av bröstcancer. Socialstyrelsen rekommenderar att alla kvinnor mellan 40–74 år bjuds in till screeningprogrammet.

Mastektomi – En operation där hela bröstet tas bort. Om samtidig bröstrekonstruktion utförs sparas mer hud och ibland även bröstvårta och vårtgård.

MDK – Multidisciplinära konferenser före och efter behandling av bröstcancer där specialister från flera olika discipliner närvarar och tillsammans ger rekommendation om behandling.

Målnivåer – Relaterar till nationella och internationella riktlinjer för bröstcancervården. Illustreras med färg i tabellerna med procentnivåerna hög respektive låg.

PgR – Progesteronreceptor. De flesta bröstcancrar uttrycker progesteronreceptorer tillsammans med östrogenreceptorer. Endokrin behandling med olika former av antiöstrogena substanser rekommenderas vid PgR-positiva tumörer. Om tumören saknar receptorer för både progesteron och östrogen saknar endokrin behandling effekt.

PROM – Patient Reported Outcome Measures. Patientrapporterade utfallsmått är patientens skattningar av hur de själva i samband med sjukdom bedömer sina symtom, funktion och livskvalitet.

RCC – Regionalt cancercentrum (<http://www.cancercentrum.se/samverkan/>).

Sentinel node operation – Vid denna operation identifieras den första lymfkörteln ("portvaktskörteln") som tar emot lymfflödet från bröstet. Påvisande av cancerceller i 1–4 lymfkörtlar leder antingen till borttagande av fler lymfkörtlar och/eller adjuvant behandling. Om körteln är fri från cancer undviks borttagande av friska lymfkörtlar, vilket minskar risken för armbesvär till exempel i form av armsvullnad.

SFFB – Svensk Förening för Bröstkirurgi (<http://sffb.se/wp/>).

SVF – Standardiserat vårdförlopp är ett led i den statliga satsningen på kortare väntetider i cancervården. SVF innebär att vården ska följa ett definierat schema för att vara så effektivt som möjligt.

Subtyper – Invasiv bröstcancer kan indelas i grupper (subtyper) efter sina biologiska egenskaper. Baserat på genetiska analyser (genuttrycksanalyser) delas bröstcancer vanligen in i subtyperna Luminal A, Luminal B, HER2-rik och basallik. Inom rutinsjukvården används immunohistokemiska analyser för denna indelning då genuttrycksanalyser ännu ej är en standardmetod. Vid immunohistokemisk metod benämns subtyperna: Luminal A-lik, Luminal B-lik HER2-negativ, Luminal B-lik HER2-positiv, HER2-positiv och trippelnegativ. Vanligen används begreppen Luminal A, Luminal B, HER2-positiv och trippelnegativ, där HER2-positiv

omfattar alla tumörer som överuttrycker HER2. Överensstämmelse mellan genuttrycksanalysen och analysen med immunohistokemi är hög, dock inte 100 %. Den svåraste avgränsningen är mellan Luminal A och Luminal B, där man inom rutinsjukvård idag i första hand använder tumörgrad och Ki67 som hjälp. Tumörerna inom varje subtyp har likartad prognos och är känsliga för likartade typer av behandling. Med subtypsbestämning kan behandlingsnyttan med onkologisk behandling säkrare bedömas.

TNM – Är ett system för stadiindelning av cancer, som försöker klarlägga utbredningen av patientens tumörsjukdom. Parametern T relaterar till storlek och utbredning av primärtumören, N till utbredning i regionala lymfkörtlar och M till förekomst av fjärrmetastaser.

Tumörgrad (histologisk grad) – Indelning av bröstcancer i tre grader baserat på vävnadsanalys, där grad 1 (G1) är den som är mest lik normal bröstvävnad och grad 3 (G3) är den som är mest förändrad, atypisk.

Trippelnegativ – En cancer som saknar östrogenreceptorer (ER) och progesteronreceptorer (PgR) och inte överuttrycker HER2. Den är varken hormonkänslig eller känslig för behandling riktad mot HER2-receptorn.

REFERENSER

Referenser till skrifter/publikationer som använt data från kvalitetsregistret för Bröstcancer kan hittas på

<http://cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/brost/kvalitetsregister/dokument/>



Regionala cancercentrum – landstingens och regionernas nationella samverkan inom cancervården.
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.
www.cancercentrum.se